

PANORAMAS
DE LA DREES
SANTÉ

Les établissements de santé en 2024

ÉDITION 2026

Direction
de la recherche,
des études,
de l'évaluation
et des statistiques

PANORAMAS

Les établissements de santé en 2024

ÉDITION 2026

Les établissements de santé en 2024 - Édition 2026

Sous la direction d'**Alexandre Cazenave-Lacroutz**

Coordination

Bénédicte Boisguérin

Rédaction

Wilfried Bara, Pierre-Louis Bithorel, Bénédicte Boisguérin, Manon Cadillac, Alexandre Cazenave-Lacroutz, Clémentine De Champs, Lauren Delort, Christophe Dixte, Yves Dubois, Melvin Marre, Fabienne Perray-Gibert, Zinaïda Salibekyan-Rosain, Annick Vilain, Albert Vuagnat, Nassim Zbalah

Directeur de la publication

Thomas Wanecq

Responsable d'édition

Valérie Bauer-Eubriet

Suivi éditorial

Céline Roux

Secrétaire de rédaction

Mathilde Deprez

Maquettiste

Transfaire

Création graphique

Julie Eneau

Remerciements

La Drees tient à remercier les personnels des établissements de santé et des agences régionales de santé, qui contribuent chaque année à la bonne fourniture des données nécessaires à l'élaboration de ce Panorama, en particulier dans le cadre de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Nous remercions aussi les bureaux de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) pour leur contribution à la rédaction de l'annexe 2 « Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé », ainsi qu'Élisabeth Fery-Lemonnier, Christelle Minodier et Benoît Ourliac pour leurs relectures attentives.

Avant-propos

Le *Panorama des établissements de santé* propose, chaque année, une synthèse des principales données disponibles sur les établissements de santé français. L'édition 2026 présente ainsi les données de 2024 relatives à la France métropolitaine et aux départements et régions d'outre-mer.

Cet ouvrage fournit les chiffres clés sur l'activité et les capacités des structures hospitalières, ainsi que sur leurs personnels et l'état de leurs finances. Il offre une analyse plus détaillée par activité, comme la médecine, la chirurgie, l'obstétrique et l'odontologie, la psychiatrie, l'hospitalisation à domicile, les soins médicaux et de réadaptation, les soins critiques ou encore la médecine d'urgence. Ces informations sont présentées à travers 26 fiches thématiques, accompagnées de tableaux, de graphiques et de cartes¹, ainsi que des références bibliographiques permettant d'approfondir les thèmes traités. 7 fichiers supplémentaires en ligne complètent les fiches thématiques et sont disponibles sur le site de la Drees. Une « vue d'ensemble » en début d'ouvrage permet de parcourir les principaux résultats pour l'année considérée. Figurent également en annexes, à la fin de l'ouvrage, un glossaire économique et financier, un descriptif du cadre juridique et institutionnel des établissements de santé, les grandes sources de données utilisées et une liste des sigles et acronymes.

Ce panorama s'adresse donc à toute personne recherchant les principales données sur les établissements de santé : décideurs publics, personnels d'administration centrale ou territoriale, ou du monde hospitalier, professionnels de santé, journalistes, étudiants, chercheurs et citoyens désireux de s'informer sur ce bien commun qu'est notre système hospitalier.

Diverses sources de référence sont mobilisées, au premier rang desquelles la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) recueillie annuellement par la Drees auprès des établissements de santé avec le soutien des agences régionales de santé (ARS), les programmes de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) mis en place par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), mais aussi la base tous salariés (BTS) et le système d'information sur les agents du secteur public (Siasp) produits par l'Insee à partir de la déclaration sociale nominative (DSN).

¹ Les disparités territoriales présentées par les statistiques descriptives ne peuvent pas être interprétées directement comme reflétant des inégalités ou inadéquations dans l'offre de soins : d'une part, la gradation de l'offre de soins conduit nécessairement à des disparités territoriales au niveau infrarégional et, d'autre part, les besoins peuvent varier entre territoires en fonction notamment de leurs structures démographiques. Par ailleurs, les données des cartes à la maille départementale sont aussi disponibles en ligne à la maille régionale.

Sommaire

Les établissements de santé en 2024 - Édition 2026

Vue d'ensemble	7
-----------------------	----------

Fiches thématiques	23
---------------------------	-----------

Données de cadrage	25
Fiche 01 • Les grandes catégories d'établissements de santé	26
Fiche 02 • Les capacités d'accueil en hospitalisations complète et partielle	31
Fiche 03 • L'activité en hospitalisations complète et partielle	37
Fiche 04 • Les autres grandes prises en charge hospitalières	44
Fiche 05 • Les postes de personnel médical ou pharmaceutique	49
Fiche 06 • Les postes de personnel non médical salarié	56
Fiche 07 • Les évolutions des effectifs salariés du secteur hospitalier	60
Fiche 08 • Les salaires dans les établissements de santé	65
Fiche 09 • Les établissements de santé dans les départements et régions d'outre-mer	72

Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie	79
Fiche 10 • Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : activité et capacités	80

 **Fichiers supplémentaires en ligne :**

- A1 • Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : patientèle en 2024
- A2 • Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : principaux motifs de recours en 2024
- A3 • Activité médicale en 2024
- A4 • Activité chirurgicale en 2024
- A5 • Activité obstétricale en 2024

Les « autres » disciplines hospitalières	87
Fiche 11 • L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé	88
Fiche 12 • Les patients suivis en psychiatrie	97
Fiche 13 • Les établissements d'hospitalisation à domicile	106
Fiche 14 • Les patients hospitalisés à domicile	112
Fiche 15 • L'offre de soins médicaux et de réadaptation dans les établissements de santé	117
Fiche 16 • Les patients suivis en soins médicaux et de réadaptation	124
Fiche 17 • Les parcours de soins hospitaliers	129

Les plateaux techniques

Fichiers supplémentaires en ligne :

B1 • Les équipements chirurgicaux et l'activité d'anesthésie

B2 • L'équipement en imagerie des établissements de santé publics et privés à but non lucratif

Quelques aspects spécifiques de l'activité hospitalière 135

Fiche 18 • L'activité et les capacités d'accueil en soins critiques et en surveillance continue ... 136

Fiche 19 • La naissance : les maternités 143

Fiche 20 • La naissance : caractéristiques des accouchements 147

Fiche 21 • La médecine d'urgence 151

Fiche 22 • Les interruptions volontaires de grossesse 157

La situation économique du secteur 165

Fiche 23 • Les médicaments et dispositifs médicaux onéreux 166

Fiche 24 • La part des établissements de santé dans la consommation de soins 175

Fiche 25 • La situation économique et financière des hôpitaux publics 183

Fiche 26 • La situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif 195

Annexes


207

Annexe 1 • Glossaire économique et financier 208

Annexe 2 • Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé 212

Annexe 3 • Les grandes sources de données sur les établissements de santé 231

Annexe 4 • Liste des sigles et acronymes 241

 *Les fichiers supplémentaires en ligne correspondent à des statistiques ne faisant pas l'objet d'une analyse rédigée à l'occasion de cette édition du Panorama. Ils sont téléchargeables sur le site de la Drees, rubrique Publications > collection Panoramas de la Drees.*



Vue d'ensemble <

Fiches thématiques

Annexes

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 »].

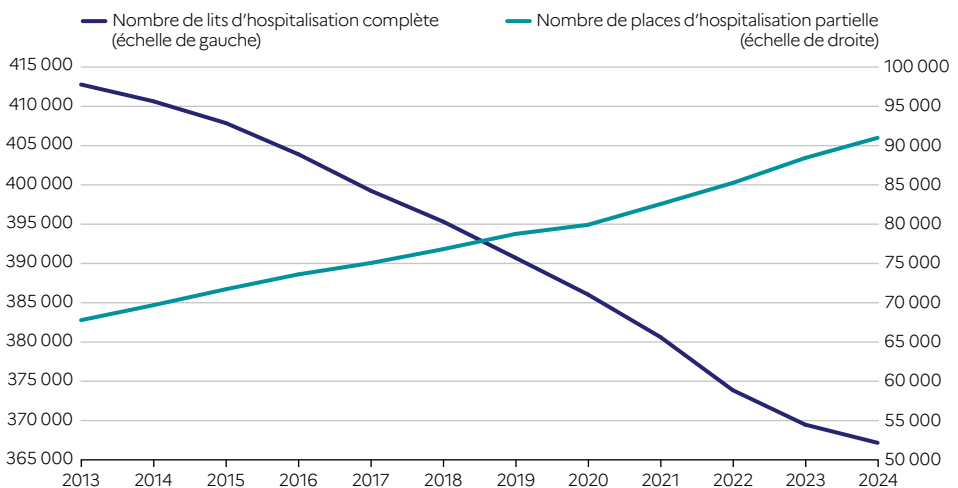
Fin 2024, 367 100 lits d'hospitalisation complète sont ainsi en mesure d'accueillir des patients, soit une diminution de 45 700 lits depuis fin 2013 (graphique 1). La baisse du nombre de lits concerne toutes les disciplines, à des rythmes assez réguliers sauf pour les soins médicaux et de réadaptation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



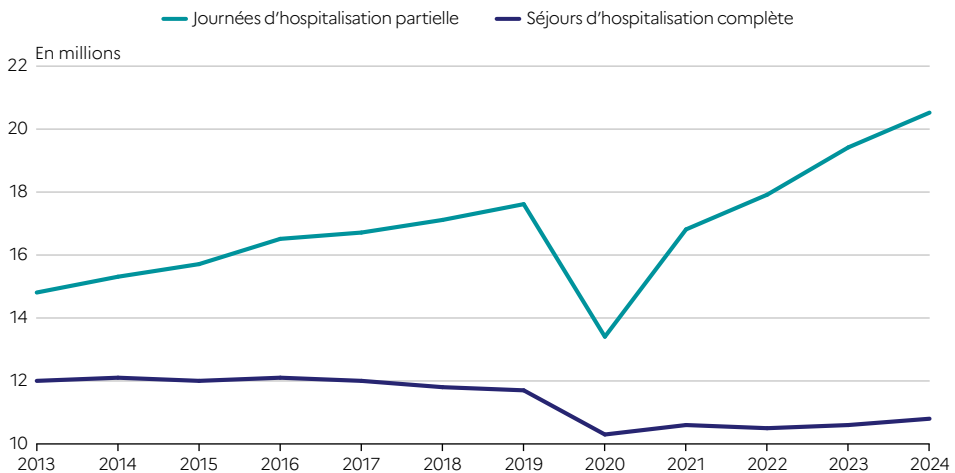
partielle, la Guyane et Mayotte ont des capacités d'accueil très inférieures à celles de la France métropolitaine, notamment en MCO et en psychiatrie, tandis que la Martinique, la Guadeloupe et La Réunion s'en rapprochent. Les capacités d'hospitalisation partielle de SMR font exception et sont plus développées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

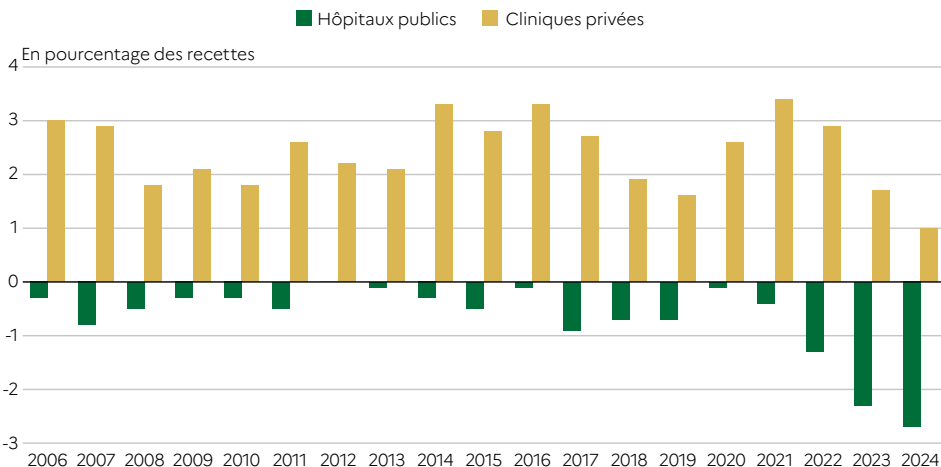
GVT qui en découle (à hauteur de 1,1 milliard) [Gratieux, Le Guillou, 2025]. Rapporté aux recettes, le résultat net est de -2,7 % (après -2,3 % en 2023), une proportion inédite depuis 2005, point de départ des observations.

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.



Vue d'ensemble

Fiches thématiques ◀

Annexes

Données de cadrage

En France, fin 2024, 2 962 établissements de santé assurent le diagnostic, la surveillance et le traitement des patients. Ils offrent 367 100 lits d'hospitalisation complète et 91 000 places d'hospitalisation partielle. Résultant à la fois d'initiatives publiques et privées, le secteur hospitalier français présente aujourd'hui un paysage varié. Des structures de trois types de statuts juridiques cohabitent, avec des modes d'organisation et de gestion, de financement et de régulation, de participation aux missions de service public très différents.

367 100 lits et 91 000 places proposées dans 2 962 structures hospitalières

Au 31 décembre 2024, 2 962 structures hospitalières disposent de capacités d'accueil en hospitalisation complète (comptées en lits) ou en hospitalisation partielle (comptées en places) en France, service de santé des armées (SSA) compris (tableau 1). Ces structures hospitalières, correspondant à autant d'entités géographiques¹, peuvent être de tailles et de natures très différentes. Au total, elles offrent des capacités d'accueil de 367 100 lits et 91 000 places (voir fiche 02, « Les capacités d'accueil en hospitalisations complète et partielle »).

S'ajoutent à ces 2 962 établissements, 164 entités dont l'offre de soins est consacrée uniquement à l'hospitalisation à domicile (HAD), de sorte que les capacités d'accueil totales en HAD s'élèvent à 25 427 patients pouvant être pris en charge simultanément (voir fiche 13 « Les établissements d'hospitalisation à domicile »).

D'autres établissements autorisés dispensent des soins, comptés en séances, sans disposer de capacités d'accueil. Il s'agit essentiellement de centres de dialyse et de radiothérapie. Fin 2024, 101 entités juridiques de dialyse de ce type sont dénombrées, auxquelles sont rattachées 639 antennes.

Les structures hospitalières peuvent former des groupements de coopération sanitaire (GCS) pour

mutualiser des moyens ou une partie de leur activité. Ces groupements peuvent eux-mêmes être érigés en établissements de santé (publics ou privés) s'ils sont titulaires d'autorisations d'activités de soins. La loi de modernisation de notre système de santé, datant de 2016, a aussi introduit les groupements hospitaliers de territoire (GHT), nouveau mode de coopération à l'échelle d'un territoire entre les entités juridiques (EJ) publiques de santé (et le cas échéant d'autres entités). Les EJ intégrées à un GHT doivent élaborer un projet médical partagé, mutualiser certaines fonctions et définir une organisation commune des activités médico-techniques. On dénombre 136 GHT en 2024.

Conséquence de réorganisations et de restructurations, le nombre d'entités géographiques hospitalières a diminué régulièrement entre fin 2013 et fin 2024 (-159 entités géographiques et -5,1 % en onze ans, soit -0,5 % par an en moyenne). Depuis 2020, ce mouvement a ralenti (-27 entités entre 2020 et 2024, soit -0,2 %) [tableau complémentaire A]. La diminution du nombre d'entités géographiques concerne surtout les hôpitaux publics (-90 entités et -6,3 % en onze ans), et principalement d'anciens hôpitaux locaux ainsi que des établissements de soins de longue durée (SLD).

Le nombre d'entités géographiques de statut privé à but lucratif (cliniques privées) a aussi

1. Sont décomptées les entités géographiques directement interrogées par la statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Dans certains cas (en psychiatrie et dans les unités de soins de longue durée), un établissement géographique principal désigné répond pour lui-même et pour certains établissements non interrogés, auquel cas ces derniers n'apparaissent pas dans ce décompte (voir l'encadré Sources et méthodes de cette fiche, ainsi que la fiche 11 « L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé »). Leurs capacités en lits ou en places et leur activité sont toutefois comptabilisées.

reculé depuis 2013 (-42 entités et -4,1 % en onze ans), en particulier les établissements de soins de médecine, chirurgie obstétrique et odontologie (MCO) ou pluridisciplinaires, tandis que le nombre d'établissements de lutte contre les maladies mentales a progressé dans ce secteur (+25 entités et +17,4 % en onze ans). Le nombre d'établissements du secteur privé à but non lucratif a reculé globalement dans les mêmes proportions (-27 entités et -4,0 % en onze ans).

Un paysage hospitalier très varié

Parmi les 1 330 établissements publics, quatre types d'établissements coexistent. Ils se différencient selon leurs missions : 183 sites de centres hospitaliers régionaux (CHR) dispensent les soins les plus spécialisés à la population de la région ainsi que les soins courants à la population la plus proche ; 926 centres hospitaliers (CH, y compris les anciens hôpitaux locaux), catégorie intermédiaire d'établissements, assurent la

Tableau 1 Nombre d'entités et capacités d'hospitalisation des établissements de santé par catégorie d'établissement au 31 décembre 2013 et 2024

	Entités		Nombre de lits		Nombre de places	
	2013	2024	2013	2024	2013	2024
Secteur public	1 420	1 330	256 843	224 057	39 700	46 651
CHR/CHU	183	183	73 636	65 672	9 266	12 363
CH, hors anciens hôpitaux locaux	720	737	134 651	123 363	15 268	20 541
CH, anciens hôpitaux locaux	261	189	10 661	8 499	160	219
CH spécialisés en psychiatrie	98	90	25 865	18 519	14 572	13 119
Établissements de SLD	137	119	8 975	6 786	0	0
Autres établissements publics	21	12	3 055	1 218	434	409
Secteur privé à but non lucratif	682	655	58 058	53 942	12 269	16 267
CLCC	21	20	2 887	2 534	323	651
Établissements de MCO ou pluridisciplinaires	156	134	19 401	17 821	2 492	3 618
Établissements de SSR	368	343	25 377	24 470	4 071	5 895
Établissements de lutte contre les maladies mentales ¹	105	107	6 937	6 017	5 048	5 111
Autres établissements à but non lucratif	32	51	3 456	3 100	335	992
Secteur privé à but lucratif	1 019	977	97 887	89 129	15 810	28 068
Établissements de MCO ou pluridisciplinaires	534	449	57 766	43 907	11 961	17 924
Établissements de SSR	335	343	27 043	29 970	2 656	6 994
Établissements de lutte contre les maladies mentales	144	169	12 576	14 279	1 193	3 054
Autres établissements à but lucratif	6	16	502	973	0	96
Ensemble	3 121	2 962	412 788	367 128	67 779	90 986

CHR : centre hospitalier régional ; CHU : centre hospitalier universitaire ; CH : centre hospitalier ; SLD : soins de longue durée ; CLCC : centre de lutte contre le cancer ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

1. Dans le secteur privé à but non lucratif, les établissements de lutte contre les maladies mentales ont été regroupés avec les établissements de la catégorie CH spécialisés en psychiatrie.

Note > Le nombre d'entités indiqué pour le secteur public comptabilise toutes les entités géographiques (et pas uniquement les entités juridiques comme c'était le cas avant 2013). Pour une entité juridique multisite comme l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), on dénombre autant d'entités que de sites, soit 37 sites.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA. Établissements d'hospitalisation disposant au moins d'un lit (en hospitalisation complète) ou d'une place (en hospitalisation partielle). Les centres de dialyse et de radiothérapie, ainsi que les établissements réalisant uniquement de l'hospitalisation à domicile ne sont pas comptabilisés.

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

majeure partie des prises en charge de court séjour (MCO), ainsi que la prise en charge et les soins pour les personnes âgées ; 90 centres hospitaliers sont, par ailleurs, spécialisés en psychiatrie (tableau 7). Enfin, les 131 autres établissements publics correspondent majoritairement à des établissements de SLD.

Parmi les structures hospitalières privées, deux types d'établissements cohabitent : les cliniques privées (977 au total) et les établissements privés à but non lucratif (655 au total). Les premières appartiennent quasiment toutes à une structure de groupe (9 sur 10) : ces groupes sont souvent petits (la moitié d'entre eux emploient moins de 250 salariés), mais neuf employaient plus de 5 000 salariés en 2022. Les établissements privés à but non lucratif comprennent 20 centres de lutte contre le cancer (CLCC), 343 établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR), 134 établissements de MCO ou pluridisciplinaires, ainsi que 158 autres établissements privés à but non lucratif, dont 107 établissements de lutte contre les maladies mentales, y compris les CHS (voir encadré Sources et méthodes, partie Champ).

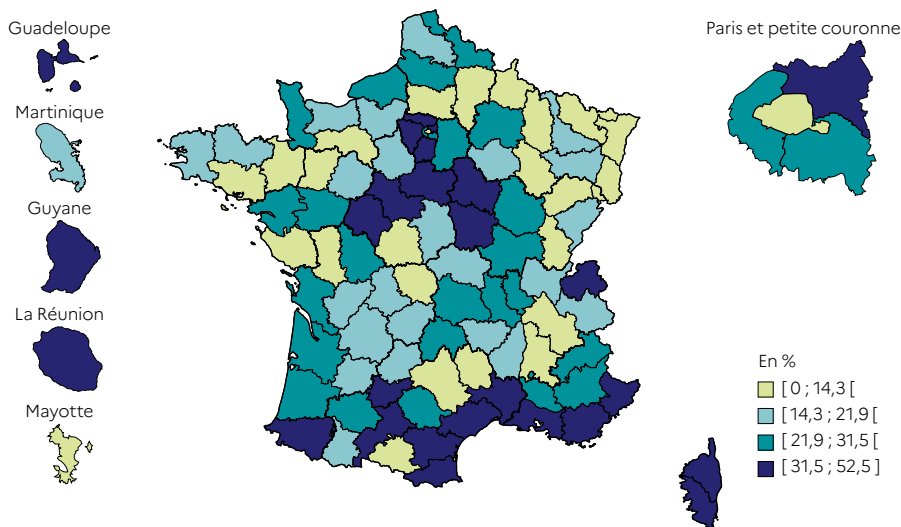
Une répartition des capacités entre le secteur public et le secteur privé très variable selon les départements

Au niveau national, les hôpitaux publics concentrent 60 % des capacités d'hospitalisation complète, d'hospitalisation partielle et d'hospitalisation à domicile (HAD), les cliniques privées 25 % et les établissements privés à but non lucratif 15 %. Cette répartition varie toutefois fortement en fonction des départements.

Dans les 25 % de départements où la part des cliniques privées est la plus forte, celle-ci est au moins deux fois plus élevée que dans les 25 % de départements où elle est la plus faible (carte 1).

En 2024, les cliniques privées sont inexistantes en Ariège et en Aveyron, et elles sont très minoritaires (moins de 10 % de la capacité totale) dans treize autres départements, dont neuf des régions Grand Est, Bourgogne-Franche-Comté et Occitanie. En revanche, elles sont davantage représentées sur le pourtour méditerranéen et en Île-de-France. Elles constituent 40 % ou plus de la capacité totale en lits et places, HAD

Carte 1 Part du secteur privé à but lucratif dans les capacités d'hospitalisations complète, partielle et à domicile, par département, au 31 décembre 2024



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA. Disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), psychiatrie, soins médicaux et de réadaptation (SMR), soins de longue durée (SLD) et d'hospitalisation à domicile (HAD).

Source > Drees, SAE 2024, traitements Drees.

comprise, dans trois des treize départements de l'Occitanie (la Haute-Garonne, l'Hérault et les Pyrénées-Orientales) et dans les deux départements de Corse, dans les Bouches-du-Rhône et le Var, dans le Loir-et-Cher, en Seine-Saint-Denis, et en Guadeloupe.

La part du secteur privé à but non lucratif est aussi très variable d'un département à l'autre

(*tableau complémentaire B*). Si, dans nombre d'entre eux, ce secteur est peu voire pas du tout présent, il représente à l'inverse 30 % ou plus des lits et des places dans dix départements (l'Aveyron, la Haute-Loire, le Lot, la Lozère, la Meurthe-et-Moselle, le Puy-de-Dôme, le Bas-Rhin, le Haut-Rhin, la Haute-Saône et les Hauts-de-Seine). ■

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) ou d'une place (en hospitalisation partielle). Sont exclus les établissements de santé qui dispensent des soins dans le cadre d'une autorisation, mais sans capacités d'accueil en hospitalisations complète ou partielle. Il s'agit essentiellement des centres de dialyse et de radiothérapie, mais aussi des établissements d'hospitalisation à domicile (HAD). Dans tout l'ouvrage, les établissements sont distingués par statut juridique : établissements publics, privés à but lucratif (cliniques privées), privés à but non lucratif. Parmi ces derniers, environ huit sur dix sont des établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic) [voir annexe 2, « Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé »]. Par ailleurs, la catégorie « hôpital local » n'existe plus depuis l'entrée en vigueur, en 2009, de la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST). Toutefois, ces établissements existent toujours sous la forme de centres hospitaliers (CH).

Sources

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la Drees décrit l'activité des établissements de santé (séjours et journées d'hospitalisation complète, journées d'hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel).

Méthodologie

Le nombre d'établissements indiqué correspond au nombre d'entités géographiques ayant des lits d'hospitalisation complète ou des places d'hospitalisation partielle au 31 décembre de l'année. Il s'agit d'établissements directement interrogés par la SAE. N'apparaissent pas dans le décompte total certains établissements qui ne sont pas interrogés directement et pour lesquels un établissement principal désigné répond. Il s'agit d'établissements de santé mentale tels que les centres médico-psychologiques (CMP), les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), les hôpitaux de jour, certaines cliniques de santé mentale, ainsi que les unités de soins de longue durée (USLD).

Définitions

Le terme d'établissement de santé recouvre deux notions différentes :

> **Entité géographique (EG)** : elle correspond, en général, au site de production et, éventuellement, au site porteur du budget. Chaque EG dépend d'une entité juridique unique et une même entité juridique peut donner lieu à plusieurs EG, à condition que ces dernières aient des implantations géographiques ou des budgets différents.

> **Entité juridique (EJ)** : elle correspond à la définition de l'entité institutionnelle de la comptabilité publique. Elle possède un conseil d'administration ou un conseil de surveillance, une direction, et elle est maîtresse de sa décision. Elle exerce une activité indépendante, perçoit des ressources et gère un patrimoine. L'EJ peut regrouper plusieurs entités géographiques, notamment dans le secteur public. C'est le cas, par exemple, de l'entité juridique Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), qui regroupe plusieurs entités géographiques sur différents sites parfois relativement éloignés. Dans le secteur privé, l'EJ représente la société d'exploitation (particulier ou société) et reste encore très souvent rattachée à une seule entité géographique, malgré le développement de regroupements.

Pour en savoir plus

- > **Albertone, M., et al.** (2025, septembre). *Face à la gravité de la situation financière des hôpitaux publics, renforcer l'efficacité par une intégration territoriale*. Rapport, Igas-IGF.
- > **Bras, P.-L., Pouvourvil, G., Tabuteau, D. (dir.)** (2009, juillet). *Traité d'économie et de gestion de la santé*. Paris, France : Les Presses de Sciences Po/Éditions de Santé.
- > **Cour des comptes** (2023, octobre). *Le Service de santé des armées, une capacité à consolider*. Rapport.
- > **Dagorn, C., et al.** (2020, février). *Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT)*. Rapport, Igas.
- > **Delort, L., Vergondy, L.** (2026, janvier). En 2022, neuf cliniques privées sur dix font partie d'un groupe. Insee, *Insee Première*, 2089.
- > **Kervasdoué (de), J.** (2021, mai). *L'Hôpital*. Paris, France : Presses universitaires de France, coll. Que sais-je ? 6^e édition.
- > **Marre, M., Salibekyan-Rosain, Z.** (2026, à paraître). Hôpitaux de proximité (HPR) : des établissements de santé de premiers recours, surtout en zone rurale et pour une patientèle âgée. Drees, *Études et Résultats*.

Fin 2024, 367 100 lits d'hospitalisation complète sont en mesure d'accueillir des patients, soit une diminution de 2 300 lits sur un an (-0,6 %) et de 45 700 lits depuis fin 2013 (-11,1 %). *A contrario*, les capacités d'accueil en hospitalisation partielle se sont développées pour atteindre un total de 91 000 places fin 2024, soit une hausse de 2 600 places sur un an (+2,9 %) et de 23 200 places depuis fin 2013 (+34,2 %). Des disparités de densités de lits et de places subsistent entre les départements.

Une diminution régulière des capacités d'hospitalisation complète sur longue période

Au 31 décembre 2024, 367 100 lits d'hospitalisation complète sont en mesure d'accueillir des patients, tous établissements, toutes disciplines et tous secteurs confondus (*graphique 1*). Ces capacités ont diminué de 45 700 lits depuis 2013 (soit -11,1 %) et de 2 300 lits sur un an (-0,6 %). Ce recul s'explique principalement par une évolution structurelle des formes de prises en charge, de plus en plus tournées vers des alternatives à l'hospitalisation complète. La baisse du nombre de lits concerne toutes les disciplines, où elle s'est effectuée 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.

Ce sont les capacités d'accueil en court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie [MCO]) qui ont subi la plus forte diminution entre 2013 et 2024 (-33 400 lits, soit -15,2 %). En psychiatrie, où des alternatives à l'hospitalisation ont été développées dès les années 1970, le nombre de lits a moins reculé au cours de la période (-7 100 lits, soit -12,3 %)¹. Mais cette évolution est contrastée selon le statut des établissements : les capacités d'accueil en hospitalisation complète en psychiatrie ont diminué de 8 400 lits dans les établissements publics,

tandis qu'elles ont augmenté de 2 100 lits dans les établissements privés à but lucratif (cliniques privées) [*tableau complémentaire A*].

En onze ans, le nombre de lits en moyen séjour (SMR) a diminué lui aussi (-2 300 lits, soit -2,2 %), principalement en raison de la forte baisse des capacités d'accueil des établissements publics (-4 300 lits au cours de la période) et des établissements privés à but non lucratif (-1 700 lits), tandis que les capacités des cliniques privées augmentaient pour leur part (+3 700 lits). Après avoir progressé régulièrement jusqu'en 2015, les capacités d'accueil en SMR se sont ensuite infléchies.

Une poursuite du recul du nombre de lits en 2024

Fin 2024, les capacités d'accueil en hospitalisation complète reculent de 2 300 lits sur un an (-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 inférieure également à celle observée entre 2013 et 2019, au cours de la période précédant la crise sanitaire liée au Covid-19 (-0,9 % en moyenne annuelle). La diminution entre 2023 et 2024 est plus marquée en psychiatrie, où le nombre de lits d'hospitalisation à temps plein 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

1. Pour la psychiatrie (disciplines de psychiatrie de l'adulte, de l'enfant et de l'adolescent, et pénitentiaire), il s'agit des capacités d'hospitalisation à temps plein : les capacités des autres formes de prises en charge à temps complet, telles que l'accueil familial thérapeutique ou en appartement thérapeutique, ne sont pas comptabilisées dans cette fiche (pour ces prises en charge, voir la fiche 11 « L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé »).

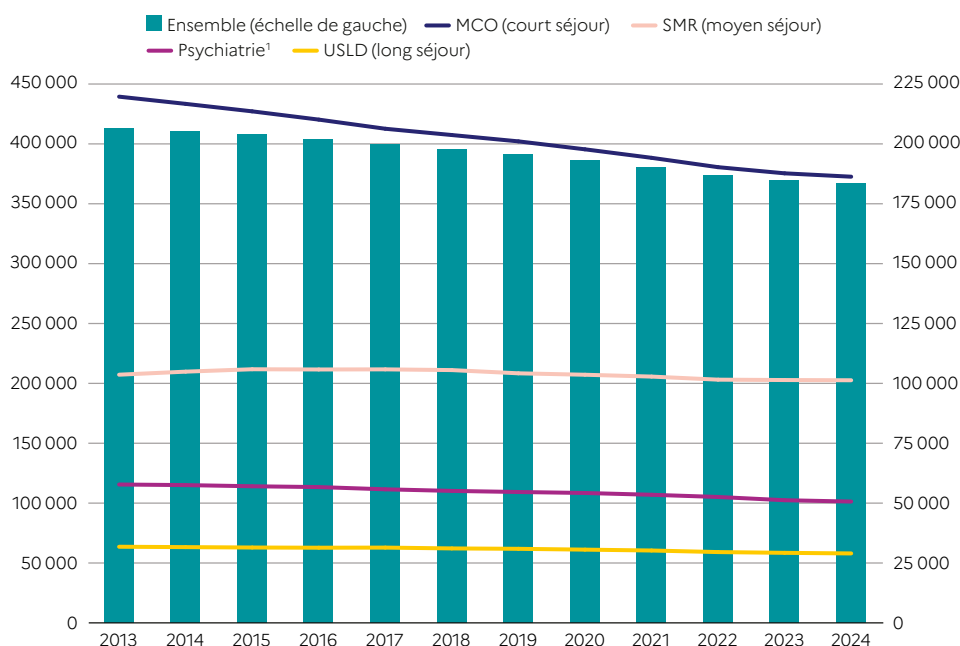
(-700 lits, pour une baisse totale de 600 lits). Dans les cliniques privées, au contraire, le nombre de lits de psychiatrie augmente (+100 lits). En MCO, le nombre de lits d'hospitalisation complète recule de 0,7 % en 2024 (après -1,3 % en 2023 et -1,5 % par an en moyenne entre fin 2013 et fin 2019). Ce repli est très majoritairement porté par les cliniques privées (-1 400 lits, pour une baisse totale de 1 400 lits). En SMR, le nombre de lits est pratiquement stable en 2024 (-0,1 %, soit -100 lits, après -0,2 % en 2023, soit -200 lits). Le nombre de lits en unités de soins de longue durée (USLD) décroît moins lui aussi : -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. Le recul du nombre de lits d'USLD dans le

secteur public est en partie compensé par l'ouverture de lits en cliniques privées (+100 lits en 2024, pour un total de 900 lits en cliniques privées sur 29 000 lits d'USLD).

Un rebond des capacités d'hospitalisation partielle, dès 2021, après un ralentissement dû à la crise sanitaire

Depuis la seconde moitié des années 1980, des innovations médicales ont permis d'effectuer un nombre croissant d'interventions en hospitalisation partielle plutôt qu'en hospitalisation complète (nouvelles procédures anesthésiques et chirurgicales, explorations endoscopiques, etc.). Ce virage dans les prises en charge a, par ailleurs, été fortement encouragé par les autorités sanitaires. Les capacités totales d'hospitalisation partielle atteignent ainsi 91 000 places fin 2024, soit 23 200 places de plus que fin 2013

Graphique 1 Évolution du nombre de lits d'hospitalisation complète depuis 2013



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SMR : soins médicaux et de réadaptation ; USLD : unité de soins de longue durée.

1. Psychiatrie : disciplines de psychiatrie de l'adulte, de l'enfant et de l'adolescent, et pénitentiaire. Il s'agit des capacités d'hospitalisation à temps plein : les capacités des autres formes de prises en charge à temps complet (accueil familial thérapeutique, appartement thérapeutique...) ne sont pas comptabilisées dans ce graphique.

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

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

(+34,2 % en onze ans) [graphique 2]. Après une progression moyenne de 2,5 % par an 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.

L'hospitalisation partielle de nouveau alimentée par le court et le moyen séjours en 2024

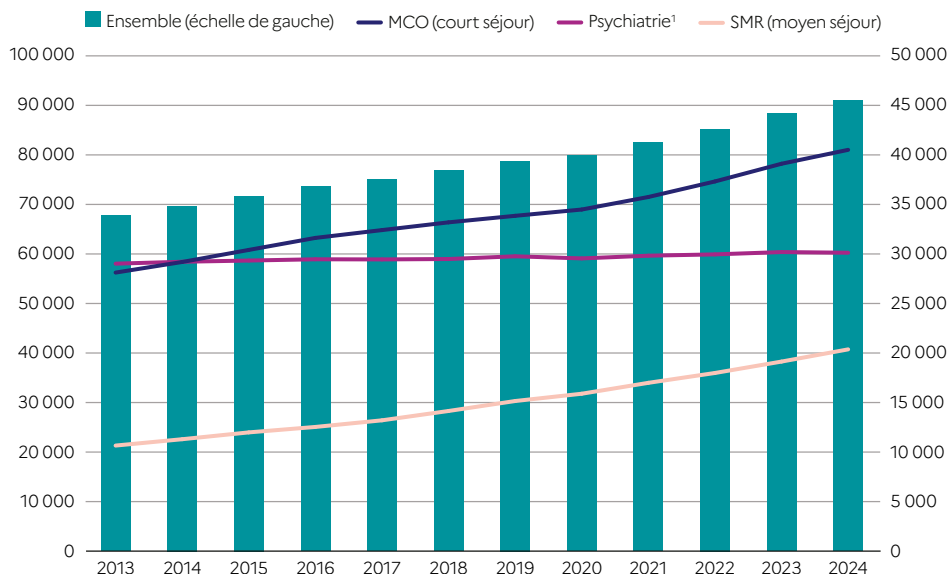
Le dynamisme soutenu de l'hospitalisation partielle est porté par le court et le moyen séjours. En court séjour (MCO), le nombre de places poursuit sa croissance : +3,6 %, après +4,8 % en 2023 et +3,1 % par an en moyenne entre 2013 et 2019. En moyen séjour (SMR), la progression du nombre de places est plus soutenue encore : +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 (+700 places sur un total de +1 200 places en 2024) [tableau complémentaire B]. En MCO, elle est au contraire plus marquée dans les

hôpitaux publics (+900 places sur un total de +1 400 places en 2024).

En psychiatrie, le recours à l'hospitalisation partielle est plus ancien, et la dynamique du nombre de places différente : en 2024, le nombre de places recule de 0,2 % (après avoir crû de 0,8 % en 2023). En effet, en 2024, la baisse observée 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).

Les cliniques privées sont particulièrement présentes sur le court et le moyen séjours, où elles représentent respectivement 39 % et 44 % des places d'hospitalisation partielle. Cette proportion atteint 61 % pour la chirurgie ambulatoire. Les établissements privés à but non lucratif sont relativement plus développés sur le moyen séjour, où ils concentrent 33 % des places. Les hôpitaux publics dominent largement l'offre de places en psychiatrie (71 %), ainsi qu'en court séjour dans les disciplines de médecine (75 %) et de gynécologie-obstétrique (82 %).

Graphique 2 Évolution du nombre de places d'hospitalisation partielle depuis 2013



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SMR : soins médicaux et de réadaptation.

1. Psychiatrie : disciplines de psychiatrie de l'adulte, de l'enfant et de l'adolescent, et pénitentiaire.

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

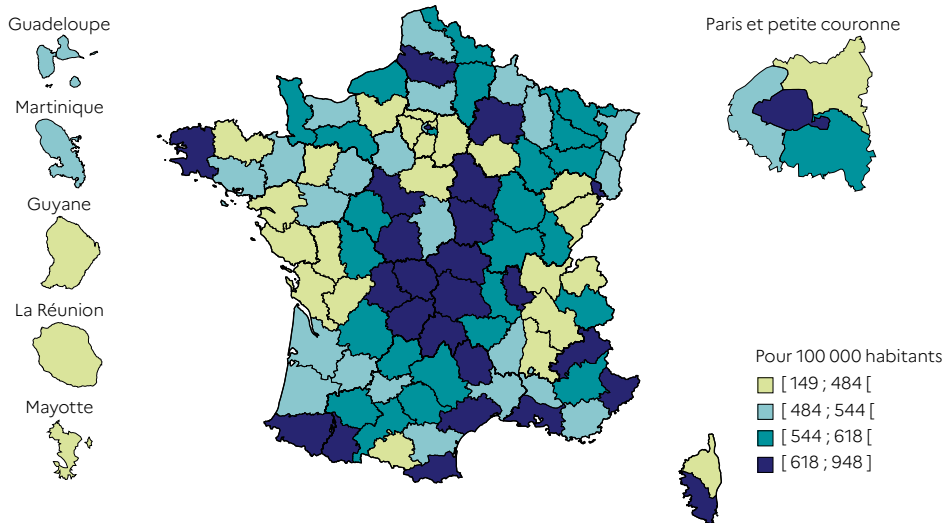
Sources > Drees, SAE 2013-2024, traitements Drees.

Des disparités départementales persistantes

Comme pour les années précédentes, les densités de lits et de places fin 2024 diffèrent beaucoup selon les régions² et les départements. Toutes disciplines confondues, le nombre de lits (hospitalisation complète) pour 100 000 habitants varie ainsi de 149 à Mayotte, 319 en Guyane, 338 dans l'Ain à 948 dans les Hautes-Alpes (carte 1). Le nombre de places (hospitalisation partielle) pour 100 000 habitants varie de 13 à Mayotte ou 59 dans l'Ain à 255 à Paris (carte 2). Les densités en hospitalisation complète et en hospitalisation partielle ne sont pas indépendantes, et quatorze départements se distinguent par une

forte densité de lits comme de places. À l'opposé, quatorze départements (dont Mayotte, la Guyane, l'Ain, l'Ariège et la Seine-et-Marne) ont une faible densité pour les deux types d'accueils. L'ampleur des disparités en nombre de lits et de places entre départements diffère aussi selon la discipline. En psychiatrie et en moyen séjour, les dix départements les mieux dotés disposent d'au moins deux fois plus de lits et de places par habitant que les dix départements les moins bien dotés (rapport interdécile), alors que ce rapport est plus faible en court séjour (1,8) [tableau complémentaire C]. En 2013, les écarts interdéciles étaient de 2,1 pour la psychiatrie et 2,2 pour le moyen séjour, et de 1,7 pour le court séjour. ■

Carte 1 Densité de lits d'hospitalisation complète par département au 31 décembre 2024



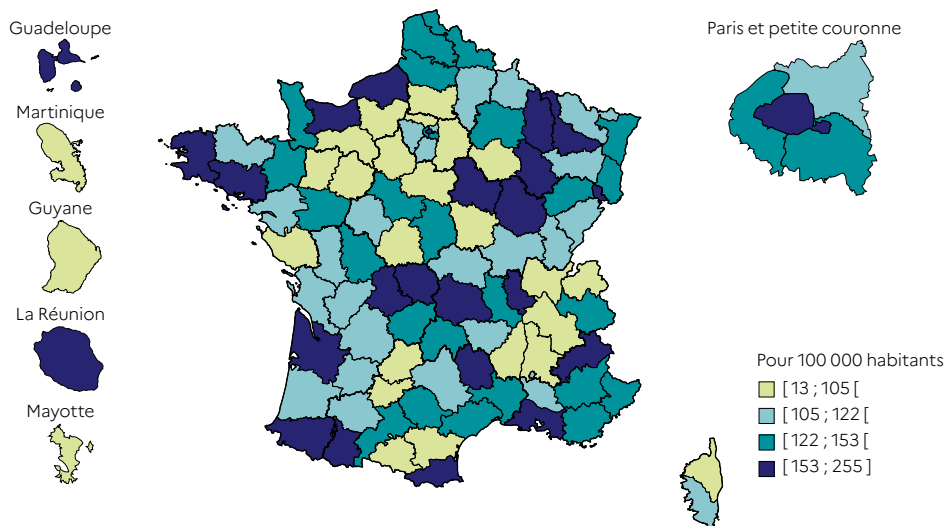
Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA. Disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), psychiatrie, soins médicaux et de réadaptation (SMR) et soins de longue durée. Pour la psychiatrie, il s'agit des capacités d'hospitalisation à temps plein pour les disciplines de psychiatrie de l'adulte, de l'enfant et de l'adolescent, et pénitentiaire. Les capacités des autres formes de prises en charge à temps complet (accueil familial thérapeutique, appartement thérapeutique...) ne sont pas comptabilisées dans cette carte.

Sources > Drees, SAE 2024, traitements Drees ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2024.

2. Pour plus de précisions, la fiche 09 « Les établissements de santé dans les départements et régions d'outre-mer » détaille l'équipement et l'activité de chacun des départements et régions d'outre-mer (DROM) des différentes disciplines, et les compare à ceux de la France métropolitaine.

Carte 2 Densité de places d'hospitalisation partielle par département au 31 décembre 2024



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA. Disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), psychiatrie et soins médicaux et de réadaptation (SMR). Pour la psychiatrie, il s'agit des capacités d'hospitalisation partielle pour les disciplines de psychiatrie de l'adulte, de l'enfant et de l'adolescent, et pénitentiaire.

Sources > Drees, SAE 2024, traitements Drees ; Insee, estimation de la population au 1^{er} 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) ou d'une place (en hospitalisation partielle). Sont exclus les établissements de santé qui dispensent des soins dans le cadre d'une autorisation, mais sans capacités d'accueil en hospitalisations complète ou partielle. Il s'agit essentiellement des centres de dialyse, de radiothérapie, des structures de psychiatrie ambulatoire et des établissements faisant uniquement de l'hospitalisation à domicile (HAD).

Sources

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la Drees décrit l'activité des établissements de santé (séjours et journées d'hospitalisation complète, journées d'hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel).

Définitions

Les capacités d'accueil sont classées selon l'autorisation de soin rattachée à l'unité d'hospitalisation à laquelle elles appartiennent :

> **Hospitalisation complète** : elle se définit selon la nature de l'unité d'accueil. Il s'agit d'unités hébergeant des patients pour une durée généralement supérieure à une journée. Elle comprend également, dans les données présentées, les unités fermées le week-end (hospitalisation dite « de semaine »). En psychiatrie, seule l'activité d'hospitalisation à temps plein est comptabilisée dans cette fiche et non pas les autres formes de prises charge à temps complet, très minoritaires (accueil familial thérapeutique, appartement thérapeutique...).





> **Hospitalisation partielle** : elle concerne l'hospitalisation de jour et les unités ayant des activités d'anesthésie, de chirurgie ambulatoire ou de médecine ambulatoire, ainsi que l'hospitalisation de nuit ou l'accueil¹ en atelier thérapeutique en psychiatrie. Elle fait partie des alternatives à l'hospitalisation complète. Elle ne comprend pas l'hospitalisation à domicile (HAD) [voir fiche 04 : « Les autres grandes prises en charge hospitalières »].

> **Capacités d'accueil des établissements de santé** : elles sont comptabilisées en nombre de lits (dont les berceaux et les couveuses agréés) pour l'hospitalisation complète et en nombre de places pour l'hospitalisation partielle (soit le nombre de patients pouvant être accueillis en même temps). Il s'agit des lits et des places installés au 31 décembre, c'est-à-dire en état d'accueillir des patients. Ceux fermés temporairement (pour manque de personnel notamment) sont exclus, sauf si cette fermeture est de très courte durée, et pour cause de travaux ou de désinfection. Ces chiffres peuvent différer du nombre de lits ou de places autorisés, ces derniers n'étant pas toujours créés intégralement.

> **Statuts juridiques des établissements** : les établissements, leurs modes de financement et les grandes disciplines d'équipement sont présentés dans l'annexe 2, « Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé ».

1. Ce dernier est cependant hors champ de cette fiche, car ses capacités ne sont pas mesurées en places.

Pour en savoir plus

> **Bert, T., et al.** (2014, juillet). *Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France*. Rapport, Igas et IGF.

> **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.

> **Cour des comptes** (2024, mai). *La réduction du nombre de lits à l'hôpital, entre stratégie et contraintes*. Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale, chapitre VIII.

> **Delaporte, A., et al.** (2022, juillet). La base ARES : agrégats régionaux sur les établissements de santé. Méthodologie de constructions de séries régionales de la SAE depuis 2013. Drees, *Drees Méthodes*, 2.

La structure des activités des établissements de santé varie selon leur statut juridique, tant en matière de grandes disciplines que de modes de prises en charge. En 2024, toutes disciplines et tous statuts confondus, les établissements de santé réalisent 20,5 millions de journées d'hospitalisation partielle et 10,8 millions de séjours d'hospitalisation complète. Par rapport à 2023, l'activité en hospitalisation partielle croît fortement, avec une hausse de 5,7 % des journées, et l'hospitalisation complète plus modérément, avec une augmentation de 1,4 % des séjours. Cependant, ces évolutions sont fortement contrastées selon la discipline et le statut des établissements.

L'activité d'hospitalisation partielle augmente en 2024, mais ne retrouve pas son niveau de 2019 en psychiatrie

Au cours de l'année 2024, les établissements de santé de France ont pris en charge 20,5 millions de journées d'hospitalisation partielle (c'est-à-dire sans nuitée) [tableau 1]. Leur progression est à nouveau vigoureuse (+5,7 % en 2024, après +8,6 % en 2023) et les journées d'hospitalisation partielle excèdent ainsi de 16,7 % leur niveau de 2019, avant la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19, durant laquelle elles avaient fortement chuté (-23,7 % en 2020) [tableau complémentaire A]. 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).

Cette croissance de l'activité d'hospitalisation partielle est, cependant, hétérogène selon la discipline et le statut des établissements. Par discipline, en 2024, elle est portée pour 55 % par la médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) et pour 41 % par les soins médicaux et de réadaptation (SMR), alors que ces deux disciplines représentent respectivement 52 % et 29 % des journées d'hospitalisation partielle ; par statut, cette hausse est portée pour 45 % par les établissements publics et pour 41 % par les cliniques privées, pour des parts respectives de 39 % et de 43 % des journées.

Ainsi, en MCO, l'hospitalisation partielle augmente à nouveau fortement (+6,1 % en 2024, après +8,6 % en 2023) et son volume d'activité s'établit à 10,6 millions de journées. Ce nombre est supérieur de 28,9 % à celui de 2019 (+48,2 % dans les établissements du secteur privé à but non lucratif, +30,5 % dans les établissements publics et +24,0 % dans les cliniques privées) [tableau complémentaire B]. Entre 2019 et 2024, l'activité en hospitalisation partielle en court séjour progresse ainsi plus rapidement qu'avant la crise sanitaire (+5,2 % par an durant cette période, contre +3,7 % entre 2013 et 2019) [voir fiche 10, « Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : activité et capacités »].

En SMR, l'activité d'hospitalisation partielle est encore très dynamique (+8,3 % en nombre de journées en 2024, après +11,3 % en 2023) et excède fortement son niveau de 2019 (+28,2 %). En nombre de journées, elle a augmenté de 5,1 % par an en moyenne entre 2019 et 2024 (voir fiche 15, « L'offre de soins médicaux et de réadaptation dans les établissements de santé »). Au cours de la période, le niveau d'activité en hospitalisation partielle des cliniques privées a nettement plus progressé que celui des établissements privés à but non lucratif et que celui des hôpitaux publics (respectivement +52,0 %, +11,7 % et +10,6 % par rapport à 2019).

En psychiatrie¹, la hausse du volume d'activité pour les prises en charge à temps partiel (+1,0 % en 2024, après +5,3 % en 2023) ne permet pas de retrouver le niveau d'avant la crise sanitaire : il reste inférieur de 15,3 % à son niveau de 2019,

tous secteurs confondus. C'est le cas dans les établissements publics et privés à but non lucratif, où il demeure inférieur de respectivement 23,5 % et 16,6 % à son niveau de 2019. En revanche, il est supérieur de 26,6 % dans les cliniques privées.

Tableau 1 Nombre de journées et de séjours par discipline d'équipement et type d'activité selon le statut de l'établissement en 2024

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2024	Évolution 2023-2024 (en %)	2024	Évolution 2023-2024 (en %)	2024	Évolution 2023-2024 (en %)	2024	Évolution 2023-2024 (en %)
Journées d'hospitalisation partielle								
MCO ¹	4 432 763	8,7	1 119 317	8,7	5 025 604	3,4	10 577 684	6,1
Psychiatrie ^{2,3}	2 470 452	1,6	754 688	-3,4	829 823	3,4	4 054 963	1,0
SMR	1 151 878	9,1	1 834 993	6,2	2 901 872	9,4	5 888 743	8,3
Total des journées	8 055 093	6,5	3 708 998	4,8	8 757 299	5,3	20 521 390	5,7
Séjours d'hospitalisation complète								
MCO ¹	6 544 982	2,2	821 181	3,2	1 974 123	-1,5	9 340 286	1,5
Psychiatrie ^{2,4}	333 981	-2,2	57 775	-0,8	123 826	-0,9	515 582	-1,8
SMR ⁵	341 948	3,0	235 730	1,4	322 657	2,0	900 335	2,2
Total des séjours	7 220 911	2,0	1 114 686	2,6	2 420 606	-1,0	10 756 203	1,4
Journées d'hospitalisation complète								
MCO ¹	39 295 700	1,3	4 325 799	2,2	7 639 226	-2,9	51 260 725	0,8
Psychiatrie ^{2,4}	9 022 995	-2,4	1 807 906	0,4	4 981 143	-0,9	15 812 044	-1,6
SMR ⁵	11 092 994	2,5	7 669 016	2,4	11 399 124	0,1	30 161 134	1,6
SLD	8 239 958	-0,1	817 507	-0,2	244 176	4,7	9 301 641	0,0
Total des journées	67 651 647	0,9	14 620 228	2,0	24 263 669	-1,1	106 535 544	0,6
Complément : nouveau-nés restés auprès de leur mère (MCO)⁶								
Séjours d'hospitalisation complète	412 283	-1,9	48 086	0,1	96 010	-8,2	556 379	-2,9
Journées d'hospitalisation complète	1 480 050	-0,9	169 042	0,4	336 036	-7,8	1 985 128	-2,0

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SMR : soins médicaux et de réadaptation ; SLD : soins de longue durée.

1. Y compris les bébés mort-nés, non compris les nouveau-nés restés auprès de leur mère.

2. Disciplines de psychiatrie de l'adulte, de l'enfant et de l'adolescent, et pénitentiaire.

3. Le nombre de journées est exprimé en équivalent-journée, où une demi-journée compte pour 0,5.

4. Hospitalisation à temps plein : les autres formes de prises en charge à temps complet (accueil familial thérapeutique, appartement thérapeutique...) ne sont pas comptabilisées dans ce tableau.

5. Y compris les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires.

6. Désormais, l'activité d'hospitalisation complète en MCO liée aux nouveau-nés restés auprès de leur mère (bébés ne nécessitant pas de parcours de soins spécifique) est publiée pour information, en complément des agrégats traditionnels de l'activité de MCO.

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

Sources > ATIH, PMSI-MCO et PMSI-SMR 2023-2024, traitements Drees, pour l'activité de MCO et de SMR ; Drees, SAE 2023-2024, traitements Drees, pour l'activité de psychiatrie et de SLD.

1. Dans cette fiche, les données sur l'activité de psychiatrie englobent la psychiatrie de l'adulte, de l'enfant et de l'adolescent, et pénitentiaire. Les résultats mentionnés dans la fiche 11 « L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé » concernent la psychiatrie de l'adulte et la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, et traitent la psychiatrie pénitentiaire séparément.

Le nombre de séjours d'hospitalisation complète augmente à nouveau légèrement en 2024

En 2024, les établissements de santé ont pris en charge 10,8 millions de séjours d'hospitalisation complète (soins de longue durée [SLD] exclus)² et 106,5 millions de journées (SLD inclus). Depuis une vingtaine d'années, le nombre de séjours d'hospitalisation complète diminue. Après une relative stabilisation au début des années 2010, ce recul régulier a repris à partir de 2013 (-0,4 % de séjours en moyenne annuelle entre 2013 et 2019) [tableau complémentaire C].

En 2020, le nombre de séjours d'hospitalisation complète a connu un recul sans précédent (-12,4 %), la crise sanitaire ayant entraîné la déprogrammation de nombreuses hospitalisations pour réduire les risques de contamination. Après un rebond en 2021 (+3,3 %), le nombre de séjours d'hospitalisation complète a diminué en 2022 (-0,9 %), avant d'augmenter à nouveau en 2023 (+0,8 %) et en 2024 (+1,4 %). Pour sa part, le nombre de journées d'hospitalisation complète (SLD exclus) a augmenté de 0,6 % en 2024 comme en 2023, après plusieurs années de baisse consécutives (-0,2 % en 2022, après -0,6 % en 2021 et -8,9 % en 2020). À l'inverse de 2023, la hausse du nombre de journées et de séjours d'hospitalisation complète est portée par les hôpitaux publics en 2024. Par rapport à 2019, le nombre de séjours et le nombre de journées sont en recul de respectivement 8,4 % et 8,8 % en 2024. Pour l'ensemble des disciplines, la diminution annuelle moyenne de l'activité d'hospitalisation complète entre 2019 et 2024 est plus élevée que celle observée avant la crise sanitaire (entre 2013 et 2019), aussi bien pour les séjours que pour les journées. C'est également le cas pour chacun des statuts des établissements. En MCO, le nombre de séjours d'hospitalisation complète augmente de 1,5 % en 2024 (après +0,7 % en 2023) et celui des journées de 0,8 %

(après -0,2 % en 2023). L'activité d'hospitalisation complète est nettement en-deçà de son niveau observé avant la crise sanitaire (-7,6 % entre 2019 et 2024, soit -765 500 séjours).

En SMR, le nombre de séjours et le nombre de journées progressent à nouveau en 2024 (respectivement +2,2 % et +1,6 %, après +3,1 % et +2,9 % en 2023).

En psychiatrie, l'activité d'hospitalisation complète poursuit son repli en 2024 (-1,8 % de séjours, après -0,2 % en 2023, et -1,6 % de journées, après -0,8 % en 2023).

En psychiatrie et en SMR, les cliniques privées se distinguent par une moindre diminution de leur activité d'hospitalisation complète entre 2019 et 2024, pour les séjours comme pour les journées. Ainsi, la part relative des cliniques privées dans l'activité d'hospitalisation complète de ces disciplines progresse de 3 points en psychiatrie et de 2 points en SMR (tableau complémentaire D). En revanche, leur part relative dans l'activité de MCO diminue de 2 points.

En 2024, le nombre de journées de SLD se stabilise (0,0 %, après -0,7 % en 2023 et -2,3 % en 2022).

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

En 2024, le taux d'occupation des lits d'hospitalisation complète, toutes disciplines confondues, est de 80,7 % (graphique 1), 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 MCO³ que le taux d'occupation est le moins élevé en 2024 (77,8 %), en hausse de 1,0 point, il retrouve 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),

2. Les soins de longue durée 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. Par la suite, tous les séjours sont hors SLD.

3. Par sa méthode de calcul, le taux d'occupation ne permet pas de mesurer la situation au cours de l'année pour toutes les disciplines. Si le taux d'occupation en MCO, calculé avec le nombre de journées exploitables sur l'année, tient compte de la disponibilité effective des lits durant l'année, cela n'est pas le cas en psychiatrie et en SMR (voir encadré Sources et méthodes, partie Sources).

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).

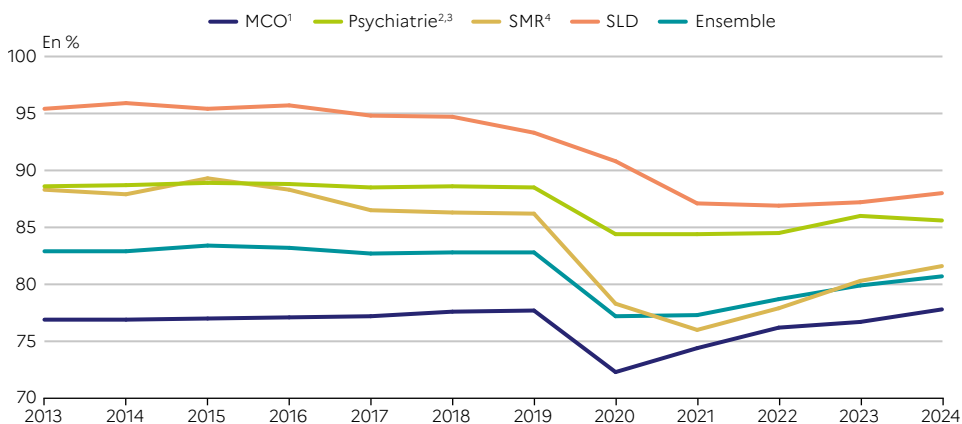
Le taux d'occupation présente de fortes variations selon le statut juridique des établissements et la discipline (tableau complémentaire E). Ainsi, en MCO, il est beaucoup plus élevé dans les hôpitaux publics que dans les établissements privés : respectivement 84,1 % contre 75,4 % dans les établissements privés à but non lucratif et 56,7 % dans les cliniques privées. Dans ces dernières, l'écart pourrait provenir de la moindre part des hospitalisations non programmées, donc pouvant se produire le week-end. À l'inverse, en psychiatrie et en SMR, le taux d'occupation est plus élevé dans les cliniques privées. Il s'élève à 90,6 % en psychiatrie et à 88,2 % en SMR, soit respectivement 6 points de plus et 7 points de plus que dans le secteur public. Ces écarts pourraient

également être liés aux différences de durée moyenne de séjour (DMS) selon le statut.

En France métropolitaine, l'Île-de-France a le taux d'hospitalisation de court séjour par habitant le plus bas

En MCO, le nombre de séjours d'hospitalisation complète rapporté à la population s'élève à 6,6 % à Mayotte, soit près de deux fois moins que le taux de l'ensemble de la France (13,7 %) [carte 1]. En dehors de Mayotte, les taux les plus bas se situent dans les départements d'Île-de-France (notamment 10,8 % dans les Yvelines et 11,1 % dans les Hauts-de-Seine), dans l'Ouest (notamment 11,1 % en Loire-Atlantique) et en Martinique (11,5 %). À l'inverse, les taux les plus hauts atteignent 18,8 % dans la Creuse, 18,5 % dans la Haute-Marne, 18,2 % dans la Nièvre, et 18,0 % dans l'Orne. Il s'agit de départements ruraux, dont la proportion d'habitants de 65 ans ou plus dépasse 25 %.

Graphique 1 Évolution du taux d'occupation des lits d'hospitalisation complète depuis 2013



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SMR : soins médicaux et de réadaptation ; SLD : soins de longue durée.

1. Les journées d'hospitalisation comptabilisées pour le calcul du taux d'occupation en MCO comportent les journées des bébés mort-nés, mais pas celles des nouveau-nés restés auprès de leur mère. Le taux d'occupation en MCO est calculé avec le nombre de journées-lits exploitables. Pour les autres disciplines, il est calculé avec les capacités en lits au 31 décembre multipliées par 365.

2. Disciplines de psychiatrie de l'adulte, de l'enfant et de l'adolescent, et pénitentiaire.

3. Hospitalisation à temps plein : les autres formes de prises en charge à temps complet (accueil familial thérapeutique, appartement thérapeutique...) ne sont pas comptabilisées dans ce graphique.

4. Y compris les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires.

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

Sources > ATIH, PMSI-MCO et PMSI-SMR 2013-2024, traitements Drees, pour l'activité de MCO et de SMR ; Drees, SAE 2013-2024, traitements Drees, pour les capacités et l'activité de psychiatrie et de SLD.

Les spécialisations varient en fonction du statut des établissements

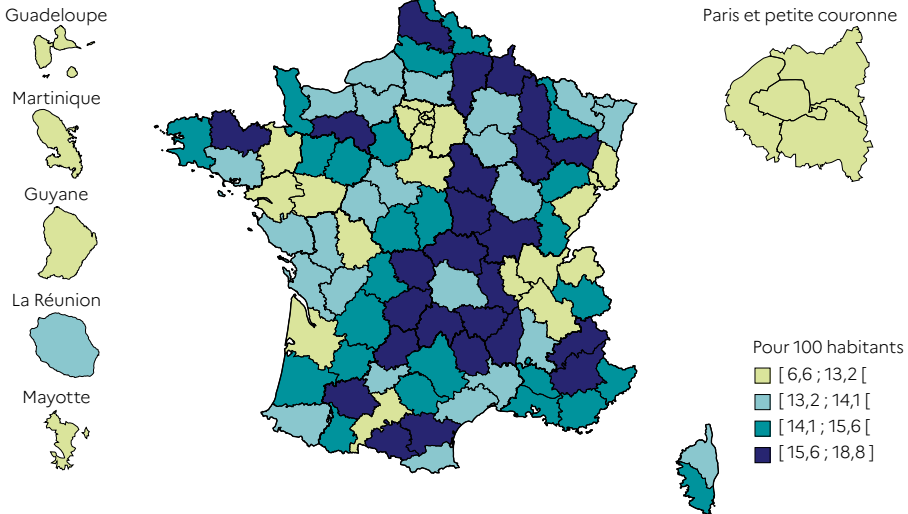
La structure des activités des établissements de santé varie selon leur statut juridique, tant en matière de grandes disciplines que de modes de prises en charge (*graphique 2*). Ces spécificités reflètent la disparité des capacités par discipline et par statut (voir fiche 02, « Les capacités d'accueil en hospitalisations complète et partielle »). Les cliniques privées sont particulièrement présentes en moyen et en court séjours (notamment en chirurgie), où elles réalisent respectivement 49 % et 48 % des journées d'hospitalisation partielle (voir fiche 10). Les établissements privés à but non lucratif sont relativement plus développés en moyen séjour (31 % des journées d'hospitalisation partielle). Les hôpitaux publics dominent largement l'activité d'hospitalisation complète en MCO (70 % des séjours), notamment en médecine (77 % des séjours) et en psychiatrie (65 % des séjours d'hospitalisation complète et 61 % des journées d'hospitalisation partielle).

Enfin, les SLD sont essentiellement pris en charge par les établissements publics (89 % des journées d'hospitalisation complète).

Le nombre de nouveau-nés restés auprès de leur mère diminue avec la baisse du nombre de naissances

En 2024, 556 400 séjours de médecine et 2,0 millions de journées d'hospitalisation complète concernent des bébés « restés auprès de leur mère ». Il s'agit de bébés ne nécessitant pas de parcours de soins spécifique, contrairement à ceux pris en charge en néonatalogie, par exemple. Les agrégats habituels sur le MCO ne prennent en compte que l'activité d'hospitalisation relative aux nouveau-nés accueillis en néonatalogie, en soins intensifs ou en réanimation néonatale. Le nombre de séjours de nouveau-nés restés auprès de leur mère diminue de 2,9 % en 2024. Ce recul est lié à la baisse particulièrement marquée du nombre de naissances en 2024 (-2,8 %), qui atteint son niveau le plus bas depuis 1946 (Thélot, 2025). ■

Carte 1 Nombre de séjours de MCO en hospitalisation complète par département en 2024



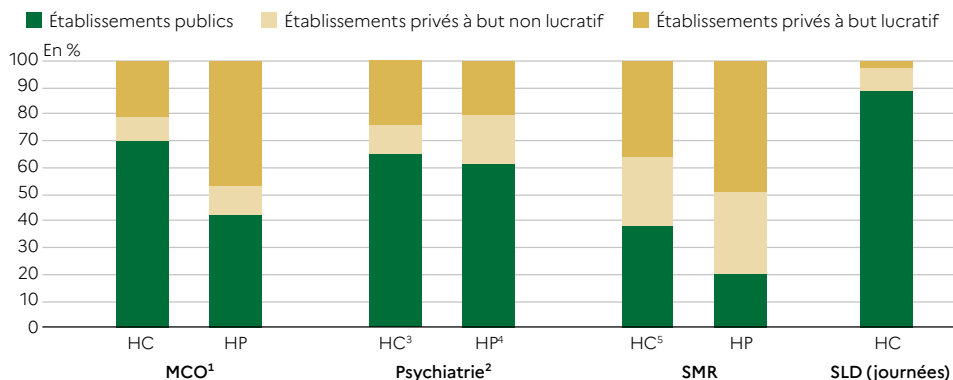
MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, y compris les bébés mort-nés, non compris les nouveau-nés restés auprès de leur mère.

Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

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

Sources > ATIH, PMSI-MCO 2024, traitements Drees ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2024.

Graphique 2 Répartition des séjours d'hospitalisation complète et des journées d'hospitalisation partielle selon la discipline et le statut de l'établissement en 2024



HC : hospitalisation complète ; HP : hospitalisation partielle ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SMR : soins médicaux et de réadaptation ; SLD : soins de longue durée.

- Y compris les bébés mort-nés, non compris les nouveau-nés restés auprès de leur mère.
- Disciplines de psychiatrie de l'adulte, de l'enfant et de l'adolescent, et pénitentiaire.
- Hospitalisation à temps plein : les autres formes de prises en charge à temps complet (accueil familial thérapeutique, appartement thérapeutique...) ne sont pas comptabilisées dans ce graphique.
- Le nombre de journées est exprimé en équivalent-journée, où une demi-journée compte pour 0,5.
- Y compris les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires.

Note > On parle de séjours pour l'hospitalisation complète et de journées pour l'hospitalisation partielle. Les SLD ne sont réalisés qu'à temps complet.

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

Sources > ATIH, PMSI-MCO et PMSI-SMR 2024, traitements Drees, pour l'activité de court séjour et de SMR ; Drees, SAE 2024, traitements Drees, pour l'activité de psychiatrie et de SLD.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Activités d'hospitalisations complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2024 en France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), hors séances, y compris le service de santé des armées (SSA). Sont exclus les établissements de santé qui dispensent des soins dans le cadre d'une autorisation, mais sans capacités d'accueil en hospitalisations complète ou partielle. Il s'agit essentiellement des centres de dialyse, de radiothérapie, des structures de psychiatrie ambulatoire et des établissements faisant uniquement de l'hospitalisation à domicile (HAD).

Sources

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la Drees décrit l'activité des établissements de santé (séjours et journées d'hospitalisation complète, journées d'hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel).

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 microéconomique de l'activité de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie [MCO]) des établissements de santé depuis 1997, et de l'activité de moyen séjour (soins médicaux et de réadaptation [SMR]) depuis 2003 pour chaque séjour réalisé.

Le taux d'occupation en MCO est calculé en rapportant le nombre de journées d'hospitalisation complète au nombre de journées exploitables sur l'année. Ce nombre, égal à la somme des lits en état d'accueillir des patients pour chaque journée de l'année, permet de rendre compte de la disponibilité effective des lits et de ses variations au cours de l'année. En revanche, pour la psychiatrie, le SMR et les soins de longue durée (SLD), le taux d'occupation est calculé en rapportant le nombre de journées d'hospitalisation complète au nombre de lits au 31 décembre multiplié par 365. ●●●

**Définition**

> **Hospitalisation complète et hospitalisation partielle** : en MCO, un séjour d'une durée inférieure à un jour est classé en hospitalisation de moins d'un jour, également appelée hospitalisation partielle, quels que soient le diagnostic principal et la vocation de l'unité de prise en charge. Un séjour d'une durée supérieure à un jour est classé en hospitalisation de plus d'un jour, encore appelée hospitalisation complète. Dans les autres disciplines, les séjours sont classés en fonction de l'autorisation rattachée à l'unité d'hospitalisation (hospitalisations complète ou partielle). En psychiatrie, seule l'activité d'hospitalisation à temps plein est comptabilisée dans cette fiche et non pas les autres formes d'hospitalisation complète, très minoritaires (accueil familial thérapeutique, appartement thérapeutique...).

Pour en savoir plus

- > **Cour des comptes** (2023, juillet). *La tarification à l'activité. Rapport.*
- > **Thélot, H.** (2025, juillet). Les naissances en 2024. Des naissances toujours en nette baisse. Insee, *Insee Focus*, 357.

En 2024, les établissements de santé réalisent 7,7 millions de journées d'hospitalisation à domicile et 15,4 millions de séances de chimiothérapie, radiothérapie et dialyse. 142 millions d'actes et consultations externes (ACE) en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) ont été dispensés dans les établissements publics et privés à but non lucratif. Enfin 682 structures des urgences générales ou pédiatriques ont également traité 21,3 millions de passages en 2024.

À nouveau, une forte hausse du nombre de séjours en hospitalisation à domicile en 2024

L'hospitalisation à domicile (HAD) propose un système organisé et coordonné de soins complexes et continus entre l'hôpital et le médecin traitant de ville : elle permet d'assurer, sur le lieu de vie du patient, des soins médicaux et paramédicaux, afin d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) ou en soins médicaux et de réadaptation (SMR). L'HAD vient ainsi compléter ou se substituer à l'hospitalisation complète en établissement de santé avec hébergement (voir fiche 13, « Les établissements d'hospitalisation à domicile » et fiche 14, « Les patients hospitalisés à domicile »). En 2024, 291 établissements d'HAD sont recensés en France. 25 400 patients peuvent y être pris en charge simultanément, et 328 800 séjours pour 7,7 millions de journées y sont réalisés. Le nombre de séjours augmente de nouveau fortement en 2024 (+10,4 %), davantage qu'en 2023 (+8,4 %) et 2022 (+2,8 %).

Une faible croissance des traitements ambulatoires

En 2024, 15,4 millions de séances sont réalisées dans les établissements de santé (*tableau 1*) : 7,8 millions de séances de dialyse sont dispensées

par 886 établissements, dont près de trois séances sur quatre par 725 établissements privés (40 % par des établissements privés à but non lucratif et 37 % par des cliniques privées). 4,1 millions de séances de radiothérapie sont réalisées dans 216 établissements, quasiment toutes en ambulatoire (99 %), dont 52 % par des cliniques privées. Enfin, l'activité de traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie représente 3,6 millions de séances dans 765 établissements¹, dont 54 % sont effectuées dans 406 hôpitaux publics. Notamment, les 25 sites de centres de lutte contre le cancer (CLCC)², établissements privés à but non lucratif, dispensent 14 % des séances de chimiothérapie et 18 % de celles de radiothérapie.

Le nombre total de séances progresse de 1,6 % en 2024, comme en 2023 (*graphique 1*). Cette croissance est plus modérée qu'avant la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 (+3,0 % par an en moyenne entre 2013 et 2019). L'évolution du nombre de séances varie toutefois selon le type de traitement : en 2024, il progresse plus fortement pour la chimiothérapie ambulatoire (+5,5 %) que pour la dialyse (+1,0 %). Pour la radiothérapie, en revanche, le nombre total de séances diminue de 0,4 %. Cette activité est en baisse depuis 2022 (-3,7 % en 2022 et -1,5 % en 2023), ce qui pourrait s'expliquer par l'adoption d'une innovation thérapeutique par certains établissements,

1. Tous les établissements hospitaliers qui traitent les affections cancéreuses par chimiothérapie n'ont pas d'autorisation pour exercer cette activité. Dans ce cas, ils signent une convention avec un ou plusieurs établissements autorisés.

2. Il s'agit du nombre total de sites, qu'ils disposent ou non de capacités d'accueil en hospitalisations complète ou partielle. Dans la fiche 01, « Les grandes catégories d'établissements de santé », seuls les CLCC ayant des capacités en lits ou en places d'hospitalisation sont comptabilisés.

consistant à réduire fortement le nombre de séances par patient, de vingt-cinq séances à cinq séances pour certaines pathologies. Ces évolutions diffèrent également selon le statut juridique de l'établissement : l'augmentation du total des séances est plus dynamique en 2024 dans le secteur public que dans le secteur privé, à but lucratif ou non (+2,3 %, contre +1,3 %). Pour la

radiothérapie, le nombre de séances augmente dans les cliniques privées (+0,6 %), alors qu'il diminue dans les établissements publics et privés à but non lucratif (respectivement -1,2 % et -1,8 %). Par ailleurs, 520 900 personnes ont été transfusées en 2024, selon l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

Tableau 1 Nombre de séances selon le statut de l'établissement en 2024

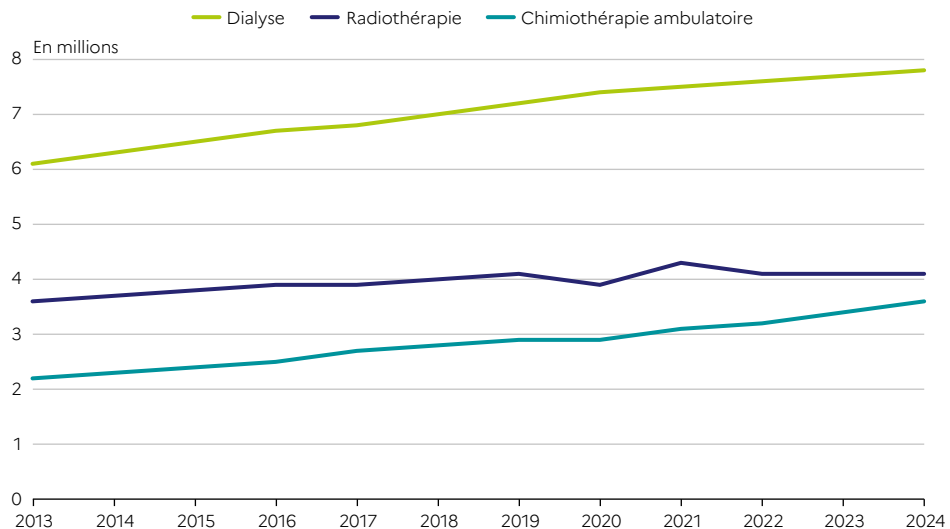
Séances	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	dont CLCC	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
Chimiothérapie ambulatoire	1 945 445	740 955	490 911	917 567	3 603 967
Radiothérapie	986 277	959 957	736 609	2 105 002	4 051 236
Séances sur patients ambulatoires	974 033	943 206	722 195	2 094 387	4 011 626
Séances sur patients hospitalisés	12 244	16 751	14 414	10 615	39 610
Dialyse	1 809 006	3 077 804	-	2 878 881	7 765 691
Total	4 740 728	4 778 716	1 227 520	5 901 450	15 420 894

CLCC : centres de lutte contre le cancer.

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

Source > Drees, SAE 2024, traitements Drees.

Graphique 1 Évolution du nombre de séances depuis 2013



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

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

142 millions d'actes et consultations externes

En 2024, le personnel soignant salarié des établissements publics et privés à but non lucratif (ceux à mode de tarification du secteur public) a réalisé 142 millions d'actes et consultations externes (ACE) en MCO (-3,0 % par rapport à 2023) [tableau 2]. Ces ACE, hors séjours hospitaliers, peuvent correspondre à une consultation

simple, à une préparation d'hospitalisation ou à un suivi médical après une hospitalisation. Une consultation peut donner lieu à plusieurs actes. Les ACE sont réalisés à 94 % par du personnel médical, notamment à 13 % par des chirurgiens, 12 % par des médecins généralistes, 12 % par des radiologues, 7 % par des gynécologues-obstétriciens et 7 % par des biologistes. Les autres ACE sont pratiqués par des pharmaciens

Tableau 2 Actes et consultations externes effectués par des salariés des établissements de santé publics et privés à but non lucratif en court séjour, selon la spécialité ou la profession médicale ou paramédicale, en 2024

Spécialité ou profession médicale ou paramédicale	Nombre d'ACE en 2024	Taux d'évolution 2023-2024 (en %)	Proportion d'ACE des salariés des établissements de santé publics et privés à but non lucratif, par spécialité	
			Sur l'ensemble des ACE des salariés des établissements de santé publics et privés à but non lucratif en 2024 (en %)	Sur l'ensemble des actes et consultations des salariés de la spécialité, y compris en ville et dans les cliniques privées, ratio des bases de remboursement par la Sécurité sociale en 2023 (en %)
			(1)	(2)
Anesthésie-réanimation	7 620 683	1,5	5,5	29,4
Spécialités chirurgicales	18 518 438	-1,7	12,8	23,5
Gynécologie-obstétrique	10 276 783	-0,7	7,2	23,1
Pédiatrie	4 137 772	-4,9	2,8	14,1
Biologie médicale	10 243 616	-5,6	6,8	8,7
Psychiatrie	1 231 794	-4,1	0,8	3,3
Médecine générale	17 618 816	-3,2	12,0	1,3
Radiologie	17 350 727	-5,6	11,6	23,9
Ophthalmologie	6 634 993	-2,4	4,6	11,7
Sages-femmes	5 305 010	-4,2	3,6	13,8
Autres spécialités médicales	38 374 695	-2,5	26,4	26,5
Infirmiers	6 259 819	-3,8	4,2	0,9
Pharmacie et professions paramédicales, hors infirmiers	2 554 925	-4,4	1,7	7,0
Total	146 128 071	-3,0	100,0	10,7
Total hors psychiatrie	144 896 277	-3,0	99,2	10,8

ACE : actes et consultations externes.

Notes > ACE en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), ne sont pas inclus les ACE de soins médicaux et de réadaptation (SMR) et les actes en psychiatrie ambulatoire. Ne sont pas inclus non plus les passages aux urgences et les séances, ainsi que des recours divers correspondant principalement à des forfaits (d'imagerie par exemple), classiquement exclus des décomptes d'ACE. Des erreurs ont été reportées dans la spécialité déclarée dans les données, des internes en médecine étant par exemple codés par défaut en médecine générale. La catégorie « Autres spécialités médicales » est elle-même composée pour près de la moitié d'ACE réalisés par des spécialistes des pathologies cardiovasculaires, de médecine interne, d'ORL, de gastro-entérologie et d'hépatologie, ou d'oncologie médicale.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA. Établissement de santé à mode de tarification du secteur public (hôpitaux publics et la majorité des établissements privés à but non lucratif).

Sources > SNDS-DCIR 2023-2024, CNAM, pour les colonnes (1) à (3), base RAC 2023, Drees, pour la colonne (4) ; traitements Drees.

ou du personnel paramédical (dont 4 % par des infirmiers).

Au total, 11 % du montant total des bases de remboursement par la Sécurité sociale en actes et consultations est réalisé en ACE de court séjour par les hôpitaux publics et les établissements privés à but non lucratif (16 % en excluant ceux réalisés par un psychiatre³). Ils représentent 29 % des ACE en anesthésie-réanimation, 24 % en chirurgie, 23 % en gynécologie-obstétrique et 24 % en radiologie.

Une progression du nombre annuel de passages aux urgences

En France, 682 structures des urgences générales ou pédiatriques situées dans 612 établissements de santé ont traité 21,3 millions de passages en 2024, un rebond de 2,5 % après la diminution de 3,4 % observée entre 2022 et 2023. Ce niveau représente 97 % du nombre de passages de 2019, mais 114 % de celui de 2013 (voir fiche 21, « La médecine d'urgence »). ■

Encadré Sources et méthodes

Champ

Activités alternatives à l'hospitalisation complète ou à l'hospitalisation partielle ayant fonctionné en 2024 dans les hôpitaux publics et les établissements privés à but lucratif ou non lucratif de France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA).

Actes et consultations externes (ACE) effectués par du personnel salarié des établissements publics et privés à but non lucratif (à mode de tarification du secteur public) de France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA).

Sources

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la Drees décrit l'activité des établissements de santé (séjours et journées d'hospitalisation complète, journées d'hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel).

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 (MCO) des établissements de santé depuis 1997, et de l'activité de moyen séjour (SMR) depuis 2003 pour chaque séjour réalisé.

Le système national des données de santé (SNDS) contient les données de remboursement de tous les régimes d'assurance maladie obligatoire (hors Sénat et Assemblée nationale). Les ACE du personnel salarié des hôpitaux publics et des établissements privés à but non lucratif y sont repérés *via* le PMSI.

La base reste à charge (RAC) 2023 est constituée par la Drees à partir du SNDS afin de produire, pour une année donnée, des informations synthétiques relatives à l'exhaustivité des dépenses de santé, dont les bases de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS), regroupées par grands postes de soins.

Définitions

> **Chimiothérapie** : elle consiste en l'usage de certaines substances chimiques pour traiter une maladie. De nos jours, le terme « chimiothérapie » est principalement utilisé pour désigner certains traitements contre le cancer.

> **Radiothérapie** : ce traitement consiste à utiliser des radiations ionisantes pour détruire les cellules cancéreuses. La radiothérapie ne s'emploie pas uniquement pour traiter les cancers mais, dans la pratique, son utilisation pour des affections non cancéreuses est faible.

> **Centres de lutte contre le cancer (CLCC)** : ils assurent des missions de soin, de recherche et d'enseignement, et sont spécialisés en cancérologie. On recense 25 sites de CLCC sur le territoire métropolitain en 2024.

3. Le champ des actes et consultations recensés est aussi hors psychiatrie ambulatoire, dont les actes sont dénombrés dans la fiche 11 « L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé ».

Pour en savoir plus

- > **Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)** (2025, novembre). *Rapport annuel d'hémovigilance française. Données 2024, résumé exécutif.*
- > **Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)** (2020, novembre). *Chiffres clefs de l'activité externe 2019.* Rapport.
- > **Cour des comptes** (2019, octobre). *Les actes et consultations externes à l'hôpital : une activité à intégrer à la définition de l'offre de soins.* Rapport.
- > **Cour des comptes** (2020, février). *L'insuffisance rénale chronique terminale : une prise en charge à réformer au bénéfice des patients.* Rapport public annuel 2020.

Fin 2024, les établissements de santé comptent 231 800 postes de personnel médical ou pharmaceutique : médecins, odontologistes, pharmaciens, étudiants de 3^e cycle du diplôme d'études spécialisées de ces trois professions et sages-femmes.

Ces postes se trouvent majoritairement dans les établissements publics : c'est le cas de 62 % des postes de médecins, odontologistes et pharmaciens, de 80 % des postes de sages-femmes, et de 93 % des postes d'internes, de docteurs juniors et de faisant fonction d'internes. Parmi les médecins, pharmaciens et odontologistes, les postes de salariés dépendent majoritairement de l'hôpital public (82 %), alors que les postes de libéraux dépendent principalement des établissements privés à but lucratif (82 %). Près des deux tiers des postes de personnel médical ou pharmaceutique correspondent à des spécialités médicales, telles que la médecine générale, l'anesthésie-réanimation, la psychiatrie et la médecine d'urgence.

Sept postes de personnel médical sur dix relèvent des hôpitaux publics

Au 31 décembre 2024, les établissements de santé comptent 231 800 postes de personnel médical ou pharmaceutique¹ : 126 800 postes de médecins, odontologistes et pharmaciens salariés, 43 000 postes de médecins libéraux, 45 200 postes d'internes, de docteurs juniors et de faisant fonction d'internes (FFI) et 16 900 postes de sages-femmes (tableau 1). Parmi ces postes, 70 % relèvent des hôpitaux publics, 19 % des cliniques privées et 11 % des établissements privés à but non lucratif.

Au sein des établissements publics, les médecins occupent essentiellement des postes salariés (98 % des postes de médecins fin 2024, soit 103 600 postes). Il s'agit principalement de postes de praticiens hospitaliers, qui représentent 58 % des équivalents temps plein (ETP) de médecins salariés des établissements publics (tableau 2). Après la fusion de plusieurs statuts en un contrat de praticien contractuel, en février 2022, les postes de nouveaux praticiens contractuels représentent 17 % des ETP de médecins salariés des établissements publics.

Le reste des postes se répartit entre praticiens associés et praticiens aux statuts en voie d'extinction (12 %), médecins hospitaliers universitaires, titulaires et non titulaires (7 %), et assistants des hôpitaux (5 %) [voir annexe 2, « Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé », pour les différents statuts des personnels des établissements de santé]. Fin 2024, les établissements publics comptent également 2 300 postes de praticiens libéraux.

Dans les établissements privés à but non lucratif, les médecins occupent aussi majoritairement des postes salariés (74 % des postes de médecins fin 2024). Dans les cliniques privées, en revanche, les médecins libéraux sont largement majoritaires (84 %). Ainsi, les postes de médecins salariés dépendent majoritairement de l'hôpital public (82 %), alors que les postes de médecins libéraux dépendent principalement des établissements privés à but lucratif (82 %).

Les spécialités médicales mobilisent près des deux tiers des postes de médecins

Fin 2024, 70 % des postes de médecins des établissements de santé sont dédiés, à temps

1. Par souci de simplification, le terme « médecins » regroupe dans la suite de cette fiche les médecins, les odontologistes et les pharmaciens, et le terme « personnel médical » regroupe les médecins, les odontologistes, les pharmaciens et les sages-femmes. Hors mention contraire, le terme « internes » regroupe les internes, les docteurs juniors et les faisant fonction d'internes.

Tableau 1 Les postes de personnel médical dans les établissements de santé au 31 décembre 2024

	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
Médecins, odontologistes, pharmaciens	105 905	21 959	41 930	169 794
Salariés	103 623	16 337	6 858	126 818
Libéraux	2 282	5 622	35 072	42 976
Internes, docteurs juniors et FFI	41 980	2 811	370	45 161
Internes, dont :	28 408	1 927	295	30 630
médecine (médecine générale et spécialités médicales)	26 415	1 832	277	28 524
pharmacie	1 633	95	17	1 745
odontologie	360	0	1	361
Docteurs juniors	5 396	372	30	5 798
FFI	8 176	512	45	8 733
Sages-femmes	13 491	1 289	2 097	16 877
Total	161 376	26 059	44 397	231 832

FFI : faisant fonction d'interne.

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

Source > Drees, SAE 2024, traitements Drees.

Tableau 2 Répartition, en équivalent temps plein, des postes de personnel médical salarié dans les établissements de santé en 2024

	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif
ETP des médecins, pharmaciens et odontologistes salariés	77 918	11 532	4 850
ETP des hospitaliers universitaires titulaires ¹	3 212	n.d.	n.d.
ETP des praticiens hospitaliers titulaires	45 202	n.d.	n.d.
ETP des hospitaliers universitaires non titulaires et temporaires	2 262	n.d.	n.d.
ETP des nouveaux statuts de praticiens contractuels	13 209	n.d.	n.d.
ETP des assistants des hôpitaux	4 256	n.d.	n.d.
ETP des praticiens contractuels et praticiens adjoints contractuels (statuts en extinction)	1 529	n.d.	n.d.
ETP des praticiens cliniciens et praticiens attachés (statuts en extinction)	1 792	n.d.	n.d.
ETP des praticiens associés	4 251	n.d.	n.d.
ETP des praticiens attachés associés et assistants associés (statuts en extinction)	1 415	n.d.	n.d.
ETP des autres salariés	751	n.d.	n.d.
ETP des internes, docteurs juniors et FFI	40 920	2 105	299
ETP des sages-femmes	12 137	1 033	1 790
ETP des titulaires et stagiaires de la fonction publique	10 114	1	0
ETP des CDI	656	902	1 520
ETP des CDD	1 367	130	270

CDD : contrat à durée déterminée ; CDI : contrat à durée indéterminée ; ETP : équivalent temps plein moyen annuel rémunéré ; FFI : faisant fonction d'interne ; n.d. : non disponible.

1. Par convention, les professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) sont comptés pour 0,5 ETP.

Note > La répartition par statut des praticiens salariés n'est demandée que pour le secteur public.

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

Source > Drees, SAE 2024, traitements Drees.

plein ou à temps partiel, à des spécialités médicales (y compris l'anesthésie-réanimation et la pédiatrie) [tableau 3]. Les quatre spécialités les plus représentées parmi les postes de médecins sont des spécialités médicales : la médecine générale (11 %), l'anesthésie-réanimation (8 %), la psychiatrie (7 %) et la médecine d'urgence (5 %). Viennent ensuite les spécialités chirurgicales (15 %).

La part des postes relevant des spécialités médicales est un peu plus élevée dans les établissements publics et privés à but non lucratif (respectivement 72 % et 75 %) que dans les cliniques privées (61 %). Ces dernières se consacrent davantage à la chirurgie (30 % de leurs postes, contre respectivement 10 % et 12 % pour les hôpitaux publics et les établissements privés à but non lucratif). La moindre proportion de postes de praticiens dédiés à la

biologie médicale dans le secteur privé (à but lucratif ou non) traduit une externalisation plus importante de ces activités, parfois dans des structures spécifiques situées dans les locaux mêmes de ces établissements.

La réforme du 3^e cycle des études de médecine, médecine d'urgence, pharmacie et odontologie en 2017 a instauré un nouveau statut : celui de docteur junior. De ce fait, fin 2024, 68 % des postes d'étudiants de 3^e cycle sont pourvus par des internes, 13 % par des docteurs juniors et 19 % par des FFI (tableau 1). La proportion de FFI parmi les étudiants de 3^e cycle augmente régulièrement depuis 2013, où elle était de 7 %. Parmi les postes d'internes occupés fin 2024, plus de neuf étudiants sur dix (93 %) sont inscrits en médecine (plutôt qu'en pharmacie ou en odontologie). Cette répartition est similaire à celle des postes de personnel médical salarié.

Tableau 3 Les postes de médecins, pharmaciens et odontologistes salariés et libéraux dans les établissements de santé, selon la spécialité, au 31 décembre 2024

Spécialités	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Total	Répartition (en %)
Médecine générale	12 193	3 876	3 273	19 342	11,4
Médecine d'urgence	7 629	505	1 110	9 244	5,4
Anesthésie-réanimation	8 884	1 380	4 024	14 288	8,4
Pédiatrie	5 270	527	518	6 315	3,7
Psychiatrie	8 416	1 386	1 329	11 131	6,6
Autres spécialités médicales	33 965	8 840	15 281	58 086	34,2
Gynécologie-obstétrique	4 165	694	1 613	6 472	3,8
Spécialités chirurgicales	10 876	2 625	12 449	25 950	15,3
Biologie médicale	3 404	177	394	3 975	2,3
Pharmacie	6 236	1 423	1 405	9 064	5,3
Autres	4 867	526	534	5 927	3,5
Total	105 905	21 959	41 930	169 794	100

Note > La catégorie « Autres » regroupe notamment les odontologistes, les médecins de santé publique, les médecins du travail et les pharmaciens de la filière recherche.

Lecture > 11,4 % des postes de personnel médical (hors internes et sages-femmes) dans les établissements de santé relèvent de la médecine générale en 2024.

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

Source > Drees, SAE 2024, traitements Drees.

Les postes d'internes, de docteurs juniors et de FFI sont concentrés dans le secteur public et en court séjour

Fin 2024, 93 % des postes d'internes, de docteurs juniors et de FFI (soit 42 000 postes) se trouvent dans les établissements publics, dont ils constituent 28 % des postes de personnel médical, hors sages-femmes (tableau 1). Ils sont présents principalement en centres hospitaliers universitaires (CHU) [53 % de l'ensemble des postes d'internes] et en centres hospitaliers (CH) de grande taille (au moins 300 lits) [26 %],

où se concentrent la majorité des services agréés pour l'accueil des étudiants de 3^e cycle des études de médecine (tableau 4). Le nombre de postes d'internes par poste de praticien est plus élevé dans les CHU que dans les grands CH (0,6 poste d'interne pour 1 poste de praticien en CHU, contre 0,4 en grand CH). Toutes disciplines confondues, dans les CHU, le nombre d'internes par séjour en hospitalisation complète est ainsi particulièrement élevé : 0,8 pour 100 séjours fin 2024, contre 0,5 en moyenne dans l'ensemble des établissements de santé.

Tableau 4 Les postes d'internes, de docteurs juniors et de faisant fonction d'internes dans les établissements de santé, selon la catégorie d'établissement, au 31 décembre 2024

Spécialités	Établissements publics	dont CHU	dont CH de grande taille (au moins 300 lits)	Établissements privés à but non lucratif	dont CLCC	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
Total des internes, docteurs juniors et FFI (effectifs)	41 980	23 832	11 608	2 811	1 022	370	45 161
Internes	28 408	17 598	6 903	1 927	703	295	30 630
Docteurs juniors	5 396	3 810	1 106	372	140	30	5 798
FFI	8 176	2 424	3 599	512	179	45	8 733
Total du personnel médical¹	102 496	43 286	32 371	14 296	3 332	10 255	127 047
Séjours en hospitalisation complète ²	7 880 202	2 858 410	2 914 934	849 585	138 913	777 348	9 507 135
Ratio internes, docteurs juniors et FFI/personnel médical	0,4	0,6	0,4	0,2	0,3	0,0	0,4
Ratio internes, docteurs juniors et FFI/100 séjours en hospitalisation complète	0,5	0,8	0,4	0,3	0,7	0,1	0,5

CHU : centre hospitalier universitaire ; CH : centre hospitalier ; CLCC : centre de lutte contre le cancer ; FFI : faisant fonction d'interne.

1. Le personnel médical, hors sages-femmes, internes, docteurs juniors et FFI, comprend les effectifs des salariés et des libéraux des établissements accueillant des internes, des docteurs juniors ou des FFI.

2. Les séjours en hospitalisation complète sont uniquement ceux des établissements accueillant des internes ou des FFI (en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie [MCO] ; psychiatrie ; soins médicaux et de réadaptation [SMR] ; unités de soins de longue durée [USLD] ou en hospitalisation à domicile [HAD]).

Lecture > Rapportés à un même nombre de séjours en hospitalisation complète, les CHU forment plus d'internes, de docteurs juniors et de FFI que les CH de grande taille : leur ratio d'internes, de docteurs juniors et de FFI pour 100 séjours en hospitalisation complète est respectivement de 0,8 contre 0,4.

Champ > Établissements de France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA, accueillant des internes, des docteurs juniors ou des FFI.

Source > Drees, SAE 2024, traitements Drees.

Les postes d'internes sont au nombre de 2 800 dans les établissements privés à but non lucratif fin 2024, et de 400 dans les cliniques privées, qui ont la possibilité d'en accueillir depuis 2009. La majorité des postes d'internes se trouvent dans les services de court séjour de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) [88 % des ETP], reflet de la forte proportion de médecins travaillant en MCO (86 % des ETP) [tableau 5]. En psychiatrie, le volume d'ETP de postes d'internes par praticien salarié est l'un des plus faibles (0,3 interne pour 1 poste de praticien fin 2024) des différentes disciplines. Les internes de ces services travaillent majoritairement dans des centres hospitaliers spécialisés (CHS) dans la lutte contre les maladies mentales.

Quatre postes de sages-femmes sur cinq relèvent de l'hôpital public

Au 31 décembre 2024, 80 % des postes de sages-femmes sont concentrés dans les

établissements publics, dont ils représentent 8 % des postes de personnel médical (tableau 1). Dans ces hôpitaux, les postes de titulaires ou stagiaires de la fonction publique hospitalière² représentent 83 % des ETP salariés des postes de la profession, tandis que la part des contrats à durée déterminée (CDD) est de 11 % (tableau 2).

Dans le secteur privé, les postes de sages-femmes sont plus nombreux dans les cliniques privées (2 100 postes fin 2024) que dans les établissements privés à but non lucratif (1 300 postes fin 2024), reflétant notamment la répartition des maternités et des capacités d'accueil en obstétrique entre les établissements privés à but non lucratif et les cliniques privées. Dans les établissements privés, les postes en contrat à durée indéterminée (CDI) représentent 86 % des ETP salariés de sages-femmes. ■

Tableau 5 Les postes d'internes, de docteurs juniors et de faisant fonction d'internes dans les établissements de santé, selon la discipline d'équipement de leur service d'affectation, en 2024

Disciplines	Internes, docteurs juniors et FFI		Personnel médical salarié ¹		Ratio internes/ personnel médical salarié ¹
	ETP	%	ETP	%	
Administration, services hôteliers et techniques ²	1 645	3,8	1 230	1,5	1,3
MCO	38 101	87,9	71 083	85,9	0,5
Psychiatrie	2 517	5,8	7 446	9	0,3
HAD	49	0,1	171	0,2	0,3
SMR	946	2,2	2 702	3,3	0,4
SLD	67	0,2	112	0,1	0,6
Ensemble des disciplines	43 324	100	82 743	100	0,5

FFI : faisant fonction d'interne ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; HAD : hospitalisation à domicile ; SMR : soins médicaux et de réadaptation ; SLD : soins de longue durée ; ETP : équivalent temps plein moyen annuel rémunéré.

1. Dans ce tableau, contrairement au tableau 4, les ETP d'internes sont rapportés aux ETP des seuls médecins salariés (hors sages-femmes), car la répartition des libéraux en ETP par discipline n'est pas connue.

2. L'administration gère, entre autres, le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et accueille beaucoup d'internes de santé publique, même si peu de médecins exercent dans ces services.

Champ > Établissements de France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA, accueillant des internes, des docteurs juniors ou des FFI.

Source > Drees, SAE 2024, traitements Drees.

2. Dans les hôpitaux publics, les sages-femmes peuvent relever du statut de la fonction publique hospitalière, contrairement à d'autres catégories de personnel médical comme les praticiens hospitaliers (PH) ou les personnels non titulaires.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Postes de personnel médical ou pharmaceutique occupés au 31 décembre 2024, y compris internes, docteurs juniors, faisant fonction d'internes et sages-femmes, des établissements de santé en France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA). Les postes des établissements sociaux, médico-sociaux et de formation sont exclus.

Sources

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la Drees décrit l'activité des établissements de santé (séjours et journées en hospitalisation complète, journées en hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel). Lorsque son contrat de travail ou son statut le permet, le personnel médical peut exercer dans des hôpitaux différents. Les établissements enquêtés par la SAE déclarent leurs personnels en poste sans tenir compte de ce que déclarent les autres établissements employant les mêmes personnes. Cela conduit à des doubles comptes que la SAE ne permet pas d'évaluer. De ce fait, ce sont des « postes de travail », et non des effectifs en personnes physiques, qui sont comptabilisés. Une baisse du nombre de postes de travail, à l'occasion de la fusion de deux établissements par exemple, ne se traduit pas nécessairement par une baisse du nombre de personnes employées, si les postes occupés par une même personne sont rassemblés sur le même site. Enfin, seul le personnel médical des services sanitaires des établissements géographiques sanitaires est déclaré dans la SAE.

Définitions

> **Personnel médical ou pharmaceutique** : il est composé des médecins, odontologistes et pharmaciens, auxquels s'ajoutent les internes, docteurs juniors et faisant fonction d'internes (FFI), en formation, ainsi que les sages-femmes. Les postes de personnels non directement rémunérés par les établissements (intérimaires des entreprises de travail temporaire, etc.) sont exclus.

> **Salariés et libéraux** : la majorité des médecins exerçant dans un cadre libéral travaillent au sein des cliniques privées, mais ils peuvent également intervenir dans les établissements publics et privés à but non lucratif. En effet, les conditions d'exercice de ces praticiens se sont élargies à la suite de la loi Hôpital, patients, santé et territoires du 21 juillet 2009.

> **Spécialité principale d'exercice** : pour les médecins libéraux, cette notion renvoie à la spécialité reconnue par la Sécurité sociale ; pour les médecins salariés, elle correspond en général à l'intitulé du poste occupé. Les médecins qui partagent leur temps entre deux activités au sein d'un même établissement sont classés dans la spécialité principale exercée dans cet établissement.

> **Statuts à l'hôpital public** : le personnel médical du secteur public a principalement le statut de praticien hospitalier (PH). Il occupe des postes à temps plein ou à temps partiel. Les praticiens hospitalo-universitaires (PU-PH), les maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers (MCU-PH), les praticiens hospitaliers universitaires (PHU), les assistants hospitaliers universitaires (AHU) et les chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux (CCU-AH) partagent leur activité entre le soin, l'enseignement et la recherche (par convention, ils sont comptabilisés pour 0,5 ETP pour la partie soins). Les médecins ayant le statut d'assistant sont recrutés avec des contrats à durée déterminée. Les praticiens attachés travaillent à temps plein ou à temps partiel (avec un maximum de dix vacations hebdomadaires) et peuvent exercer dans un ou plusieurs établissements publics.

> **Docteurs juniors** : il s'agit du nouveau statut des étudiants du 3^e cycle du diplôme des études spécialisées (DES), créé avec la réforme du 3^e cycle du DES¹. La nouvelle version du DES (hors DES en trois ans pour lesquels il n'y a que deux phases) est scindée en trois phases d'apprentissage. Les étudiants en DES de médecine (hors DES de médecine générale), de pharmacie (pour la spécialité biologie médicale et pharmacie hospitalière) et d'odontologie (pour la spécialité chirurgie orale) suivant la 3^e phase d'apprentissage, dite « de consolidation », passent sous le statut de docteur junior.

> **Faisant fonction d'internes (FFI)** : ce sont, le plus souvent, des médecins diplômés hors Union européenne, inscrits à l'université en vue d'acquérir une spécialisation ou un diplôme complémentaire ●●●

1. Plus d'informations sur le statut de docteur junior sur ce site : <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/etudes-de-medecine-reforme-du-3eme-cycle/>



et qui, dans le cadre de leurs obligations de stage pratique, sont désignés en qualité de « faisant fonction d'internes ». L'exercice en France de ces médecins est conditionné à une autorisation. À défaut, ils ne peuvent exercer des fonctions hospitalières que s'ils sont inscrits à des formations universitaires et uniquement dans des établissements hospitaliers publics.

> **Équivalent temps plein (ETP)** : il correspond ici à l'ETP moyen annuel rémunéré, qui fait référence à la fois à la durée de la période de travail dans l'année et à la quotité de travail dans la semaine.

Pour en savoir plus

- > **Anguis, M., et al.** (2021, mars). Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Drees, *Les Dossiers de la Drees*, 76.
- > **Biotteau, A.-L., Dixte, C.** (2023, septembre). À l'hôpital, un recours faible à l'intérim mais en nette hausse depuis six ans. Dares et Drees, *Dares Focus*, 50.
- > **Centre national de gestion (CNG)** (2024, juillet). *Praticiens hospitaliers – Éléments statistiques sur les praticiens hospitaliers statutaires – situation au 1^{er} janvier 2024*. Rapport.
- > **Charnoz, P., et al.** (2020, décembre). Évolution des effectifs salariés hospitaliers depuis 15 ans. Drees, *Les Dossiers de la Drees*, 69.
- > **Khenouf, M., et al.** (2025, août). *Modalités de mise en place d'une réforme du troisième cycle des études odontologiques*. Rapport, Igas et IGéSR.

Fin 2024, le personnel non médical salarié, soignant ou non, représente 1,2 million de postes dans les établissements de santé. Près des trois quarts d'entre eux relèvent des établissements publics et près de six sur dix sont occupés par des titulaires ou des stagiaires de la fonction publique hospitalière.

Les trois quarts des postes de personnel non médical salarié relèvent des hôpitaux publics

Au 31 décembre 2024, le personnel non médical salarié représente 1,2 million de postes dans les établissements de santé (tableau 1). Près des trois quarts de ces postes se concentrent dans les hôpitaux publics (73 %, soit 855 700 postes). Le quart restant se répartit à parts quasi égales entre les établissements privés à but non lucratif et les cliniques privées (respectivement 13 % et 14 %, soit 155 500 postes et 159 400 postes). En équivalent temps plein (ETP), 66 % des postes de personnel non médical hors administration sont mobilisés dans des unités de court séjour en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), 15 % en psychiatrie et 14 % en soins médicaux et de réadaptation (SMR) [tableau 2]. La section administration représente, par ailleurs, 23 % de l'ensemble du personnel non médical en 2024, en ETP. Ces répartitions sont stables depuis 2013

Les postes d'infirmiers et d'aides-soignants sont majoritaires au sein du personnel non médical soignant

Le personnel non médical soignant (infirmiers, aides-soignants, rééducateurs, psychologues, etc.) représente 797 200 postes¹, soit 68 % de l'ensemble des postes de personnel non médical. Les hôpitaux publics concentrent 72 % de ces postes, les cliniques privées 15 % et les établissements privés à but non lucratif 13 %.

Toutefois, la part de soignants au sein du personnel non médical est plus élevée dans les établissements privés à but lucratif (74 %), que dans les établissements publics (67 %) et privés à but non lucratif (66 %). Les postes d'infirmiers et d'aides-soignants y sont majoritaires (respectivement 44 % et 32 % des postes fin 2024). Ceux de rééducateurs et de psychologues occupent une part plus modeste (8 % des postes de personnel non médical soignant à eux deux). Ces derniers sont relativement plus présents dans les établissements privés à but non lucratif que dans les autres établissements : leur part dans l'ensemble des postes de personnel non médical soignant y atteint 13 %, contre 7 % dans les hôpitaux publics et les cliniques privées (tableau 1). Cela reflète en partie la prépondérance des activités de SMR dans le secteur privé à but non lucratif (voir fiche 03, « L'activité en hospitalisations complète et partielle »).

Le personnel non médical non soignant représente 32 % des postes de personnel non médical

Le personnel non médical non soignant représente 373 400 postes. Il se décompose entre personnel administratif (43 % des postes de personnel non médical non soignant), personnel technique (33 %), personnel médico-technique (17 %) et personnel éducatif et social (6 %). Parmi l'ensemble des postes de personnel non médical non soignant, 75 % se

1. Après le reclassement au 1^{er} janvier 2023 des conducteurs ambulanciers du secteur public parmi le personnel non médical soignant, les conducteurs ambulanciers sont désormais classés dans cette édition 2026 du *Panorama des établissements de santé* au sein des agents de services hospitaliers et autres personnels des services médicaux (personnel soignant), alors qu'ils étaient préalablement catégorisés en personnel technique (personnel non soignant).

trouvent dans les hôpitaux publics et 11 % dans les cliniques privées². Les postes de personnel technique, composés majoritairement par les personnels des services ouvriers et intérieurs, mais aussi les techniciens, ingénieurs

et informaticiens, sont très concentrés dans les établissements publics (85 %), où ils représentent près de quatre personnels non soignants sur dix (contre deux sur dix dans les établissements privés, à but lucratif ou non).

Tableau 1 Les postes de personnel non médical des établissements de santé au 31 décembre 2024

	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
Personnel non médical soignant	576 868	102 454	117 829	797 151
Personnel d'encadrement du personnel soignant	16 570	4 345	3 812	24 727
Infirmiers ¹ diplômés d'État	257 550	43 227	53 623	354 400
Aides-soignants	191 544	28 475	32 526	252 545
Agents de services hospitaliers et autres personnels des services médicaux	72 399	13 325	19 324	105 048
Rééducateurs	22 224	9 407	6 575	38 206
Psychologues	16 581	3 675	1 969	22 225
Personnel non médical non soignant	278 807	53 033	41 597	373 437
Personnel administratif	110 089	27 504	24 331	161 924
Personnel éducatif et social	16 056	4 753	1 732	22 541
Personnel médico-technique	47 857	10 082	7 126	65 065
Personnel technique	104 805	10 694	8 408	123 907
Total	855 675	155 487	159 426	1 170 588

1. Y compris les infirmiers avec spécialisation et en secteur psychiatrique.

Note > Les élèves encore en formation ne sont pas comptabilisés.

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

Source > Drees, SAE 2024, traitements Drees.

Tableau 2 Les postes de personnel non médical, par discipline, en équivalent temps plein en 2024

Disciplines	ETP
Administration	250 476
Section hôpital	822 684
MCO	546 846
Psychiatrie	121 900
HAD	12 868
SMR	114 751
SLD	26 319
Ensemble	1 073 160
Ensemble (hors USLD)	1 046 841

ETP : équivalent temps plein moyen annuel rémunéré ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; HAD : hospitalisation à domicile ; SMR : soins médicaux et de réadaptation ; SLD : soins de longue durée ; USLD : unités de soins de longue durée.

Note > Les élèves encore en formation ne sont pas comptabilisés.

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

Source > Drees, SAE 2024, traitements Drees.

2. Dans cette fiche, les postes concourant à l'activité sans être directement salariés par l'établissement de santé ne sont pas comptabilisés. La répartition des postes selon la catégorie entre secteurs peut notamment être affectée par des recours différenciés à l'externalisation.

À l'inverse, les postes de personnel administratif sont relativement moins nombreux dans les établissements publics (68 %), où ils représentent 13 % des postes de personnel non médical. Les établissements privés à but non lucratif se distinguent par un nombre important de postes de personnel éducatif et social (21 % des postes de ce type).

Les titulaires ou stagiaires de la fonction publique hospitalière occupent près de six postes sur dix de personnel non médical salarié

Fin 2024, 57 % des postes de personnel non médical des établissements de santé sont des postes de titulaires ou de stagiaires de la fonction publique hospitalière (soit 666 300 postes) [tableau 3], 32 % sont des contrats à durée indéterminée (CDI) [soit 370 900 postes] et 11 %

des contrats à durée déterminée (CDD) [soit 133 400 postes].

Pour le personnel non médical soignant, la répartition par statut des postes est proche de celle de l'ensemble du personnel non médical. Toutefois, cette répartition varie pour certaines catégories. Ainsi, les postes d'agents de services hospitaliers et des autres personnels des services médicaux, ceux de psychologues et ceux de rééducateurs sont plus souvent en CDD (respectivement 21 %, 16 % et 13 %) que ceux de l'ensemble du personnel non médical soignant salarié (11 %). Les postes de personnel non médical non soignant comportent, en comparaison avec l'ensemble du personnel non médical, un peu moins de postes de titulaires ou de stagiaires de la fonction publique (52 %), et plus de postes en CDI (35 %) et en CDD (13 %). Les postes de personnel technique sont un peu plus souvent en CDD (16 %). ■

Tableau 3 Les postes de personnel non médical des établissements de santé selon la spécialité et le contrat au 31 décembre 2024

	Personnel en CDI	Personnel en CDD	Titulaires et stagiaires de la fonction publique hospitalière	Ensemble du personnel des établissements de santé
Personnel non médical soignant	239 011	85 418	472 722	797 151
Personnel d'encadrement du personnel soignant	8 582	271	15 874	24 727
Infirmiers ¹ diplômés d'État	100 653	24 119	229 628	354 400
Aides-soignants	61 981	30 527	160 037	252 545
Agents de services hospitaliers et autres personnels des services médicaux	37 194	22 002	45 852	105 048
Rééducateurs	19 654	4 955	13 597	38 206
Psychologues	10 947	3 544	7 734	22 225
Personnel non médical non soignant	131 861	47 984	193 592	373 437
Personnel administratif	63 606	20 176	78 142	161 924
Personnel éducatif et social	8 783	2 635	11 123	22 541
Personnel médico-technique	19 781	5 840	39 444	65 065
Personnel technique	39 691	19 333	64 883	123 907
Total	370 872	133 402	666 314	1 170 588

CDI : contrat à durée indéterminée ; CDD : contrat à durée déterminée.

1. Y compris les infirmiers avec spécialisation et en secteur psychiatrique.

Note > Les élèves encore en formation ne sont pas comptabilisés.

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

Source > Drees, SAE 2024, traitements Drees.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Postes de personnel non médical salarié, occupés au 31 décembre 2024, des établissements de santé en France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA). Les postes des établissements sociaux, médico-sociaux et de formation sont exclus.

Sources

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la Drees décrit l'activité des établissements de santé (séjours et journées en hospitalisation complète, journées en hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel). Lorsque son contrat de travail ou son statut le permet, le personnel non médical peut exercer dans des hôpitaux différents. Les établissements enquêtés par la SAE déclarent leurs personnels en poste, sans tenir compte de ce que déclarent les autres établissements employant les mêmes personnes. Cela conduit à des doubles comptes que la SAE ne permet pas d'évaluer. De ce fait, ce sont des « postes de travail », et non des effectifs en personnes physiques, qui sont comptabilisés. Une baisse du nombre de postes de travail, à l'occasion de la fusion de deux établissements par exemple, ne se traduit pas nécessairement par une baisse du nombre de personnes employées, si les postes occupés par une même personne sont rassemblés sur le même site. Enfin, seul le personnel non médical des services sanitaires des établissements géographiques sanitaires est déclaré dans la SAE.

Méthodologie

Les personnels sont comptabilisés selon l'emploi ou le grade pour lequel ils ont été recrutés et non pas en fonction de l'unité fonctionnelle (ou du service) dans laquelle ils travaillent. Par exemple, un aide-soignant qui travaille dans un service administratif est quand même compté dans les effectifs du personnel des services de soins.

Définitions

> **Personnel non médical** : il s'agit ici des postes de salariés, titulaires ou contractuels des établissements de santé, rémunérés au 31 décembre 2024 par l'établissement dans le secteur privé, ou par l'entité juridique dans le secteur public. Sont inclus les postes d'élèves rémunérés, ceux des agents en congés simples ou de longue maladie, en cessation progressive d'activité, etc. Les postes d'apprentis et autres contrats aidés ne sont pas comptabilisés, de même que ceux des personnels qui ne sont pas directement rémunérés par les établissements (intérimaires des entreprises de travail temporaire, personnels de services externalisés, etc.). Les personnels mutualisés entre établissements de santé, par exemple au siège d'un groupe, mais rémunérés par un établissement n'ayant pas d'autorisation de soins ne sont pas comptabilisés non plus.

> **Équivalent temps plein (ETP)** : il correspond ici à l'ETP moyen annuel rémunéré, qui fait référence à la fois à la durée de la période de travail dans l'année et à la quotité de travail dans la semaine.

Pour en savoir plus

> **Babet, C., Donnenfeld, M., Kamionka, J.** (2024, juin). Démographie des infirmières et des aides-soignantes. Drees, *Drees Méthodes*, 15.

> **Biotteau, A.-L., Dixte, C.** (2023, septembre). À l'hôpital, un recours faible à l'intérim mais en nette hausse depuis six ans. Dares et Drees, *Dares Focus*, 50.

> **Cour des comptes** (2025, mai). *L'intérim paramédical dans les établissements de santé : un dispositif à réguler*. Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale 2025, chapitre IV.

> **Cour des comptes** (2025, mai). *Le personnel non soignant à l'hôpital public : repenser les fonctions support*. Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale 2025, chapitre V.

> **Parent, C.** (2024, décembre). Le nombre d'infirmières augmenterait fortement d'ici à 2050, mais moins que les besoins en soins de la population vieillissante. Drees, *Études et Résultats*, 1319.

> **Pora, P.** (2023, juillet). Près d'une infirmière hospitalière sur deux a quitté l'hôpital ou changé de métier après dix ans de carrière. Drees, *Études et Résultats*, 1277.

Entre fin 2013 et fin 2024, les effectifs salariés du secteur hospitalier progressent de 5,2 %, passant de 1,34 million à 1,41 million de salariés. Ils augmentent plus fortement dans le secteur privé que dans le secteur public. Le personnel médical en représente une part croissante. Les effectifs salariés hospitaliers ralentissent en début de période, jusqu'à reculer en 2017 et 2018. Hormis un repli ponctuel en 2022, ils repartent depuis à la hausse, en particulier en 2020 (+1,4 %) et en 2023 (+2,1 %). L'emploi hospitalier augmente plus modérément en 2024 (+0,7 %). Ce ralentissement s'observe à la fois dans les hôpitaux publics (+0,6 %, après +2,1 %) et dans les établissements de santé privés (+1,2 %, après +2,1 %). Le personnel médical représente près de la moitié de la progression des effectifs hospitaliers en 2024.

Entre fin 2013 et fin 2024, les effectifs salariés du secteur hospitalier ont augmenté de 5,2 % (soit +0,5 % en moyenne annuelle), passant de 1,34 million à 1,41 million de salariés (*graphique 1*). Au cours de cette période, les effectifs ont progressé plus fortement dans le secteur privé (+6,4 %) que dans le secteur public (+4,8 %). La part des effectifs du secteur privé est ainsi passée de 22,4 % en 2013 à 22,9 % en 2016, avant de se replier quelque peu depuis ; elle atteint 22,6 % fin 2024.

Le personnel médical représente une part structurellement croissante des effectifs salariés hospitaliers

Le personnel médical (médecins et assimilés¹, internes et sages-femmes) connaît la progression la plus forte entre fin 2013 et fin 2024 : sa part dans les effectifs salariés hospitaliers passe de 11,0 % à 12,7 % au cours de la période (*tableau 1*). En écho à l'augmentation du nombre de places de formation², le nombre d'internes croît de 52,4 % en onze ans, celui de médecins de 14,5 % et celui de sages-femmes de 4,4 %. Si les effectifs de sages-femmes progressent dans les hôpitaux publics (+11,0 % entre fin 2013 et fin 2024), ils reculent en revanche dans le secteur hospitalier privé (-16,5 %),

dans un contexte où ce secteur réduit son implication dans les activités périnatales et où de nombreuses maternités privées ont fermé (voir fiche 19, « La naissance : les maternités »).

Les effectifs d'infirmiers augmentent de 5,9 % entre fin 2013 et fin 2024. Cependant, leur part dans les effectifs salariés s'est infléchi au cours des dernières années : passée de 25,3 % fin 2013 à un point haut à 25,8 % en 2018 et 2019, avant la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19, elle revient à 25,5 % fin 2024.

La part dans les effectifs salariés hospitaliers des aides-soignants (20,3 % fin 2024) et celle du personnel administratif (11,3 %) restent globalement stables durant la période. Au sein des autres personnels, la part des « autres personnels soignants » (agents de service hospitalier, personnel de rééducation et cadres infirmiers notamment) recule ces dernières années, de 17,3 % fin 2013 à 15,3 % fin 2024. Cette situation reflète la baisse sensible des effectifs salariés de cette catégorie dans le secteur hospitalier public (-10,8 % entre 2013 et 2024), qui pourrait s'expliquer pour partie par la diminution des contrats aidés. En effet, dans la fonction publique hospitalière, de nombreux contrats aidés concernent les agents de service hospitaliers (ASH), profession

1. Dans cette fiche, la catégorie « médecins et assimilés » (par la suite : « médecins ») comprend les médecins, les odontologistes et les pharmaciens. La catégorie « internes » comprend les internes, les docteurs juniors et les faisant fonction d'internes (FFI).

2. Par exemple, par rapport au *numerus clausus* de 2016-2020, le *numerus apertus* de 2021-2025 est plus élevé de 28 %.

majoritaire au sein du groupe des « autres personnels soignants ». Dans le secteur privé, les effectifs des « autres personnels soignants » sont moins dépendants des contrats aidés et ont augmenté de 5,0 % en onze ans (dont +1,0 % en 2024).

En 2024, le personnel médical représente près de la moitié de la progression des effectifs hospitaliers

Les effectifs salariés du secteur hospitalier augmentent de 0,7 % en 2024 (+10 400 salariés, dont +6 700 salariés dans le secteur public et +3 700 salariés dans le secteur privé). La croissance des effectifs salariés s'atténue légèrement par rapport au rythme observé depuis la crise sanitaire (+0,9 % en moyenne annuelle entre 2019 et 2023), mais elle poursuit sa tendance haussière après une stabilité au cours des années précédant la crise, entre 2014 et 2019.

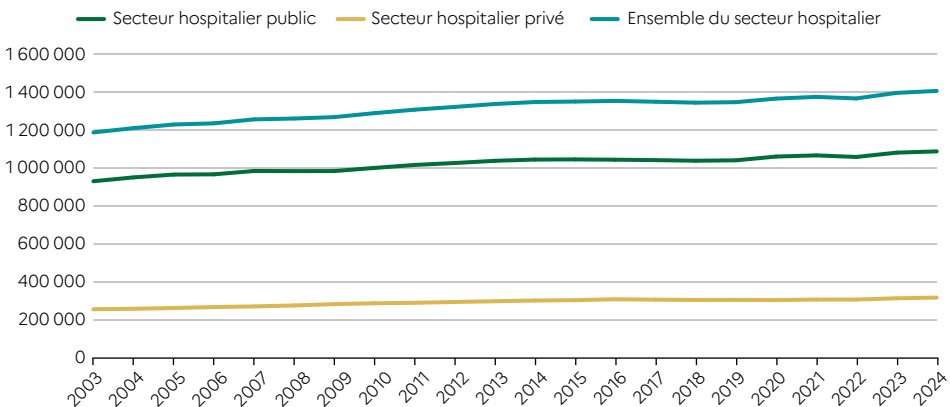
Le personnel médical (surtout les médecins et internes) représente près de la moitié de cette progression annuelle en 2024 (+4 700 salariés, soit +2,7 % et près de la moitié de la hausse),

devant le personnel non médical soignant (+2 900 salariés, soit +0,3 %) et non soignant (+2 900 salariés également, soit +0,8 %).

Dans le secteur public, les effectifs augmentent de 0,6 % (+6 700 salariés). Cette hausse est quasi intégralement portée, d'une part, par les effectifs salariés de médecins (+2 200 salariés, soit +2,4 %, après +1 000 salariés en 2023) et d'internes (+1 700 salariés, soit +4,3 %, après +2 100 salariés en 2023), en lien avec le relèvement progressif du *numerus clausus* à la fin des années 2010³ et, d'autre part, par les effectifs infirmiers (+3 400 salariés, soit +1,3 % et 51 % de la hausse). Le nombre de sages-femmes progresse également (+200 salariées, soit +1,7 %), ainsi que les effectifs de personnel non médical non soignant (+1 500 salariés, soit +0,5 %). Les effectifs d'aides-soignants et d'« autres personnels soignants » décroissent en revanche, après avoir fortement augmenté en 2023 (respectivement -1 000 salariés, soit -0,4 % après +1,6 %, et -1 400 salariés, soit -0,9 % après +4,3 %).

En 2024, dans le secteur privé, les effectifs salariés hospitaliers progressent de 1,2 % (+3 700 salariés).

Graphique 1 Évolution des effectifs salariés du secteur hospitalier au 31 décembre, depuis 2003



Note > Le secteur hospitalier privé comprend les établissements privés à but non lucratif (dont les établissements de santé privés d'intérêt collectif) et ceux à but lucratif (cliniques privées).

Champ > Salariés du secteur hospitalier présents au 31 décembre (personnes physiques y compris contrats aidés, hors stagiaires, externes et apprentis), France (hors Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.

Sources > Insee, Siasp et BTS ; Drees, SAE ; traitements Drees.

3. La mise en œuvre depuis 2021 d'un *numerus apertus* plus élevé se traduira par une nouvelle augmentation des effectifs d'internes à partir de 2026.

Tableau 1 Effectifs salariés des secteurs hospitaliers public et privé au 31 décembre, depuis 2003

	2003	2013	2019	2022	2023	2024	Évolution 2013-2024 (en %)	Évolution 2022-2023 (en %)	Évolution 2023-2024 (en %)
Salariés du secteur hospitalier public	930 437	1 037 970	1 040 529	1 058 265	1 080 872	1 087 608	4,8	2,1	0,6
Personnel médical	101 298	124 941	134 782	143 335	146 568	150 740	20,6	2,3	2,8
Médecins et assimilés	74 024	85 198	88 586	91 883	92 854	95 082	11,6	1,1	2,4
Internes, docteurs juniors et FFI	18 183	27 422	33 279	38 213	40 264	41 980	53,1	5,4	4,3
Sages-femmes	9 091	12 320	12 917	13 239	13 450	13 678	11,0	1,6	1,7
Personnel non médical soignant	n.d.	643 003	635 229	631 275	645 958	647 015	0,6	2,3	0,2
Infirmiers	216 936	252 052	257 194	259 236	263 999	267 414	6,1	1,8	1,3
Aides-soignants	195 609	220 422	222 044	224 871	228 477	227 505	3,2	1,6	-0,4
Autres personnels soignants	n.d.	170 529	155 991	147 169	153 482	152 096	-10,8	4,3	-0,9
Personnel non médical non soignant	n.d.	270 026	270 518	283 655	288 346	289 853	7,3	1,7	0,5
Filière administrative	91 477	103 135	102 668	111 038	114 827	115 516	12,0	3,4	0,6
Autres personnels non soignants	n.d.	166 891	167 850	172 617	173 519	174 337	4,5	0,5	0,5
Salariés du secteur hospitalier privé	256 851	298 941	305 974	307 899	314 483	318 161	6,4	2,1	1,2
Personnel médical	17 838	22 624	25 071	26 564	27 362	27 856	23,1	3,0	1,8
Médecins et assimilés	13 306	16 497	18 711	20 269	20 966	21 400	29,7	3,4	2,1
Internes, docteurs juniors et FFI	1 248	2 206	2 645	2 884	3 029	3 181	44,2	5,0	5,0
Sages-femmes	3 285	3 922	3 714	3 411	3 367	3 275	-16,5	-1,3	-2,7
Personnel non médical soignant	n.d.	205 560	208 171	206 064	210 195	212 034	3,1	2,0	0,9
Infirmiers	65 706	85 739	89 821	87 594	89 313	90 360	5,4	2,0	1,2
Aides-soignants	49 851	59 427	58 610	56 836	58 139	58 288	-1,9	2,3	0,3
Autres personnels soignants	n.d.	60 394	59 741	61 635	62 743	63 386	5,0	1,8	1,0
Personnel non médical non soignant	n.d.	70 757	72 733	75 271	76 926	78 271	10,6	2,2	1,7
Filière administrative	34 350	40 115	41 211	42 159	42 740	43 064	7,4	1,4	0,8
Autres personnels non soignants	n.d.	30 642	31 522	33 112	34 186	35 207	14,9	3,2	3,0
Ensemble du secteur hospitalier	1 187 288	1 336 911	1 346 503	1 366 164	1 395 355	1 405 769	5,2	2,1	0,7
Personnel médical	119 136	147 565	159 852	169 899	173 930	178 596	21,0	2,4	2,7
Personnel non médical soignant	n.d.	848 563	843 400	837 340	856 153	859 049	1,2	2,2	0,3
Personnel non médical non soignant	n.d.	340 783	343 251	358 926	365 272	368 124	8,0	1,8	0,8

FFI : faisant fonction d'internes ; n.d. : non disponible. Notamment, les « Autres personnels » ne sont décomposables entre « Autres personnels soignants » et « Autres personnels non soignants » qu'à partir de 2010.

Notes > Le secteur hospitalier privé comprend les établissements privés à but non lucratif (dont les établissements de santé privés d'intérêt collectif) et ceux à but lucratif (cliniques privées). Les conducteurs ambulanciers sont compris dans le personnel non médical non soignant jusqu'en 2022 et dans le personnel non médical soignant à compter de 2023.

Champ > Salariés du secteur hospitalier présents au 31 décembre (personnes physiques y compris contrats aidés, hors stagiaires, externes et apprentis), France (hors Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.

Sources > Insee, Siasp et BTS ; Drees, SAE ; traitements Drees.

Contrairement au secteur public, cette hausse se répartit sur l'ensemble du personnel, hors sages-femmes (-100 salariées, soit -2,7 %). Le personnel médical croît de 1,8 % (+500 salariés), car la baisse des effectifs de sages-femmes est plus que compensée par la hausse des effectifs de médecins et d'internes (+400 salariés, soit +2,1 % et +200 salariés,

soit +5,0 %). Le personnel non médical soignant augmente (+1 800 salariés, soit +0,9 %), notamment le personnel infirmier (+1 000 salariés, soit +1,2 %), ainsi que le personnel non médical non soignant (+1 300 salariés, soit +1,7 %), notamment ceux qui n'appartiennent pas à la filière administrative (+1 000 salariés, soit +3,0 %). ■

Encadré Sources et méthodes

Champ

Effectifs salariés, en personnes physiques, rémunérés au 31 décembre par les établissements du secteur hospitalier en France (hors Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA). Le secteur hospitalier privé regroupe les établissements privés à but non lucratif (dont les établissements de santé privés d'intérêt collectif [Espic]) et ceux à but lucratif (cliniques privées). La notion d'établissement mobilisée ici correspond à celle du répertoire Sirene (un établissement est repéré par son numéro Siret). Un établissement appartient au secteur hospitalier si son code d'activité principale est celui des « activités hospitalières », codé 8610Z dans la nomenclature d'activités française (NAF rév. 2). Ce champ englobe le champ des établissements de santé au sens de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE), mais en étant un peu plus large en raison de la maille utilisée, qui est le Siret. Ainsi, il peut parfois englober, en plus des Finess des établissements de santé, quelques Finess d'établissements non sanitaires : établissements médico-sociaux ou centres de formation aux métiers sanitaires et médico-sociaux, par exemple.

Sources

Ces séries reposent principalement sur l'exploitation de la « base tous salariés » (BTS), fichier statistique produit par l'Insee essentiellement à partir de la déclaration sociale nominative (DSN), et, pour le secteur public, sur l'exploitation du système d'information des agents du secteur public (Siasp). Le Siasp est mobilisé pour estimer les effectifs salariés du secteur hospitalier public, tandis que la BTS sert à estimer les effectifs salariés du secteur hospitalier privé.

La DSN, transmise mensuellement par les employeurs, est nécessaire à la gestion de la protection sociale des salariés par les organismes et les administrations concernés. Cette déclaration permet notamment de connaître les caractéristiques associées à l'établissement et aux salariés (la nature de l'emploi et la qualification, le montant des rémunérations versées, etc.) et a remplacé progressivement la plupart des déclarations sociales, dont la déclaration annuelle de données sociales (DADS) précédemment utilisée à partir de 2010. Le Siasp exploite en particulier les déclarations sociales sur le champ de la fonction publique. Il intègre des concepts et des variables caractéristiques du secteur public, liés notamment au statut de l'agent (grade, échelon, indice, etc.).

Enfin, les données de la SAE sont utilisées pour estimer les effectifs salariés hospitaliers de Mayotte et du SSA, mais aussi pour partager entre secteur public et secteur privé les effectifs d'internes, intégralement recueillis dans le Siasp. Les données retravaillées de la SAE sont aussi mobilisées pour les données antérieures à 2010.

Avertissement

En 2022, conformément au décret n° 2016-611 du 18 mai 2016, la quasi-totalité des employeurs de la fonction publique ont basculé leur système de déclaration sociale en DSN. À cette occasion, les employeurs ont pu revoir leurs systèmes d'information, et donc modifier potentiellement leurs comportements déclaratifs. Dans ce contexte de changement de sources d'informations, l'Insee a engagé une refonte des traitements statistiques réalisés sur l'emploi et les rémunérations des agents de la fonction publique, et en a ajusté les concepts. Du fait de ces changements déclaratifs, applicatifs et de concepts, les résultats publiés en niveau dans cette publication ne sont pas directement comparables à ceux des publications réalisées sur les millésimes antérieurs. Les données du millésime 2021 ont aussi été recalculées, afin de présenter des évolutions annuelles cohérentes et homogènes entre 2021 et 2022 et une rétopolation de la série longue d'emplois hospitaliers a été effectuée sur la période 2003-2023 : en particulier, l'évolution 2022/2023 des effectifs hospitaliers du secteur public, initialement évaluée à +2,1 %, est désormais évaluée à +2,0 %.





Définitions

- > **Médecins et assimilés** : ils rassemblent les médecins salariés, généralistes ou spécialistes, mais aussi les salariés médecins de santé publique, médecins du travail, biologistes, odontologistes et pharmaciens. Les personnels enseignants et hospitaliers (titulaires, détachés et non titulaires) y sont intégrés. Seules les sages-femmes sont comptabilisées séparément.
- > **Internes** : ils rassemblent les internes (toutes spécialités confondues) réalisant leur stage dans un établissement de santé, quelle que soit la structure qui les rémunère, ainsi que les docteurs juniors et les faisant fonction d'internes (FFI).
- > **Sages-femmes** : il s'agit des sages-femmes salariées.
- > **Infirmiers** : ils incluent tous les infirmiers diplômés d'État (IDE) salariés, avec ou sans spécialisation, à l'exclusion du personnel infirmier d'encadrement (cadres infirmiers, surveillants chefs infirmiers) comptabilisé dans « autres personnels soignants ».
- > **Aides-soignants** : ils rassemblent tous les aides-soignants salariés, y compris les aides médico-psychologiques et les auxiliaires de puériculture.
- > **Personnel administratif** : il regroupe le personnel de direction salarié et les autres personnels administratifs salariés (secrétaires médicaux et assistants médico-administratifs, par exemple).
- > **Autres personnels soignants** : ils rassemblent le personnel salarié d'encadrement des services de soins, les salariés psychologues, psychanalystes et psychothérapeutes (non médecins), les agents de service hospitalier (ASH) et le personnel salarié de rééducation. Ils comprennent les conducteurs ambulanciers à compter de 2023.
- > **Autres personnels non soignants** : ils rassemblent le personnel éducatif et social salarié, le personnel médico-technique, technique et ouvrier salarié (y compris les ingénieurs).

Pour en savoir plus

- > **Charnoz, P., et al.** (2020, décembre). Évolution des effectifs salariés hospitaliers depuis 15 ans – Méthodologie de construction d'agrégats nationaux. Drees, *Les Dossiers de la Drees*, 69.
- > **De Peretti, G. (dir.)** (2025, octobre). *Rapport annuel sur l'état de la fonction publique – Édition 2025*. Rapport, DGAFP.
- > **Eselin, L., Moreau, T., Touzé, S.** (2026, février). L'emploi dans la fonction publique en 2024 – Le recrutement de contractuels soutient de nouveau la hausse de l'emploi dans la fonction publique. Insee. *Insee Première*, 2094.
- > Les séries longues d'emploi hospitalier sont disponibles sur le site Open Data de la Drees : <https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/effectifs-salaries-hospitaliers-series-longues/information/>

En 2023, le salaire mensuel net d'un équivalent temps plein (EQTP) dans le secteur hospitalier s'élève en moyenne à 2 840 euros. En un an, il a augmenté de 3,8 % en euros courants, après une hausse de 4,6 % entre 2021 et 2022. Toutefois, déduction faite de l'inflation, cela correspond à une baisse de 1,1 % en euros constants (-0,6 % entre 2021 et 2022). Toutes professions confondues, le salaire mensuel net moyen en EQTP est plus élevé dans le secteur public que dans le secteur privé, à but lucratif ou non. Ce constat varie toutefois selon la catégorie socioprofessionnelle. Les salaires diffèrent aussi au sein d'une même profession. C'est parmi les professions les plus qualifiées que les salaires sont les plus dispersés. En outre, si les salaires augmentent dans l'ensemble avec l'âge, cette hausse est moindre dans le secteur privé à but non lucratif. Enfin, le salaire des femmes est, en moyenne, inférieur à celui des hommes.

Une hausse du salaire net moyen dans le secteur hospitalier inférieure à l'inflation en 2023

Dans le secteur hospitalier, entre 2022 et 2023, le salaire mensuel net moyen d'un équivalent temps plein (EQTP) a augmenté en moyenne de 3,8 % en euros courants, passant de 2 740 euros¹ à 2 840 euros (tableau 1). Toutefois, déduction faite de l'inflation, cela correspond à une baisse de 1,1 % en euros constants. Le salaire mensuel net moyen avait déjà diminué de 0,6 % en euros constants entre 2021 et 2022 (+4,6 % en euros courants). Ainsi, la hausse de la valeur du point d'indice en juillet 2023 dans la fonction publique et les revalorisations successives liées, par exemple, à la hausse du smic ou à la prime de pouvoir d'achat exceptionnelle en faveur des bas salaires, n'ont permis de compenser qu'une partie de l'inflation.

En 2023, le personnel médical (médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens et sages-femmes, hors internes) perçoit un salaire mensuel net moyen en EQTP de 6 370 euros. Les sages-femmes perçoivent un salaire moyen de 3 540 euros, quand celui des autres professions médicales s'élève à 6 790 euros en moyenne. Dans l'ensemble, la rémunération

moyenne du personnel médical augmente de 4,6 % en euros courants (après +4,5 % entre 2021 et 2022).

La rémunération moyenne du personnel non médical soignant (infirmiers, aides-soignants, etc.) augmente de 3,6 % entre 2022 et 2023 (après +5,7 % entre 2021 et 2022), pour s'établir à 2 520 euros. De même, le salaire mensuel net moyen du personnel médico-technique (techniciens de laboratoire, préparateurs en pharmacie, manipulateurs en électroradiologie médicale, etc.) progresse de 3,7 % en un an (après +5,2 % l'année précédente). Il s'établit à 2 690 euros en moyenne en 2023.

Enfin, les rémunérations du personnel administratif et du personnel technique et ouvrier s'élèvent respectivement à 2 390 euros et 2 350 euros, après des augmentations de 4,6 % et 4,8 % en un an.

Un salaire net moyen plus élevé dans les hôpitaux publics

Toutes professions confondues, le salaire mensuel net moyen en EQTP est de 2 910 euros dans le secteur public, 2 790 euros dans le secteur privé à but non lucratif et 2 450 euros dans le secteur privé à but lucratif (tableau 1).

1. Les résultats diffusés dans cette fiche ne sont pas totalement comparables à ceux diffusés dans la précédente édition du *Panorama des établissements de santé*. En effet, les données de l'année 2022 ont été recalculées afin de présenter des évolutions annuelles cohérentes et homogènes entre les millésimes 2022 et 2023.

Tableau 1 Salaires mensuels nets en EQTP moyens par catégorie socioprofessionnelle et secteur d'activité en 2023

Catégories socioprofessionnelles regroupées	Secteur public		Secteur privé à but non lucratif		Secteur privé à but lucratif		Ensemble	
	Salaire 2023 (en euros)	Évolution 2022-2023 (% en euros courants)	Salaire 2023 (en euros)	Évolution 2022-2023 (% en euros courants)	Salaire 2023 (en euros)	Évolution 2022-2023 (% en euros courants)	Salaire 2023 (en euros)	Évolution 2022-2023 (% en euros courants)
Personnel administratif	2 381	+5,2	2 551	+3,7	2 282	+2,3	2 393	+4,6
Cadres de direction	9 596	+3,7	7 470	+2,2	6 167	-7,6	7 429	-1,0
Cadres de gestion	4 593	+3,2	3 829	+2,8	3 989	-0,6	4 271	+2,6
Professions intermédiaires (directeurs des soins, adjoints des cadres, assistants médico-administratifs)	2 418	+3,5	2 197	+4,4	2 262	+1,8	2 374	+3,5
Employés (adjoints administratifs, permanenciers auxiliaires de régulation médicale)	2 022	+6,7	1 951	+4,6	1 872	+4,2	1 990	+6,1
Personnel soignant	2 585	+3,2	2 372	+4,9	2 292	+4,6	2 521	+3,6
Personnel d'encadrement du personnel soignant	3 559	+1,5	3 665	+2,9	3 700	+1,4	3 588	+1,7
Infirmiers	2 872	+2,2	2 625	+4,5	2 602	+4,2	2 804	+2,7
Aides soignants et agents de service hospitalier	2 397	+4,4	1 988	+5,3	1 911	+5,5	2 258	+4,7
Rééducateurs	2 619	+4,6	2 487	+4,2	2 364	+2,6	2 541	+4,0
Psychologues	2 633	+4,2	2 656	+3,1	2 378	+0,4	2 617	+3,7
Personnel éducatif et social (professions intermédiaires)	2 370	+4,0	2 325	+3,8	2 083	+2,8	2 343	+3,8
Personnel médico-technique	2 746	+3,7	2 497	+4,5	2 396	+3,4	2 686	+3,7
Professions intermédiaires (cadres de santé, techniciens de laboratoire, manipulateurs d'électroradiologie médicale, préparateurs en pharmacie)	2 747	+3,7	2 516	+4,4	2 411	+3,3	2 693	+3,7
Employés (aides de laboratoire, aides d'électroradiologie, aides de pharmacie)	2 116	+3,4	1 965	+6,5	2 187	+4,8	2 088	+4,9
Personnel technique et ouvrier	2 341	+4,8	2 507	+5,3	2 303	+4,7	2 349	+4,8
Ingénieurs et cadres techniques	3 593	+3,0	3 620	+3,2	3 320	+2,7	3 584	+3,0
Professions intermédiaires (techniciens ou techniciens supérieurs)	2 597	+3,6	2 507	+5,4	2 474	+3,1	2 586	+3,7
Ouvriers	2 059	+4,1	1 996	+5,6	1 968	+3,7	2 053	+4,2
Personnel médical	6 392	+4,6	6 657	+4,1	5 500	+6,6	6 365	+4,6
Médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens	6 811	+4,8	6 915	+4,0	6 274	+5,7	6 795	+4,7
Sages-femmes	3 569	+2,7	3 552	+4,7	3 345	+4,6	3 538	+3,1
Contrats aidés	1 496	+4,5	1 539	+3,8	1 733	+4,2	1 549	+5,2
Femmes	2 761	+3,8	2 609	+5,2	2 370	+5,5	2 695	+3,9
Hommes	3 434	+3,1	3 456	+4,7	2 830	+5,1	3 380	+3,1
Ensemble hors personnel médical ¹	2 536	+3,7	2 406	+4,7	2 286	+4,2	2 490	+3,9
Ensemble hors contrats aidés ¹	2 913	+3,6	2 791	+4,7	2 452	+4,6	2 845	+3,8
Ensemble¹	2 912	+3,6	2 788	+4,7	2 452	+4,6	2 844	+3,8

EQTP : équivalent temps plein.

1. Y compris les personnels non ventilés, hors internes, externes, stagiaires et étudiants.

Note > Certains personnels ne peuvent pas être ventilés par catégorie socioprofessionnelle, mais leurs salaires sont pris en compte dans le calcul du salaire moyen d'ensemble.**Champ >** Salariés de France (non compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA et les contrats aidés, hors internes, externes, stagiaires et étudiants.**Sources >** Insee, BTS 2022-2023, Siasp 2022-2023, traitements Drees.

Entre 2022 et 2023, il a progressé un peu plus, en moyenne, dans les établissements privés à but non lucratif et les cliniques privées (respectivement +4,7 % et +4,6 % en euros courants) que dans les hôpitaux publics (+3,6 %).

Cette hiérarchie entre secteurs varie cependant, selon la catégorie socioprofessionnelle. Le salaire mensuel net moyen en EQTP du personnel médical demeure plus élevé dans le secteur privé à but non lucratif (6 660 euros) que dans le secteur public (6 390 euros). C'est dans le secteur privé à but lucratif que le salaire moyen du personnel médical est le moins élevé (5 500 euros). La différence marquée entre le secteur privé à but lucratif et les deux autres s'explique pour partie par des effets de structure. En particulier, comme les médecins exercent majoritairement à titre libéral dans les cliniques privées (voir fiche 05, « Les postes de personnel médical »), la proportion de sages-femmes au sein du personnel médical salarié y est plus importante que dans les autres secteurs. L'écart entre secteurs s'explique aussi par le plus faible niveau de salaire mensuel net moyen des médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens. Toutefois, les comparaisons de salaires entre médecins appartenant aux différents secteurs sont délicates, en raison de la spécificité des secteurs. En effet, dans les cliniques privées, les données de salaire ne reflètent qu'une partie de la situation du personnel médical, celui-ci y exerçant le plus souvent en tant que libéral ou en cumulant activité libérale et activité salariée.

En revanche, le salaire mensuel net moyen en EQTP du personnel soignant est plus élevé dans le secteur public (2 590 euros) que dans le secteur privé à but non lucratif et lucratif (respectivement 2 370 euros et 2 290 euros).

Le salaire mensuel net moyen en EQTP du personnel administratif diffère également entre secteurs (2 380 euros dans le secteur public,

2 550 euros dans le secteur privé à but non lucratif et 2 280 euros dans le secteur privé à but lucratif), mais nettement moins que pour les cadres de direction, où les différences sont très marquées (9 600 euros dans le secteur public, 7 470 euros dans le secteur privé à but non lucratif et 6 170 euros dans le secteur privé à but lucratif)².

Une dispersion des salaires généralement plus forte dans le secteur privé à but non lucratif

Au sein d'un même secteur et d'une même profession, les rémunérations varient entre salariés (tableau 2). Toutes professions confondues, c'est dans le secteur privé à but non lucratif que la dispersion des salaires est la plus forte. Cette dispersion peut être quantifiée par différents indicateurs dont le rapport interdécile³. En 2023, ce dernier est égal à 2,6 dans le secteur privé à but non lucratif, contre 2,2 dans les secteurs public et privé à but lucratif. Ces valeurs sont semblables à celles observées pour l'année 2022.

C'est parmi les professions les plus qualifiées que les salaires sont les plus dispersés : le rapport interdécile est ainsi de 3,2 pour le personnel médical des hôpitaux publics et de respectivement 3,6 et 5,4 pour ceux des secteurs privés à but non lucratif et lucratif⁴. De même, ce ratio est relativement élevé pour les cadres de direction dans le secteur privé : il atteint 3,8 dans le secteur privé à but non lucratif et 6,3 dans le secteur privé à but lucratif, tandis qu'il est de 1,6 dans les hôpitaux publics. Pour les cadres de gestion, le ratio atteint 3,2 dans les hôpitaux publics, 2,3 dans le secteur privé à but non lucratif, et 2,5 dans le secteur privé à but lucratif. À l'inverse, pour les aides-soignants et les agents des services hospitaliers, par exemple, le rapport interdécile est moins élevé : 1,4 dans le secteur public et 1,8 dans les secteurs privés à but lucratif ou non.

2. Le personnel de direction dans le secteur privé à but lucratif inclut les chefs d'entreprise salariés de leur entreprise. Leur salaire, tel que décrit dans cette fiche, ne tient pas compte d'éventuels éléments de rémunération qui ne relèvent pas du même régime social, comme la participation ou l'intéressement, ce qui peut biaiser les comparaisons avec le salaire du personnel de direction des autres secteurs.

3. Le rapport interdécile est défini comme le rapport entre le salaire mensuel net au-delà duquel se situent les 10 % de salariés les mieux payés (appelé D9) et celui en-deçà duquel se situent les 10 % de salariés les moins bien payés (appelé D1).

4. Au-delà de ces indicateurs standards de distribution, il faut signaler que la fonction publique hospitalière compte 63 % des postes d'agents publics (hors contractuels) les plus rémunérateurs de la fonction publique (de Peretti, 2025), principalement des praticiens hospitaliers.

Tableau 2 Distribution des salaires mensuels nets en EQTP moyens par catégorie socioprofessionnelle et secteur d'activité en 2023

En euros

Catégories socioprofessionnelles regroupées	Secteur public			Secteur privé à but non lucratif			Secteur privé à but lucratif		
	D1	Médiane	D9	D1	Médiane	D9	D1	Médiane	D9
Personnel administratif	1 762	2 091	2 986	1 622	2 146	3 861	1 523	1 921	3 368
Cadres de direction	7 298	9 748	11 312	3 134	6 758	12 037	1 713	5 035	10 864
Cadres de gestion	2 417	3 911	7 802	2 424	3 449	5 680	2 348	3 532	5 850
Professions intermédiaires (directeurs des soins, adjoints des cadres, assistants médico-administratifs)	1 851	2 313	2 923	1 677	2 134	2 817	1 614	2 134	3 052
Employés (adjoints administratifs, permanenciers auxiliaires de régulation médicale)	1 737	1 957	2 374	1 456	1 936	2 452	1 461	1 820	2 363
Personnel soignant	1 912	2 487	3 384	1 612	2 298	3 210	1 534	2 190	3 173
Personnel d'encadrement du personnel soignant	2 820	3 527	4 321	2 564	3 508	4 995	2 586	3 550	4 943
Infirmiers	2 201	2 804	3 623	1 936	2 572	3 364	1 850	2 527	3 438
Aides soignants et agents de service hospitalier	2 003	2 373	2 840	1 422	1 990	2 491	1 374	1 886	2 449
Rééducateurs	1 972	2 583	3 273	1 959	2 444	3 114	1 727	2 329	3 010
Psychologues	1 893	2 500	3 719	2 054	2 620	3 330	1 685	2 316	3 107
Personnel éducatif et social (professions intermédiaires)	1 836	2 297	2 998	1 699	2 206	2 881	1 643	2 011	2 551
Personnel médico-technique	1 996	2 685	3 500	1 819	2 441	3 242	1 673	2 221	3 353
Professions intermédiaires (cadres de santé, techniciens de laboratoire, manipulateurs d'électroradiologie médicale, préparateurs en pharmacie)	1 997	2 687	3 501	1 860	2 459	3 260	1 707	2 234	3 366
Employés (aides de laboratoire, aides d'électroradiologie, aides de pharmacie)	1 716	2 141	2 398	1 453	1 892	2 664	1 464	1 971	3 115
Personnel technique et ouvrier	1 786	2 129	3 183	1 610	2 257	3 799	1 599	2 096	3 277
Ingénieurs et cadres techniques	2 215	3 402	5 152	2 320	3 360	5 226	2 050	2 997	4 759
Professions intermédiaires (techniciens ou techniciens supérieurs)	1 957	2 493	3 385	1 830	2 428	3 212	1 724	2 353	3 399
Ouvriers	1 760	2 020	2 436	1 396	1 981	2 561	1 499	1 918	2 535
Personnel médical	3 127	6 127	9 884	2 891	6 601	10 270	1 856	4 640	9 996
Médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens	3 581	6 614	10 172	2 964	6 851	10 439	1 618	5 960	10 789
Sages-femmes	2 689	3 528	4 464	2 578	3 579	4 392	2 301	3 334	4 226
Ensemble¹	1 868	2 475	4 108	1 633	2 330	4 231	1 541	2 170	3 449

EQTP : équivalent temps plein ; D1 : premier décile ; D9 : dernier décile.

1. Y compris les personnels non ventilés, hors internes, externes, stagiaires et étudiants. Y compris les contrats aidés.

Note > Certains personnels ne peuvent pas être ventilés par catégorie socioprofessionnelle, mais leurs salaires sont pris en compte dans le calcul du salaire moyen d'ensemble.**Champ** > Salariés de France (non compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA et les contrats aidés, hors internes, externes, stagiaires et étudiants.**Sources** > Insee, BTS 2023, Siasp 2023, traitements Drees.

Des salaires qui augmentent avec l'âge, quoique moins fortement dans le secteur privé à but lucratif

En 2023, hors personnel médical et contrats aidés, un salarié du secteur hospitalier public perçoit un salaire mensuel net en EQTP allant en moyenne de 2 190 euros s'il est âgé de moins de 30 ans à 2 850 euros s'il est âgé de 60 ans ou plus (tableau 3). Pour un salarié du secteur privé à but non lucratif, la moyenne des salaires passe de 2 170 euros pour les moins de 30 ans à 2 870 euros pour les 60 ans ou plus, et de 2 170 euros à 2 570 euros dans le secteur privé à but lucratif. Le secteur privé à but lucratif se distingue ainsi par une progression plus faible des salaires avec l'âge.

Un salaire moyen des femmes inférieur à celui des hommes

Dans le secteur hospitalier, le salaire net moyen des femmes est inférieur de 20,3 % à celui des

hommes (de 19,6 % dans les hôpitaux publics, 24,5 % dans les établissements privés à but non lucratif et 16,3 % dans les cliniques privées). Cet écart de rémunération entre femmes et hommes s'explique en partie par la nature des emplois occupés. En EQTP, 17,4 % des hommes occupent des postes de la filière médicale (la mieux rémunérée), contre 6,9 % des femmes seulement, dont un peu moins d'un quart en tant que sages-femmes. Les femmes exercent plus souvent des emplois de la filière soignante : 29,2 % d'entre elles sont infirmières et 34,4 % sont aides-soignantes ou agentes des services hospitaliers, contre respectivement 16,7 % et 20,9 % des hommes. L'écart de salaire moyen entre les femmes et les hommes diminue par rapport à 2022 (-0,6 point de pourcentage). Ce phénomène s'explique en partie par les effets de la prime de pouvoir d'achat exceptionnelle en faveur des bas salaires mise en place dans un contexte de forte inflation. ■

Tableau 3 Structure des emplois et salaires mensuels nets en EQTP moyens par tranche d'âge pour le personnel non médical en 2023

Tranche d'âge	Secteur public			Secteur privé à but non lucratif			Secteur privé à but lucratif		
	Répartition des postes (en %)	Salaire mensuel net moyen (en euros)	Évolution 2022-2023 (% en euros courants)	Répartition des postes (en %)	Salaire mensuel net moyen (en euros)	Évolution 2022-2023 (% en euros courants)	Répartition des postes (en %)	Salaire mensuel net moyen (en euros)	Évolution 2022-2023 (% en euros courants)
Moins de 30 ans	15,7	2 189	+4,8	19,1	2 172	-1,2	22,6	2 168	+0,6
30 à 39 ans	24,6	2 416	+4,2	26,4	2 275	+5,8	26,3	2 219	+5,1
40 à 49 ans	26,5	2 615	+3,5	23,5	2 464	+4,5	22,1	2 348	+4,5
50 à 59 ans	27,2	2 701	+3,2	23,9	2 555	+4,6	22,1	2 335	+4,4
60 ans ou plus	6,0	2 853	+2,1	7,1	2 869	+9,1	7,0	2 573	+6,5
Ensemble	100,0	2 537	+3,7	100,0	2 409	+4,7	100,0	2 287	+4,2

EQTP : équivalent temps plein.

Note > Hors internes et externes, hors contrats aidés.

Champ > Salariés de France (non compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.

Sources > Insee, BTS 2023, Siasp 2023, traitements Drees.

Encadré 1 Sources et méthodes

Champ

France (non compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), hors stagiaires, internes et externes, et y compris les contrats aidés. La présente étude porte sur les établissements dont l'activité économique principale relève des activités hospitalières (code NAF 8610Z) ou ayant la catégorie juridique « établissement d'hospitalisation » (7364). Les établissements de la fonction publique hospitalière ayant une activité complémentaire à celle des hôpitaux, comme les activités de blanchisserie, teinturerie de gros (code NAF 9601A) ou les services de restauration (code NAF 5629B), sont également pris en compte. Tous les salariés hospitaliers sont concernés, qu'ils soient fonctionnaires ou contractuels, membres du personnel médical ou non. Pour le personnel hospitalo-universitaire, seules les heures effectuées dans la fonction publique hospitalière sont prises en compte ; leur activité d'enseignement et de recherche et la rémunération qui y est associée sont comptabilisées dans la fonction publique de l'État mais ne sont pas intégrées ici.

Sources

Le système d'information des agents du secteur public (Siasp) et la base tous salariés (BTS) sont constitués à partir des déclarations socio-fiscales. Jusqu'au 1^{er} janvier 2022, la déclaration annuelle de données sociales (DADS) était une formalité déclarative que devait accomplir toute entreprise employant des salariés. Dans ce document commun aux administrations fiscales et sociales, les employeurs fournissaient, annuellement et pour chaque établissement, un certain nombre d'informations relatives à l'établissement et aux salariés (la nature de l'emploi et la qualification, le montant des rémunérations versées, etc.). La déclaration sociale nominative (DSN) a remplacé progressivement la plupart des déclarations sociales, dont les DADS. Le Siasp exploite en particulier les informations contenues dans cette déclaration sur le champ de la fonction publique. Il intègre des concepts et des variables caractéristiques du secteur public, liés notamment au statut de l'agent (grade, échelon, indice, etc.). En raison du passage à la DSN de la quasi-totalité des employeurs de la fonction publique, l'Insee a engagé une refonte des traitements statistiques réalisés sur l'emploi et les rémunérations des agents de la fonction publique, et en a ajusté les concepts. Les résultats publiés ne sont plus totalement comparables à ceux des publications réalisées sur les millésimes antérieurs (voir annexe 3, « Les grandes sources de données sur les établissements de santé »). La BTS exploite également les informations issues des DADS et DSN remplies par les employeurs et statistiquement retraitées par l'Insee. Les salaires sont estimés à partir du Siasp pour les hôpitaux publics et de la BTS pour les établissements privés, à but lucratif ou non.

Définition

> **Salaires annuels nets moyens** : il est calculé à partir du salaire net fiscal disponible dans les DADS ou la DSN, qui alimentent la BTS et le Siasp. Il est net de toutes cotisations sociales, y compris la contribution sociale généralisée (CSG) et la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS). Il ne comprend pas les participations (qui ne sont pas imposables). Les calculs sont effectués sur l'ensemble des postes, qu'ils soient à temps complet ou à temps partiel. Les effectifs sont convertis en équivalent temps plein (EQTP) au prorata de leur durée de présence et de leur quotité travaillée. Par exemple, un poste occupé durant six mois à temps plein et rémunéré 10 000 euros compte pour 0,5 EQTP, rémunéré 20 000 euros par an. Un poste occupé toute l'année avec une quotité travaillée de 60 % et rémunéré 12 000 euros compte pour 0,6 EQTP rémunéré 20 000 euros par an. Le salaire annuel net moyen est obtenu en pondérant les salaires annualisés des postes par le nombre d'EQTP. Sont exclus certains postes correspondant à des éléments de rémunération annexes, ou des postes dont la rémunération horaire est manifestement incohérente.

Pour les professeurs universitaires praticiens hospitaliers, seule la rémunération des heures effectuées dans la FPH est prise en compte, leur activité d'enseignement et de recherche et la rémunération qui y est associée étant comptabilisées dans la fonction publique de l'État.

Pour en savoir plus

- > **De Peretti, G. (dir.)** (2025, octobre). *Rapport annuel sur l'état de la fonction publique – Édition 2025*. Rapport, DGAFP.
- > **Duquesne, T., Sokhna, N. P.** (2025, octobre). Les salaires dans le secteur privé en 2024. Avec le reflux de l'inflation, le pouvoir d'achat des salaires progresse à nouveau. Insee, *Insee Première*, 2079.
- > **Duquesne, T., Sokhna, N. P.** (2024, octobre). Les salaires dans le secteur privé en 2023. L'augmentation des salaires reste inférieure à l'inflation. Insee, *Insee Première*, 2020.
- > **Esbelin, L., Dixte, C.** (2026, mai). Les salaires dans la fonction publique hospitalière en 2024. Le salaire net mensuel moyen augmente de 0,7 % en euros constants. Insee, *Insee Première*, 2102.

L'organisation des établissements de santé des cinq départements et régions d'outre-mer présente une grande diversité. 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 et une activité très inférieures à celles de la France métropolitaine, notamment en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) et en psychiatrie, tandis que la Martinique, la Guadeloupe et La Réunion s'en rapprochent.

Les départements et régions d'outre-mer (DROM) ont une organisation sanitaire très contrainte par leur géographie : la Martinique, la Guadeloupe, La Réunion et Mayotte sont des départements insulaires, alors que la Guyane est un vaste territoire faiblement peuplé. En 2024, la population totale des DROM s'élève à 2,3 millions de personnes, ce qui représente 3,3 % de la population de la France. Entre 2023 et 2024, la population de la Guadeloupe et de la Martinique est en déclin (respectivement -0,2 % et -0,1 %). À l'opposé, au cours de la même période, la croissance démographique de la Guyane, de La Réunion et de Mayotte est supérieure à celle de la France métropolitaine (respectivement +0,7 %, +0,9 % et +3,2 %, contre +0,3 %).

Les structures par âge de la Guadeloupe et de la Martinique sont proches de celle de la France métropolitaine, mais la part des 75 ans ou plus augmente à un rythme sensiblement supérieur à celui observé en France métropolitaine. En Guyane et à Mayotte, la population est nettement plus jeune.

La Guyane et Mayotte sont les seules régions françaises, avec la Corse, à ne pas avoir de centre hospitalier régional¹ (CHR) [tableau 1]. Ces deux

régions ultramarines sont aussi les seules à ne pas avoir de centre hospitalier spécialisé en psychiatrie. Mayotte se distingue particulièrement des quatre autres DROM par des capacités très réduites en hospitalisations complète ou partielle, assurées jusqu'à la fin 2024 par le seul centre hospitalier de Mamoudzou².

Des capacités d'accueil très inférieures à celles de la France métropolitaine en Guyane, à La Réunion et à Mayotte, sauf en hospitalisation à domicile

En 2024, les capacités d'accueil en hospitalisation complète en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), ou court séjour, rapportées à la population, sont inférieures à celles de la France métropolitaine dans tous les DROM : -5 % en Guadeloupe, -9 % à La Réunion, -11 % en Guyane et -13 % en Martinique (tableau 2 et graphique 1). Pour Mayotte, l'écart s'avère beaucoup plus important (-52 %).

Concernant l'hospitalisation partielle de MCO, le nombre de places de la Guadeloupe atteint en 2024 celui de la France métropolitaine (60 places pour 100 000 habitants). Ce n'est pas le cas des quatre autres DROM, dont le taux d'équipement

1. Le centre hospitalier régional (CHR) de Guyane a été créé en mai 2025 par décret. En pratique, c'est le groupement de coopération sanitaire (GCS) qui devient CHR. Il détient environ les trois quarts des autorisations d'activité et d'équipement matériels lourds détenus jusque-là par les trois hôpitaux publics de Cayenne, Kourou et Saint-Laurent-du-Maroni. Le décret précise que le CHR « fédérera, en outre, les trois hôpitaux de proximité de Saint-Georges, Grand-Santi et Maripasoula [...] ».

2. Le CH de Mamoudzou dispose aussi de quatre « centres de soins et d'accouchement » délocalisés, comportant chacun une maternité (dont l'activité est regroupée au sein du CH dans la SAE), et réalise des soins médicaux et de réadaptation (SMR) sur un second site ouvert fin 2021. Une clinique privée de SMR a également ouvert fin 2024 sur l'île. En raison de cette ouverture en fin d'année, elle n'est pas interrogée dans la SAE sur l'année 2024.

est nettement inférieur : -17 % en Martinique, -19 % à La Réunion, -48 % en Guyane, et -81 % à Mayotte.

En psychiatrie, le nombre de lits d'hospitalisation complète en Martinique, rapporté à la population, est supérieur à celui de la France métropolitaine (respectivement 79 lits et 74 lits pour 100 000 habitants). Ce taux est plus faible en Guadeloupe (65 lits pour 100 000 habitants), à

La Réunion (61) et en Guyane (24), tandis qu'il est quasi nul à Mayotte (3). En hospitalisation partielle de psychiatrie, le taux d'équipement des DROM est nettement inférieur à celui de la France métropolitaine (44 places pour 100 000 habitants), hormis en Guadeloupe (44). Mayotte n'a aucune capacité d'accueil et les taux sont respectivement de 14, 24 et 32 places pour 100 000 habitants en Guyane, en Martinique et à La Réunion.

Tableau 1 Nombre d'établissements de santé selon la catégorie d'établissement en 2024

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	France métropolitaine
Établissements publics¹	10	14	4	10	2	1 290
CHR/CHU	1	5	0	6	0	171
CH, dont anciens hôpitaux locaux	8	8	4	3	2	901
CH spécialisés en psychiatrie	1	1	0	1	0	87
Autres établissements publics	0	0	0	0	0	131
Établissements privés à but non lucratif	0	1	0	3	0	651
CLCC	0	0	0	0	0	20
Établissements de MCO ou pluridisciplinaires	0	0	0	0	0	134
Établissements de SSR	0	1	0	3	0	339
Établissements de lutte contre les maladies mentales ²	0	0	0	0	0	107
Autres établissements privés à but non lucratif	0	0	0	0	0	51
Établissements privés à but lucratif	13	3	5	20	0	936
Établissements de MCO ou pluridisciplinaires	8	2	4	5	0	430
Établissements de SSR	5	1	1	12	0	324
Établissements de lutte contre les maladies mentales	0	0	0	3	0	166
Autres établissements privés à but lucratif	0	0	0	0	0	16
Total	24	18	9	33	2	2 877

CHR : centre hospitalier régional ; CHU : centre hospitalier universitaire ; CH : centre hospitalier ; CLCC : centre de lutte contre le cancer ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation.

1. Le nombre d'entités indiqué pour le secteur public comptabilise désormais toutes les entités géographiques (et non plus uniquement les entités juridiques comme c'était le cas avant 2013). Pour une entité juridique multisite comme l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), on compte autant d'entités que de sites.

2. Dans le secteur privé à but non lucratif, les établissements de lutte contre les maladies mentales ont été regroupés avec ceux de la catégorie d'établissements CH spécialisés en psychiatrie.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA. Les données sur la Guadeloupe incluent les deux établissements de Saint-Martin et Saint-Barthélemy. Sont comptabilisés les établissements d'hospitalisation disposant, au 31 décembre 2024, au moins d'un lit d'hospitalisation complète ou d'une place d'hospitalisation partielle. Les centres de dialyse et de radiothérapie ainsi que les établissements réalisant uniquement de l'hospitalisation à domicile ne sont pas pris en compte.

Source > Drees, SAE 2024, traitements Drees.

Tableau 2 Capacités d'hospitalisations complète, partielle et à domicile au 31 décembre 2024

		Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	France métropolitaine
Lits	MCO	1 106	853	716	2 220	418	180 960
	Psychiatrie ^{1,2}	275	283	71	546	10	49 436
	SMR	783	558	127	1 037	50	98 716
	SLD	128	89	30	70	0	28 646
Places	MCO	254	178	92	435	36	39 511
	Psychiatrie ¹	186	87	42	284	0	29 519
	SMR	261	81	89	714	5	19 212
HAD³	Nombre de personnes pouvant être prises en charge simultanément	585	200	365	540	125	23 612
Population en 2024 (en milliers)		425	360	296	898	321	66 380

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

1. Disciplines de psychiatrie de l'adulte, de l'enfant et de l'adolescent, et pénitentiaire.

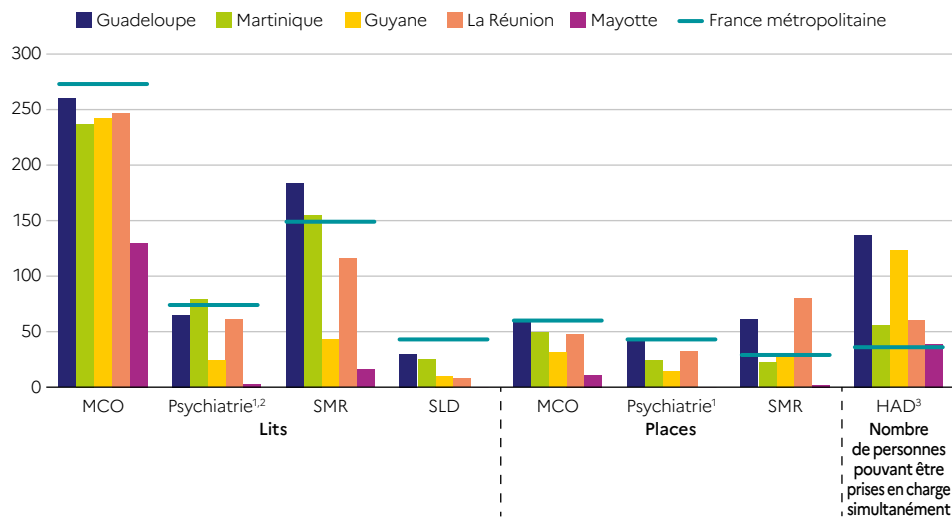
2. Les lits d'hospitalisation complète décomptés dans ce tableau sont les lits d'hospitalisation à temps plein ; les autres formes de prises en charge à temps complet (accueil familial thérapeutique, appartement thérapeutique...) ne sont pas comptabilisées.

3. Le nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément par les établissements d'HAD reflète leurs capacités de prise en charge.

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^{er} janvier 2024.

Graphique 1 Capacités d'hospitalisations complète, partielle et à domicile pour 100 000 habitants au 31 décembre 2024



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

1. Disciplines de psychiatrie de l'adulte, de l'enfant et de l'adolescent, et pénitentiaire.

2. Les lits d'hospitalisation complète décomptés dans ce tableau sont les lits d'hospitalisation à temps plein ; les autres formes de prises en charge à temps complet (accueil familial thérapeutique, appartement thérapeutique...) ne sont pas comptabilisées.

3. Le nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément par les établissements d'HAD reflète leurs capacités de prise en charge.

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^{er} janvier 2024.

En soins médicaux et de réadaptation (SMR), ou moyen séjour, les écarts de capacités en hospitalisation complète sont marqués entre, d'une part, la France métropolitaine (149 lits pour 100 000 habitants), la Guadeloupe (184) et la Martinique (155) et, d'autre part, La Réunion (116 lits pour 100 000 habitants) et la Guyane (43). Depuis 2022, Mayotte est dotée de capacités hospitalières de SMR, mais son taux d'équipement est faible (16 lits pour 100 000 habitants en 2024). L'hospitalisation partielle de SMR présente une situation singulière : les taux d'équipement de La Réunion et de la Guadeloupe sont plus élevés que celui de la France métropolitaine (respectivement 80 et 61 places pour 100 000 habitants contre 29), les taux de la Guyane et de la Martinique sont relativement plus proches de celui de la France métropolitaine (respectivement 30 et 22) et celui de Mayotte est quasi nul (2).

Les capacités d'accueil en soins de longue durée (SLD), ou long séjour, uniquement présentes en hospitalisation complète, sont beaucoup moins développées dans les DROM (hors Antilles) qu'en France métropolitaine, en raison

notamment de la plus faible proportion de personnes âgées dans ces territoires. Mayotte se distingue de nouveau, puisque ce département n'offre aucune capacité d'accueil en long séjour. Les capacités d'hospitalisation à domicile (HAD) rapportées à la population sont plus élevées dans les cinq DROM qu'en France métropolitaine (où 36 patients peuvent être pris en charge simultanément par les établissements pour 100 000 habitants), y compris à Mayotte (39). Elles sont particulièrement élevées en Guadeloupe et en Guyane, dont les taux d'équipement sont respectivement de 137 et 123 patients pris en charge simultanément pour 100 000 habitants, soit des taux plus de trois fois supérieurs à celui de la France métropolitaine.

En MCO, des taux d'hospitalisation inférieurs à celui de la France métropolitaine, hormis à La Réunion

L'activité d'hospitalisation complète en MCO rapportée à la population est globalement plus faible dans les DROM qu'en France métropolitaine, où elle s'élève à 13,7 séjours pour 100 habitants (*tableau 3*). Seule La Réunion a un taux

Tableau 3 Activité d'hospitalisations complète, partielle et à domicile pour 100 habitants en 2024

		Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	France métropolitaine
Séjours d'hospitalisation complète	MCO ¹	12,2	11,4	11,3	13,8	5,9	13,7
	Psychiatrie ²	0,5	0,6	0,3	0,7	0,1	0,8
	SMR ³	1,7	1,5	0,3	0,8	0,1	1,3
Journées d'hospitalisation partielle	MCO	13,0	9,5	4,6	12,7	1,1	15,6
	Psychiatrie	3,7	4,8	1,0	5,2	-	6,0
	SMR	11,5	4,3	12,6	22,2	0,1	8,4
Séjours d'HAD		0,6	0,3	0,3	0,3	0,1	0,5

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

1. Y compris les bébés mort-nés, non compris les nouveau-nés restés auprès de leur mère.

2. Disciplines de psychiatrie de l'adulte, de l'enfant et de l'adolescent, et pénitentiaire. Les séjours d'hospitalisation complète décomptés dans ce tableau sont les séjours d'hospitalisation à temps plein : les autres formes de prises en charge à temps complet (accueil familial thérapeutique, appartement thérapeutique...) ne sont pas comptabilisées.

3. Y compris les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires.

Note > L'activité comptabilisée est celle des établissements situés sur ces aires. Les hospitalisations des habitants des DROM effectuées en France métropolitaine apparaissent dans la colonne France métropolitaine.

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

Sources > ATIH, PMSI-MCO et PMSI-SMR 2024, traitements Drees ; Drees, SAE 2024, traitements Drees, pour la psychiatrie ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2024.

très légèrement supérieur à celui de la France métropolitaine (13,8 séjours pour 100 habitants). Le taux est plus faible en Guadeloupe (12,2), en Martinique (11,4), en Guyane (11,3), et très inférieur à Mayotte (5,9). En 2024, la durée moyenne de séjour (DMS) en MCO est plus élevée en Guyane et à Mayotte (6,3 jours) et en Martinique (6,0 jours) qu'en France métropolitaine (5,5 jours) [tableau 4]. En revanche, elle s'avère un peu plus courte en Guadeloupe (5,3 jours) et à La Réunion (5,0 jours).

L'activité d'hospitalisation partielle en MCO est beaucoup moins développée à Mayotte et en Guyane qu'en France métropolitaine (respectivement 1,1 journée et 4,6 journées pour 100 habitants, contre 15,6), en raison de capacités d'accueil plus faible. L'écart est moindre avec la Guadeloupe (13,0), La Réunion (12,7) et la Martinique (9,5). La part de l'hospitalisation partielle en MCO (nombre de journées d'hospitalisation partielle rapporté à la somme du nombre de séjours d'hospitalisation complète et de journées d'hospitalisation partielle) est ainsi de 16 % à Mayotte et de 29 % en Guyane. Elle atteint 52 % en Guadeloupe, 48 % à La Réunion et 46 % en Martinique, à savoir des parts plus comparables à celle de la France métropolitaine (53 %).

En psychiatrie, des taux d'hospitalisation moins élevés dans les DROM qu'en France métropolitaine

Le nombre de séjours d'hospitalisation complète en psychiatrie, rapporté à la population, est de 0,8 pour 100 habitants en France métropolitaine (tableau 3). Ce taux est supérieur à ceux de La Réunion (0,7), de la Martinique (0,6) et de la Guadeloupe (0,5), mais l'écart est particulièrement élevé avec la Guyane (0,3), et plus encore avec Mayotte (0,1), en raison de leurs capacités d'accueil très réduites. Si les capacités d'accueil en hospitalisation complète de la Martinique sont supérieures à celles de la France métropolitaine (respectivement 79 lits et 74 lits pour 100 000 habitants), la DMS y est plus élevée (respectivement 47 jours et 31 jours) [tableau 4]. La DMS de la Guadeloupe est également plus élevée que celle de la France métropolitaine (40 jours), mais son taux d'équipement en lits est plus faible (65 pour 100 000 habitants). Enfin, à Mayotte, la DMS en psychiatrie est très faible (14 jours en moyenne).

Dans tous les DROM, l'activité de psychiatrie en hospitalisation partielle est plus faible qu'en France métropolitaine (6,0 journées pour 100 habitants en 2024). La Réunion est le département où cette activité est la plus développée (5,2), devant la

Tableau 4 Durée moyenne de séjour en hospitalisations complète ou à domicile en 2024

	En journées					
	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	France métropolitaine
MCO ¹	5,3	6,0	6,3	5,0	6,3	5,5
Psychiatrie ²	39,8	46,6	33,5	28,7	13,6	30,6
SMR ³	35,9	25,2	53,7	44,0	41,1	33,4
HAD	77,9	52,4	67,2	43,2	82,9	22,4

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

1. Y compris les bébés mort-nés, non compris les nouveau-nés restés auprès de leur mère.

2. Disciplines de psychiatrie de l'adulte, de l'enfant et de l'adolescent, et pénitentiaire. Les séjours et les journées d'hospitalisation complète décomptés dans ce tableau sont les séjours et les journées d'hospitalisation à temps plein : les autres formes de prises en charge à temps complet (accueil familial thérapeutique, appartement thérapeutique...) ne sont pas comptabilisées.

3. Y compris les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires.

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

Sources > ATIH, PMSI-MCO et PMSI-SMR 2024, traitements Drees ; Drees, SAE 2024, traitements Drees, pour la psychiatrie.

Martinique et la Guadeloupe (respectivement 4,8 et 3,7). En Guyane, le taux est de 1,0 journée pour 100 habitants et, à Mayotte, il n'y a pas d'activité d'hospitalisation partielle dans cette discipline.

En SMR, davantage d'hospitalisation partielle à La Réunion

En moyen séjour ou SMR, le nombre de séjours d'hospitalisation complète rapporté à la population métropolitaine s'élève à 1,3 séjour pour 100 habitants. Les taux de la Guadeloupe et de la Martinique sont légèrement supérieurs (respectivement 1,7 séjour et 1,5 séjour pour 100 habitants). L'hospitalisation complète en SMR est, en revanche, bien moins développée à La Réunion (0,8 séjour pour 100 habitants), en Guyane (0,3) et à Mayotte (0,1), du fait de leurs faibles capacités d'accueil.

A contrario, l'activité de SMR en hospitalisation partielle de La Réunion est nettement supérieure à celle de la France métropolitaine (22,2 journées pour 100 habitants, contre 8,4), tout comme celle de Guyane et de Guadeloupe (respectivement 12,6 journées et 11,5 journées pour 100 habitants). En revanche, elle demeure peu élevée en Martinique (4,3) et elle est quasiment inexistante à Mayotte (0,1). En France métropolitaine, le nombre de séjours d'HAD est de 0,5 pour 100 habitants. Ce taux est similaire en Guadeloupe (0,6) et inférieur dans les autres DROM, malgré leurs capacités supérieures en HAD, du fait de DMS plus élevées, surtout en Guadeloupe et en Martinique, mais aussi en raison de plus faibles taux d'occupation³ à Mayotte et en Guyane, ainsi qu'à La Réunion.

Une évolution contrastée de l'hospitalisation complète et de l'hospitalisation partielle selon les DROM

En 2024, l'activité de MCO en hospitalisations complète et partielle progresse en France métropolitaine et plus encore à La Réunion, tandis qu'elle est stable ou en recul en Guadeloupe, en Martinique et en Guyane (*tableau complémentaire A*).

En psychiatrie, le nombre de séjours d'hospitalisation complète augmente en Martinique (+7,6 %) et plus modestement à La Réunion (+1,8 %). Il diminue de 1,8 % en France métropolitaine et de 5,3 % en Guadeloupe. Dans le même temps, l'hospitalisation partielle, en progression en Guadeloupe (+22,7 %) et à La Réunion (+18 %), est stable en France métropolitaine (+0,8 %), mais recule en Martinique et en Guyane (respectivement -4,6 % et -6,8 %).

En SMR, l'hospitalisation complète progresse fortement en Guyane (+9,7 %) et à La Réunion (+25,1 %), mais baisse dans les autres DROM. L'hospitalisation partielle, comme en 2023, progresse nettement en France métropolitaine (+8,3 %) et dans quatre des cinq DROM, notamment en Martinique (+34,8 %).

À Mayotte, l'activité recule dans toutes les disciplines, 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 : -25,6 % en hospitalisation complète en MCO (-44,6 % en hospitalisation partielle), -19,8 % en psychiatrie, -7,0 % en SMR. ■

Encadré Sources et méthodes

Champ

France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA). Les données sur la Guadeloupe incluent les deux établissements de Saint-Martin et Saint-Barthélemy. Les capacités d'accueil et l'activité concernent les hospitalisations complète, partielle ou à domicile des établissements de santé ayant fonctionné en 2024. ●●●

3. Le taux d'occupation en HAD est le rapport du nombre de journées d'HAD sur les capacités d'HAD multiplié par 365.



Sources

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la Drees décrit l'activité des établissements de santé (séjours et journées d'hospitalisation complète, journées d'hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel). 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, et de l'activité de moyen séjour (SMR) depuis 2003, pour chaque séjour réalisé.

Définitions

> **Établissements de santé** : voir fiche 01, « Les grandes catégories d'établissements de santé ». Sont exclus les établissements de santé qui dispensent des soins dans le cadre d'une autorisation, mais sans capacités d'accueil en hospitalisations complète ou partielle. Il s'agit essentiellement des centres de dialyse et de radiothérapie, mais aussi des établissements réalisant uniquement de l'hospitalisation à domicile (HAD).

> **Lits, places, hospitalisation complète, hospitalisation partielle** : voir fiche 02, « Les capacités d'accueil en hospitalisations complète et partielle ».

> **Durée moyenne de séjour** : il s'agit du rapport entre le nombre de journées et le nombre de séjours observé pour l'hospitalisation de plus d'un jour (appelée ici hospitalisation complète).

> **Statuts juridiques des établissements** : les établissements, leurs modes de financement et les grandes disciplines d'équipement sont présentés dans l'annexe 2, « Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé ».

Pour en savoir plus

> **ARS Mayotte** (2026, mars). *Le Panorama santé de l'ARS Mayotte*.

> **Gardel, C., et al.** (2021, mars). *Renforcement de l'offre de soins en Guyane*. Rapport, Igas, IGA et IGéSR.

> **Leduc, A., et al.** (2021, avril). Premiers résultats de l'enquête santé européenne (EHIS) 2019 - Métropole, Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion, Mayotte. Drees, *Les Dossiers de la Drees*, 78.

> **Sénat** (2022, juillet). *Mayotte : un système de soins en hypertension*. Rapport d'information, 833.

**Médecine, chirurgie,
obstétrique et odontologie**

Fin 2024, 186 300 lits sont en mesure d'accueillir des patients en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO). Leur nombre diminue de 0,7 % sur un an, à un rythme moins soutenu qu'en 2023 (-1,4 %). Depuis 2013, la diminution atteint 33 400 lits, soit -1,5 % par an en moyenne au cours de la période. Dans le même temps, sous l'impulsion du virage ambulatoire, les capacités d'hospitalisation partielle progressent de 12 400 places (+3,4 % par an en moyenne), pour atteindre 40 500 places fin 2024. Le nombre de séjours d'hospitalisation complète augmente légèrement en 2024, mais reste nettement en-deçà de son niveau d'avant la crise sanitaire (-7,6 % entre 2019 et 2024, soit -765 500 séjours). À l'inverse, l'activité en hospitalisation partielle a fortement augmenté entre 2019 et 2024 (+28,9 %, soit +2,4 millions de séjours). Les durées moyennes de séjour restent stables en 2024.

Le recul du nombre de lits se poursuit, à un rythme plus modéré qu'en 2023

Entre 2013 et 2024, le nombre de lits dédiés aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), dites « de court séjour », a diminué de 33 400 (soit -1,5 % par an en moyenne), pour atteindre 186 300 lits au 31 décembre 2024 (*graphique 1*). Ce repli reflète la réorganisation de l'offre de soins hospitaliers dans un contexte de « virage ambulatoire ». Il peut résulter aussi d'autres facteurs ne permettant pas de maintenir les lits, tels que des contraintes de personnel (Cour des comptes, 2024). Le nombre de lits diminue de 0,7 % en 2024, un rythme moins marqué qu'en 2023 (1,4 %) et inférieur à la baisse annuelle moyenne enregistrée entre 2019 et 2024, ou entre 2013 et 2019 (-1,5 % par an en moyenne). La diminution des capacités en hospitalisation complète entre 2013 et 2024 s'est effectuée à des rythmes différents selon les secteurs : -1,1 % en moyenne annuelle pour les hôpitaux publics, -0,9 % pour les établissements privés à but non lucratif, et -3,0 % pour les cliniques privées (*tableau complémentaire A*). Toutefois, la répartition globale des lits entre les différents secteurs reste relativement stable au cours de la période : fin 2024, les établissements publics

concentrent 71 % du total des lits en MCO, contre 68 % fin 2013.

La création de places d'hospitalisation partielle en MCO est plus dynamique depuis la crise sanitaire

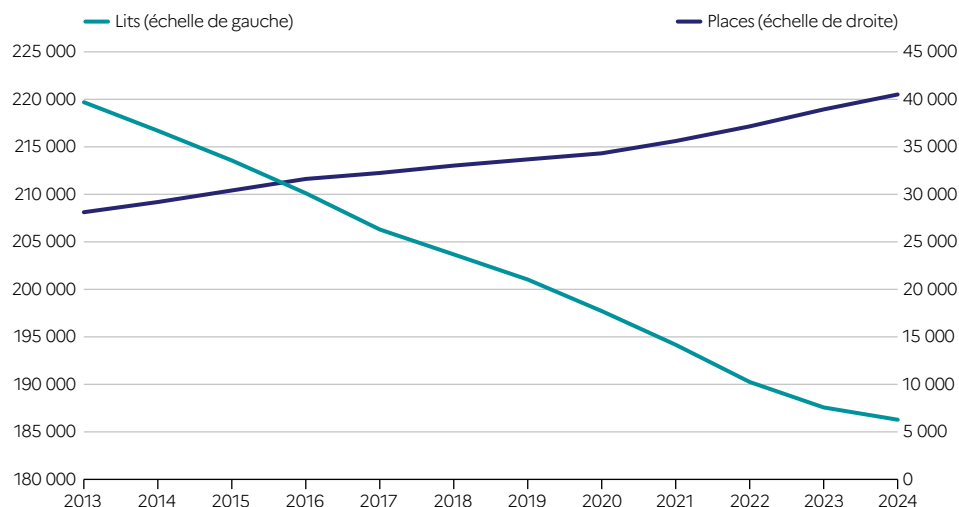
Alors que le nombre de lits se replie, le développement de l'hospitalisation partielle reste particulièrement important en MCO. Au 31 décembre 2024, 40 500 places sont destinées à ce mode de prise en charge, soit 12 400 de plus qu'en 2013 (+3,4 % par an en moyenne). Elles ont progressé de 3,1 % par an en moyenne de 2013 à 2019. La crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 n'a freiné cette dynamique que très temporairement, avec une hausse du nombre de places plus limitée en 2020 (+1,9 %). Dès 2021, la progression du nombre de places a repris à un rythme plus rapide encore qu'avant la crise sanitaire ; elle reste forte en 2024 (+4,0 %, soit une progression annuelle moyenne de 3,8 % depuis 2019). En 2024, un tiers des places d'hospitalisation partielle sont des places de chirurgie ambulatoire situées dans les établissements privés à but lucratif et quasiment un autre tiers d'entre elles (32 %) sont des places de médecine situées dans les hôpitaux publics (*tableau 1*).

En 2024, le nombre de séjours d'hospitalisation complète augmente légèrement

Le nombre de séjours d'hospitalisation complète (comprenant au moins une nuitée) s'établit à 9,3 millions en 2024, augmentant ainsi de 1,5 % par rapport à 2023 (graphique 2). Cependant, l'activité d'hospitalisation complète reste nettement en-deçà de son niveau d'avant la crise sanitaire (-7,6 % entre 2019 et 2024, soit -765 500 séjours). Cette activité a connu une évolution contrastée au cours de la dernière

décennie : une tendance à la baisse modérée de 2013 à 2019 (-0,4 % par an en moyenne), suivie d'un net recul en 2020 (-12,0 %), conséquence des déprogrammations massives d'interventions liées à l'épidémie de Covid-19, puis d'un léger rebond en 2021 (+3,7 %). En 2024, la hausse de l'activité à temps complet concerne le secteur public et le secteur privé à but non lucratif (respectivement +2,2 % et +2,8 %), le nombre de séjours baisse au contraire de 1,4 % dans le secteur privé à but lucratif (tableau 2). Ce recul s'explique en particulier par

Graphique 1 Évolution du nombre de lits et de places installés en MCO depuis 2013



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

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

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

Tableau 1 Nombre de lits et de places installés en MCO selon le statut de l'établissement au 31 décembre 2024

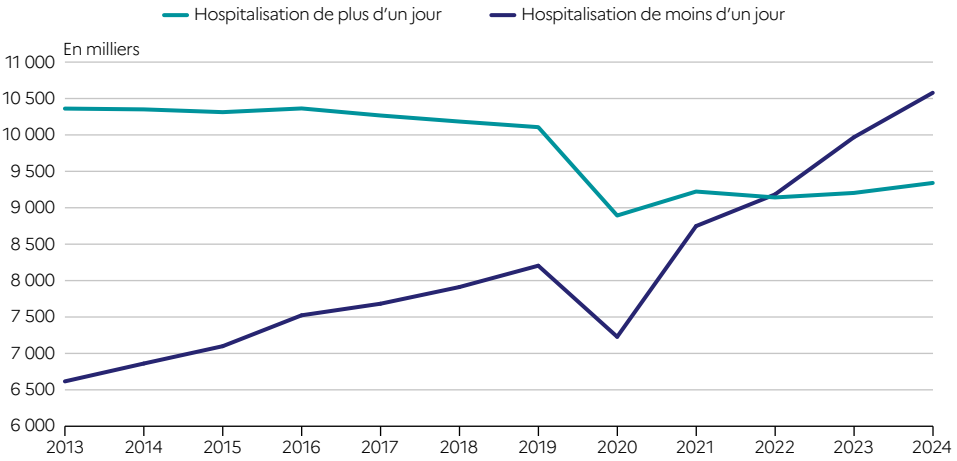
	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	Lits	Places	Lits	Places	Lits	Places	Lits	Places
Médecine	93 904	13 101	10 761	1 932	13 996	2 514	118 661	17 547
Chirurgie	26 452	6 408	4 757	2 038	20 842	13 203	52 051	21 649
Gynécologie-obstétrique	11 547	1 079	1 062	106	2 952	125	15 561	1 310
Total	131 903	20 588	16 580	4 076	37 790	15 842	186 273	40 506

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

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

Source > Drees, SAE 2024, traitements Drees.

Graphique 2 Nombre de séjours en MCO depuis 2013



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

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

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

Tableau 2 Nombre de séjours en MCO par discipline d'équipement selon le statut de l'établissement en 2024

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2024 (en milliers)	Évolution 2023-2024 (en %)	2024 (en milliers)	Évolution 2023-2024 (en %)	2024 (en milliers)	Évolution 2023-2024 (en %)	2024 (en milliers)	Évolution 2023-2024 (en %)
Hospitalisation de plus d'un jour								
Séjours classés en médecine, dont :	4 710	2,8	534	4,2	889	0,7	6 133	2,6
séjours avec techniques peu invasives	407	2,7	83	2,9	284	2,3	774	2,6
Séjours classés en chirurgie	1 221	1,8	225	0,1	956	-2,5	2 402	-0,1
Séjours classés en obstétrique	615	-1,5	62	0,7	129	-7,0	805	-2,3
Total	6 545	2,2	821	2,8	1 974	-1,4	9 340	1,5
Nouveau-nés restés auprès de leur mère (classés en médecine)	412	-1,9	48	0,1	96	-8,2	556	-2,9
Hospitalisation de moins d'un jour								
Séjours classés en médecine, dont :	3 186	10,3	723	11,5	2 470	4,3	6 380	8,0
séjours avec techniques peu invasives	843	5,2	350	4,2	1 883	0,7	3 076	2,3
Séjours classés en chirurgie	1 004	5,6	383	1,5	2 527	2,8	3 915	3,3
Séjours classés en obstétrique	242	3,4	13	8,3	28	3,4	283	3,6
Total	4 433	8,8	1 119	7,8	5 026	3,5	10 578	6,1

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

Notes > Le regroupement des séjours par discipline d'équipement (MCO) se fait dorénavant à partir des CAS (catégories d'activités de soins, établies sur le 3^e caractère du groupe homogène de malades [GHM]) depuis les données 2012. Concernant les séjours de chirurgie, ils sont repérés avec un acte classant opératoire. La médecine regroupe, en plus des séjours sans acte classant, les techniques peu invasives. Les nouveau-nés restés auprès de leur mère ne sont pas intégrés aux totaux des séjours.

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

Sources > ATIH, PMSI-MCO 2023-2024, traitements Drees.

une diminution du nombre de séjours d'hospitalisation complète en chirurgie dans ce secteur (-2,5 %), alors qu'il augmente dans le secteur public (+1,8 %) et reste stable dans le secteur privé à but non lucratif. De plus, les séjours classés en médecine, y compris les séjours avec techniques peu invasives, augmentent nettement dans le secteur public (+2,8 %) et le secteur privé à but non lucratif (+4,2 %), et dans une moindre mesure dans le secteur privé à but lucratif (+0,7 %).

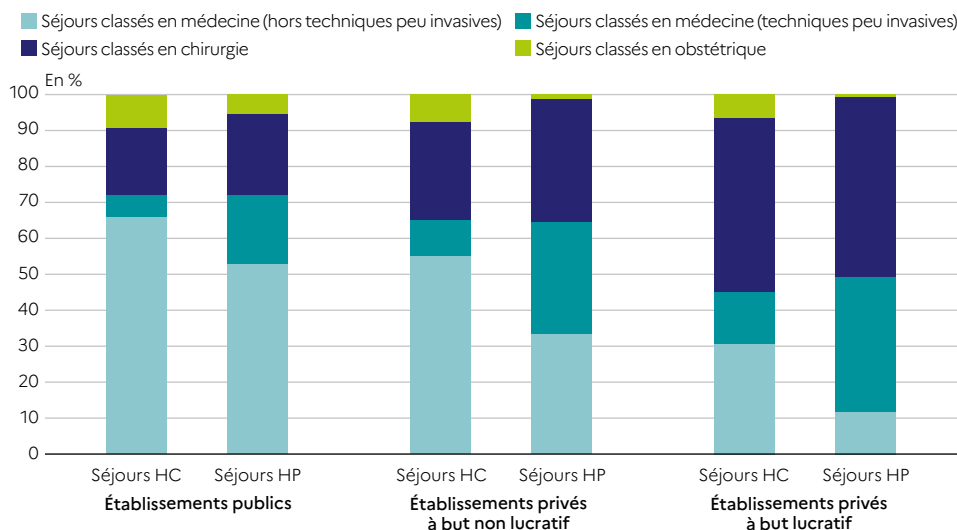
Les séjours d'hospitalisation complète se concentrent dans le secteur public, qui prend en charge 70 % des hospitalisations de plus d'un jour en 2024 (contre 66 % en 2013). En particulier, ce secteur représente 77 % des séjours d'hospitalisation complète en médecine ; réciproquement, la médecine représente 72 % de l'ensemble des séjours d'hospitalisation complète dans le secteur public (*graphique 3*). En revanche, les hospitalisations complètes en chirurgie sont davantage réparties entre secteurs : près de la moitié de ces séjours ont lieu dans le secteur privé (40 % dans les cliniques privées, et 9 % dans les établissements privés à but non lucratif).

Les séjours en obstétrique et les séjours des nouveau-nés restés auprès de leur mère (classés en médecine) diminuent en 2024 (respectivement -2,3 % et -2,9 %). Pour ces derniers, il s'agit presque exclusivement de séjours d'hospitalisation complète, même si un retour à domicile quelques heures après l'accouchement (séjour de 0 jour) est envisageable, bien que marginal (moins de 0,2 % des séjours des nouveau-nés restés auprès de leur mère). Ces baisses s'expliquent par une diminution particulièrement marquée du nombre de naissances, qui atteint en 2024 son niveau le plus bas depuis 1946 (Thélot, 2025).

La progression du nombre de séjours d'hospitalisation partielle en MCO s'accélère en 2024

Parallèlement aux capacités d'accueil en hospitalisation partielle (sans nuitée), le nombre de séjours en ambulatoire est très dynamique au cours de la dernière décennie. Durant cette période, la progression de l'hospitalisation partielle en chirurgie concerne davantage les cliniques privées.

Graphique 3 Répartition des séjours en MCO selon le statut de l'établissement en 2024



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; HC : hospitalisation complète ; HP : hospitalisation partielle.
Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Sources > ATIH, PMSI-MCO 2024, traitements Drees.

En 2024, l'hospitalisation partielle en court séjour augmente fortement (+6,1 %, après +8,6 % en 2023) et son volume d'activité s'établit à 10,6 millions de séjours (*tableau complémentaire B*). Elle atteint ainsi un rythme de progression plus rapide que celui précédant la crise sanitaire (+3,7 % en moyenne par an entre 2013 et 2019) et dépasse nettement son niveau antérieur à la crise (+28,9 % entre 2019 et 2024, soit +2,4 millions de séjours). Cette progression est particulièrement forte pour les séjours classés en médecine (+8,0 % en 2024 et +35,1 % depuis 2019) et dans une moindre mesure pour ceux classés en chirurgie (+3,3 % en 2024 et +21,6 % depuis 2019). Elle augmente aussi pour les séjours classés en obstétrique (+3,6 % en 2024 et +7,8 % depuis 2019).

Les hospitalisations en ambulatoire sont principalement réalisées dans le secteur privé (58 %, contre 30 % des hospitalisations avec nuitée). Si la répartition reste globalement stable depuis 2019, l'année 2024 marque toutefois une légère progression de la part du secteur public (+1 point en ambulatoire). Ces parts étaient respectivement de 58 % et 34 % en 2013, et de 59 % et 31 % en 2019.

La durée moyenne de séjour se stabilise

En 2024, la durée moyenne de séjour (DMS) en hospitalisation complète est de 5,5 jours, comme en 2023, où elle avait retrouvé son niveau de 2019 (*tableau 3*). Elle avait légèrement augmenté durant la crise sanitaire, du fait notamment des séjours avec diagnostic de Covid-19, dont les DMS étaient plus longues que celles observées habituellement en médecine. L'activité dédiée à ces patients est marginale en 2024 et ne représente plus que 1,3 % des séjours à temps complet (après 2,2 % en 2023, 5,1 % en 2022 et 3,9 % en 2021). C'est dans les hôpitaux publics que la DMS est la plus longue en 2024 (6,0 jours) et dans les cliniques privées qu'elle est la plus courte (3,9 jours). Les établissements privés à but non lucratif occupent, eux, une position intermédiaire avec 5,3 jours. La diversité de la patientèle et des prises en charge pourrait expliquer en partie ces différences. Les écarts sont notables en chirurgie (DMS de 6,4 jours dans les hôpitaux publics, contre 3,5 jours dans les cliniques privées). En obstétrique, en revanche, les différences sont moins marquées : 4,4 jours dans le secteur public, contre 4,1 jours dans le secteur privé. ■

Tableau 3 Durée moyenne de séjour en hospitalisation complète en MCO selon le statut de l'établissement en 2023 et 2024

En jours

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2023	2024	2023	2024	2023	2024	2023	2024
Séjours classés en médecine (techniques peu invasives)	3,6	3,5	2,5	2,4	2,1	2,0	2,9	2,9
Séjours classés en médecine (hors techniques peu invasives)	6,4	6,3	6,3	6,3	5,3	5,2	6,3	6,2
Séjours classés en chirurgie	6,5	6,4	4,7	4,7	3,6	3,5	5,1	5,1
Séjours classés en obstétrique	4,3	4,4	4,1	4,1	4,1	4,1	4,3	4,3
Ensemble MCO	6,1	6,0	5,3	5,3	3,9	3,9	5,5	5,5

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

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

Sources > ATIH, PMSI-MCO 2023-2024, traitements Drees.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Activités d'hospitalisation de court séjour, complète ou partielle, des établissements de santé ayant fonctionné en 2024 en France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA), hors séances. Les séjours des nouveau-nés restés auprès de leur mère ne sont pas comptabilisés dans les totaux, mais ils sont présentés à part (*tableau 2*). Les séjours des enfants mort-nés sont inclus dans l'ensemble des séjours.

Sources

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. Pour l'année 2019, cette fiche exploite la base PMSI-MCO 2019 révisée mise à disposition par l'ATIH (et non la base initiale scellée), avec les modifications et intégrations que les établissements de santé peuvent réaliser tout au long de l'année suivante (lamdas). La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la Drees décrit les capacités en lits d'hospitalisation complète et places d'hospitalisation partielle.

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 »).

> **Classement des séjours en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO)** : il se fonde, dans cette fiche et les fichiers supplémentaires en ligne A1 et A3 à A5 sur le calcul de l'activité de soins effectué par l'ATIH à partir du groupe homogène de malades (GHM) du séjour. Si le séjour a pour catégorie majeure de diagnostic « obstétrique », il est classé en obstétrique ; l'affectation se fait en séjour chirurgical si au moins un acte opératoire significatif (« classant ») est réalisé entre les dates d'entrée et de sortie de l'entité, quelle que soit la discipline à laquelle le lit où séjourne le patient est rattaché. Enfin, s'il n'entre pas dans les deux précédentes catégories, le séjour est qualifié de médical.

> **Hospitalisation complète et hospitalisation partielle, hospitalisation de plus ou de moins d'un jour** : dans cette fiche, un séjour d'une durée inférieure à un jour (c'est-à-dire sans nuitée) en MCO est classé en hospitalisation de moins d'un jour, encore appelée hospitalisation partielle, quels que soient le diagnostic principal et la vocation de l'unité de prise en charge. Un séjour d'une durée supérieure à un jour (c'est-à-dire comprenant au moins une nuitée) est classé en hospitalisation de plus d'un jour, également dénommée hospitalisation complète (voir annexe 3, « Les grandes sources de données sur les établissements de santé »).

> **Durée moyenne de séjour** : il s'agit du rapport entre le nombre de journées et le nombre de séjours observés pour l'hospitalisation de plus d'un jour.

Pour en savoir plus

- > **Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)** (2025, décembre). *Analyse de l'activité hospitalière 2024 - MCO*. Note et rapport d'analyse.
- > **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.
- > **Cour des comptes** (2024, mai). *La réduction du nombre de lits à l'hôpital, entre stratégie et contrainte. Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale*, chapitre VIII.
- > **Kreutzberg, A., et al.** (2024, février). *International Strategies, Experiences, and Payment Models to Incentivise Day Surgery*. *Health Policy*, 140.
- > **Or, Z., Cartailier, J., Le Bail, M.** (2024, février). *Atlas des variations de pratiques médicales. Recours à onze interventions chirurgicales. Édition 2023*. Paris, France : Irdes, série Atlas, 9.
- > **Thélot, H.** (2025, juillet). Les naissances en 2024. Des naissances toujours en nette baisse. *Insee, Insee Focus*, 357.

 [Fichiers supplémentaires en ligne sur le site internet de la Drees, rubrique Publications > collection Panoramas de la Drees :](#)

- A1 • Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : patientèle en 2024
- A2 • Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : principaux motifs de recours en 2024
- A3 • Activité médicale en 2024
- A4 • Activité chirurgicale en 2024
- A5 • Activité obstétricale en 2024

Les « autres » disciplines hospitalières

L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé est majoritairement publique et s'organise autour de trois types de prises en charge : le temps complet, reposant essentiellement sur 50 200 lits d'hospitalisation à temps plein ; le temps partiel, s'appuyant principalement sur 29 000 places en hôpital de jour ; et l'ambulatoire, réalisé majoritairement dans l'un des 2 920 centres médico-psychologiques. En 2024, l'activité recule pour les prises en charge des adultes à temps complet, et la hausse du volume d'activité à temps partiel ne permet pas de retrouver le niveau d'avant la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19. Le nombre d'actes ambulatoires, en augmentation dans tous les lieux de prise en charge, dépasse son niveau de 2019.

La psychiatrie se distingue des autres disciplines médicales par une faible place des actes techniques dans les soins, des prises en charge récurrentes et diversifiées, et de nombreuses structures extrahospitalières. Dans les établissements de santé, l'offre de soins s'organise autour de trois types de prises en charge. La prise en charge à temps complet (plus de vingt-quatre heures) repose principalement sur l'hospitalisation à temps plein : cette dernière représente 90 % des capacités d'hospitalisation à temps complet (soit 50 200 lits de temps plein sur 56 100 lits ou places à temps complet fin 2024) [tableau 1]. Les autres modalités – accueil familial thérapeutique (AFT), centre de post-cure, appartement thérapeutique, ou centre de crise (comprenant les urgences psychiatriques) – représentent chacune une part limitée des capacités d'hospitalisation à temps complet. La prise en charge à temps partiel (de trois à vingt-quatre heures) s'appuie essentiellement sur l'hospitalisation de jour, qui regroupe 29 000 places, mais comprend aussi 700 places d'hospitalisation de nuit, et 250 structures d'atelier thérapeutique. Enfin, la prise en charge ambulatoire

(moins de trois heures) mobilise principalement les centres médico-psychologiques (CMP) [60 % des actes ambulatoires], les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) [12 %] et les unités de consultation des services (11 %).

Une offre de soins majoritairement publique avec un secteur privé plus spécialisé

D'après la statistique annuelle des établissements de santé (SAE), en 2024, 4 927 établissements géographiques¹ ont une activité de psychiatrie, dispensée dans 7 370 lieux de prise en charge². Quatre établissements sur cinq (80 %) dépendent du secteur public, le reste se répartit entre des établissements privés à but non lucratif (16 %) et des cliniques privées (4 %). Le secteur public dispose de 63 % des capacités d'hospitalisation à temps complet ou partiel (lits et places) en psychiatrie (hors psychiatrie pénitentiaire) et de 89 % de l'offre ambulatoire correspondante³. Depuis 2013, la part des cliniques privées dans les capacités de prise en charge à temps partiel a plus que doublé (passant de 4 % en 2013 à 11 % en 2024), et elle a augmenté de plus d'un tiers

1. Le mode d'interrogation de la SAE pour la psychiatrie est groupé : 631 établissements répondent pour eux-mêmes et d'autres établissements de leur entité juridique (voir encadré Sources et méthodes). Par souci de comparaison avec les autres disciplines, aux structures moins hétérogènes que la psychiatrie, c'est ce chiffre qui est généralement repris dans le décompte global des établissements de santé.

2. Certaines entités géographiques peuvent proposer simultanément plusieurs formes de prises en charge (hospitalisation à temps plein, atelier thérapeutique, unité de consultation, etc.).

3. Sauf mention contraire, les résultats de cette fiche portent sur les soins de psychiatrie de l'adulte, et de l'enfant et de l'adolescent (anciennement psychiatrie générale et infanto-juvénile). La psychiatrie pénitentiaire est traitée dans une sous-partie dédiée.

Tableau 1 Capacités d'accueil et activité en psychiatrie en 2024

	Psychiatrie de l'adulte				Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent				Ensemble de la psychiatrie
	Établissements publics	Établissements privés		Total	Établissements publics	Établissements privés		Total	
		à but non lucratif	à but lucratif			à but non lucratif	à but lucratif		
Prises en charge à temps complet									
Hospitalisation à temps plein									
Nombre de lits	27 156	5 896	14 689	47 741	1 574	528	373	2 475	50 216
Nombre de journées	8 549 763	1 697 719	4 876 290	15 123 772	358 461	110 187	104 853	573 501	15 697 273
Accueil familial thérapeutique									
Nombre de places	1 841	151	0	1 992	499	36	15	550	2 542
Nombre de journées	404 261	29 165	0	433 426	61 321	1 640	2 761	65 722	499 148
Accueil en centre de postcure									
Nombre de lits	567	494	469	1 530	0	0	0	0	1 530
Nombre de journées	132 813	134 542	129 326	396 681	0	0	0	0	396 681
Accueil en appartement thérapeutique									
Nombre de places	807	184	0	991	0	0	0	0	991
Nombre de journées	174 362	37 874	0	212 236	0	0	0	0	212 236
Accueil en centre de crise¹									
Nombre de places	434	43	230	707	63	30	8	101	808
Nombre de journées	109 892	10 546	88 972	209 410	16 158	6 738	584	23 480	232 890
Prises en charge à temps partiel									
Hôpital de jour									
Nombre de places	13 277	3 453	2 765	19 495	7 367	1 833	323	9 523	29 018
Nombre de journées	1 657 810	501 411	749 661	2 908 882	701 512	249 539	49 955	1 001 006	3 909 888
Hôpital de nuit									
Nombre de places	376	67	162	605	84	19	11	114	719
Nombre de nuitées	26 377	1 747	29 826	57 950	4 642	1 127	381	6 150	64 100
Atelier thérapeutique									
Nombre de structures	136	16	32	184	49	20	1	70	254
Nombre de journées	91 321	29 534	5 553	126 408	21 618	2 223	2 584	26 425	152 833
Prises en charge ambulatoires²									
Centre médico-psychologique (CMP)									
Nombre de CMP	1 434	188	1	1 623	1 137	162	0	1 299	2 922
Nombre d'actes	6 944 231	910 164	0	7 854 395	3 364 528	453 604	0	3 818 132	11 672 527
Unité de consultation des services									
Nombre d'unités	1 744	147	8	1 899	663	61	5	729	2 628
Nombre d'actes	1 484 136	119 572	0	1 603 708	551 477	39 782	0	591 259	2 194 967
Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel									
Nombre de structures	958	145	0	1 103	660	64	0	724	1 827
Nombre d'actes	1 534 712	249 089	0	1 783 801	540 370	65 971	0	606 341	2 390 142
Autres formes de prises en charge ambulatoire³									
Nombre d'actes	2 419 887	323 133	0	2 743 020	445 680	54 028	0	499 708	3 242 728

1. Y compris les structures d'accueil des urgences en hôpital psychiatrique.

2. Les nombres d'actes réalisés en ambulatoire sont calculés à partir du RIM-P, en rupture avec les éditions antérieures à 2024 de ce *Panorama*, qui mobilisaient pour cela la SAE (voir encadré Sources et méthodes), tandis que le décompte des structures de prise en charge en ambulatoire est renseigné à partir de la SAE.

3. Sont comptabilisés les actes réalisés à domicile ou en institution substitutive au domicile, en unité d'hospitalisation somatique (y compris en unité d'accueil d'urgences), en établissement social ou médico-social, en milieu scolaire ou en centre de protection maternelle et infantile (PMI).

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

Sources > Drees, SAE 2024, traitements Drees ; ATIH, RIM-P 2024, traitements Drees.

dans les capacités de prise en charge à temps complet (passant de 21 % en 2013 à 28 % en 2024) [tableau complémentaire A]. Par ailleurs, 64 % des établissements dispensant des soins psychiatriques sont monodisciplinaires, c'est-à-dire autorisés uniquement dans cette discipline⁴. C'est le cas de la quasi-totalité des établissements privés, à but lucratif ou non, ayant une activité de psychiatrie (respectivement 93 % et 97 %), et de 56 % des établissements publics.

Une activité ambulatoire qui augmente dans toutes les structures de prise en charge

En 2024, 20,4 millions d'actes de psychiatrie ont été réalisés en soins ambulatoires⁵ (tableau complémentaire B), dont 80 % par les 2 920 CMP (57 %), les 1 830 CATTP (12 %) et les 2 630 unités de consultation des services de psychiatrie (11 %), considérés comme les pivots du dispositif ambulatoire. Les équipes de psychiatrie interviennent également dans d'autres lieux de prise en charge⁶ : ainsi, 7 % des actes ambulatoires sont réalisés à domicile ou en institution substitutive au domicile, 4 % en établissement pénitentiaire, 4 % dans un service des urgences⁷, 2 % en unité d'hospitalisation somatique, 1,5 % en établissement social ou médico-social (avec ou sans hébergement) et 0,2 % en milieu scolaire ou en centre de protection maternelle et infantile (PMI).

L'activité ambulatoire est en hausse par rapport à 2023 (+3,6 %), dans toutes les structures de prise en charge : +2,1 % dans les CMP, +0,9 % dans les CATTP, +5,9 % dans les unités

de consultation des services et +8,7 % dans les « autres lieux de prise en charge ». En 2024, le nombre d'actes ambulatoires est plus élevé qu'en 2019 (+5,7 %), mais ces actes se répartissent différemment : le nombre d'actes en CATTP a diminué de 10,3 % entre 2019 et 2024⁸, alors qu'il a augmenté de 16,2 % dans les unités de consultation et de 29,4 % dans les « autres lieux de prise en charge ». Cette hausse est principalement portée par l'augmentation des prises en charge dans les structures d'urgence (+35,7 %) et à domicile (+32,1 %)⁹.

Le nombre de places d'hospitalisation à temps partiel stagne après plusieurs années de hausse

En 2024, la prise en charge à temps partiel repose sur 29 000 places en hôpital de jour et 700 places d'hospitalisation de nuit, auxquelles il convient d'ajouter l'activité de 250 ateliers thérapeutiques (tableau 1). En psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, les 9 600 places d'hospitalisation à temps partiel (hôpital de jour ou de nuit) représentent 76 % des capacités de prise en charge à temps complet ou partiel (12 800 lits et places). Les enfants et les adolescents sont principalement pris en charge en hospitalisation de jour, afin d'éviter de les couper de leur environnement familial et social. Concernant les adultes, les 20 100 places d'hospitalisation à temps partiel ne représentent que 28 % des capacités de prise en charge à temps complet ou partiel (73 100 lits et places).

Depuis 2013, le nombre de places pour l'hospitalisation à temps partiel a légèrement augmenté

4. Ces proportions sont calculées sur l'ensemble des établissements géographiques interrogés directement ou indirectement dans la SAE.

5. Seuls les actes médicaux réalisés en présence du patient sont comptabilisés ici. Tous les actes, y compris ceux relevant de la psychiatrie pénitentiaire, sont pris en compte, contrairement au tableau 1, où les actes ambulatoires ayant lieu en établissement pénitentiaire sont exclus.

6. Cette répartition par lieu correspond au lieu de présence du patient pendant l'acte, et pas forcément à la structure qui le prend en charge (tableau 1). Par exemple, 88 % des actes médicaux réalisés par les CMP ont lieu dans le CMP, et 12 % en dehors, notamment au domicile des patients.

7. Cela comprend la psychiatrie de liaison dans les services d'accueil des urgences et les unités d'accueil des urgences psychiatriques de l'établissement.

8. Les prises en charge en CATTP sont davantage organisées autour d'activités de groupe, ce qui explique que les obligations de distanciation sociale liées à la crise sanitaire aient eu un impact plus important sur les CATTP que sur les CMP.

9. L'augmentation des actes ambulatoires à domicile s'explique en partie par le fait que, depuis 2024, la prise en charge des patients à domicile ne prend en compte que le nombre d'actes ambulatoires, alors que des journées à temps complet pouvaient être comptabilisées auparavant. Entre 2023 et 2024, le nombre d'actes ambulatoires réalisés au domicile du patient a augmenté de 9,6 %.

(+1 000 places, soit +3,5 %) [graphique 1], en raison de l'ouverture de places en hospitalisation de jour (+1 700 places, soit +6,0 %), et malgré la forte diminution des places en hospitalisation de nuit (-700 places, soit -47,6 %) [tableau complémentaire C]. Dans les hôpitaux publics, le nombre de places a légèrement diminué (-1 200 places, soit -5,3 %), alors qu'il a presque triplé dans les cliniques privées à but lucratif (3 300 places en 2024, contre 1 200 en 2013) [tableau complémentaire A].

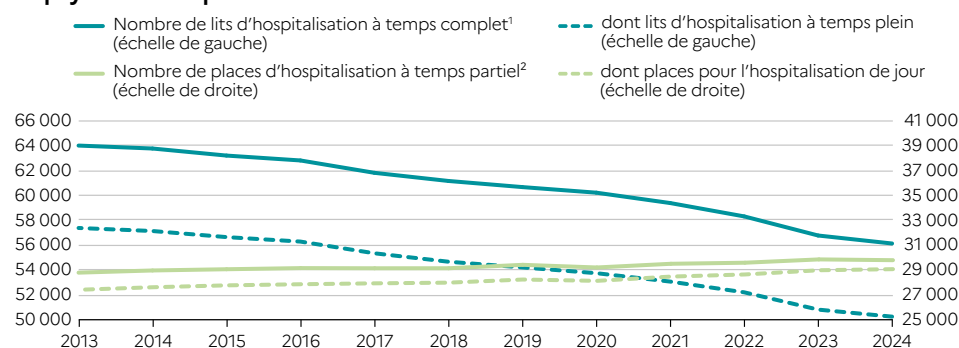
Toutefois, en 2024, les places à temps partiel diminuent légèrement (-0,2 %) par rapport à 2023 : l'ouverture de 250 places dans les secteurs privés à but lucratif (+5,1 %) et non lucratif (+1,8 %) ne compense pas pleinement la fermeture de 320 places dans le secteur public (-1,5 %).

Une progression de l'activité à temps partiel, qui reste nettement inférieure à son niveau d'avant crise

L'activité à temps partiel (journées ou nuitées en hospitalisation de jour ou de nuit et participation à des ateliers thérapeutiques) est en hausse en 2024 (+1,1 % par rapport à 2023), portée par l'hospitalisation de jour ou de nuit,

qui représente 4,0 millions de journées en hôpital de jour ou de nuit sur 4,1 millions de prises en charge (graphique 2). Après avoir été stable de 2013 à 2016, puis avoir légèrement baissé jusqu'en 2019, le nombre d'hospitalisations à temps partiel¹⁰ a chuté au début de la crise sanitaire (-36,0 % en 2020), du fait des différents confinements, des jauges et du renoncement aux soins de certains patients par peur de contracter le Covid-19. Depuis, il a rebondi, mais reste nettement en-deçà de son niveau de 2019 (-15,5 %) [graphique 2]. La reprise d'activité, qui reste donc modérée, concerne essentiellement l'hospitalisation de jour, qui comptabilise, en 2024, 3,9 millions de journées de prise en charge, contre 4,7 millions en moyenne entre 2013 et 2019 (tableau complémentaire C). Les prises en charge en hôpital de nuit, elles, ont diminué de près de deux tiers depuis 2013 (-62,8 %, à 64 milliers de nuitées en 2024), alors que la moitié des places dédiées à ce type de prise en charge ont été supprimées (-47,6 %). Enfin, malgré l'augmentation des prises en charge en atelier thérapeutique en 2024 (+6,0 %, à 153 milliers de venues), cette forme d'activité a reculé de moitié (-53,2 %) depuis 2013.

Graphique 1 Évolution des capacités d'accueil à temps complet ou partiel en psychiatrie depuis 2013



1. Les capacités pour la prise en charge à temps complet sont principalement composées de lits à temps plein, mais aussi de lits ou de places alternatives au temps plein, à savoir en accueil familial thérapeutique, appartement thérapeutique, centre de postcure et centre de crise. Les places en hospitalisation à domicile sont exclues.

2. Les capacités à temps partiel sont composées principalement des places pour l'hospitalisation de jour et l'hospitalisation de nuit. Les ateliers thérapeutiques, comptabilisés en nombre de structures, ne sont pas inclus ici.

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

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

10. Il s'agit ici des hospitalisations de jour et de nuit. Les prises en charge en atelier thérapeutique sont traitées à part.

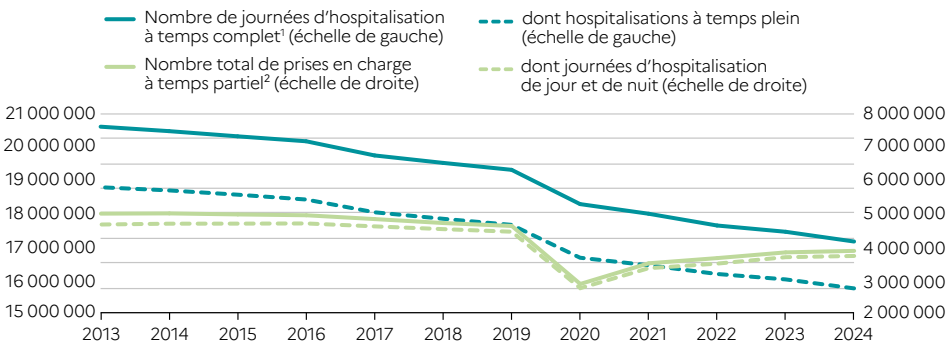
Des capacités de prise en charge à temps complet en baisse depuis 2013

En 2024, les capacités d'hospitalisation à temps complet poursuivent leur baisse (-1,1 %), à un rythme moins soutenu qu'en 2023 (-2,6 %). Depuis 2013, les capacités d'accueil et l'activité d'hospitalisation à temps complet en psychiatrie ont nettement diminué (-7 900 lits ou places, soit -12,3 %). C'est en particulier le cas pour l'hospitalisation à temps plein : au 31 décembre 2024, 50 200 lits sont installés pour ce mode de prise en charge, soit une baisse de 12,4 % par rapport à 2013 (graphique 1). La diminution annuelle du nombre de lits d'hospitalisation à temps plein, plutôt modérée entre 2013 et 2016 (-0,6 % en moyenne chaque année), s'est fortement accélérée durant la période 2017-2024 (-1,4 % en moyenne chaque année). Au total, 7 100 lits d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie ont été fermés entre 2013 et 2024, dont 600 en 2024 (soit -1,1 %, après -2,7 % en 2023). Dans le même temps, l'activité à temps plein en psychiatrie a également reculé (-1,6 % en 2024, après -1,0 % en 2023).

Ces évolutions ne sont pas uniformes : pour la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, on dénombre 240 lits d'hospitalisation à temps plein de plus en 2024 par rapport à 2013 (+10,9 %), alors que 7 400 lits ont été supprimés au cours de la même période en psychiatrie de l'adulte (-13,4 %) [tableau complémentaire DJ]. Si les capacités d'hospitalisation à temps plein des cliniques privées ont nettement augmenté entre 2013 et 2024 (+2 100 lits, soit +16,4 %), elles ont, en revanche, fortement reculé au cours de la même période dans les hôpitaux publics (-8 400 lits, soit -22,5 %) et dans les établissements privés à but non lucratif (-900 lits, soit -12,1 %) [tableau complémentaire A].

Bien que minoritaires par rapport à l'hospitalisation à temps plein, d'autres formes de prises en charge à temps complet existent. Ainsi, fin 2024, les établissements de santé comptent 5 900 lits ou places en AFT, centre de postcure, appartement thérapeutique, centre de crise et structure d'accueil d'urgence (soit -1,3 % par rapport à 2023) [tableau complémentaire DJ]¹¹. Dans ces structures, 1,3 million de journées de

Graphique 2 Évolution de l'activité de prise en charge à temps complet ou partiel en psychiatrie depuis 2013



1. L'activité pour la prise en charge à temps complet est principalement réalisée dans le cadre d'hospitalisations à temps plein, mais aussi à travers des formes alternatives au temps plein, à savoir en accueil familial thérapeutique, appartement thérapeutique, centre de postcure et centre de crise. L'activité d'hospitalisation à domicile, comptabilisée en tant qu'activité ambulatoire depuis 2024, est exclue de l'activité des années précédentes.
 2. L'activité à temps partiel est mesurée en nombre de journées pour l'hospitalisation de jour, en nombre de nuitées pour l'hospitalisation de nuit et en nombre de venues pour les ateliers thérapeutiques. L'activité réalisée dans le cadre des ateliers thérapeutiques ne relève des prises en charge à temps partiel que depuis 2013, elle était auparavant incluse dans l'activité des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel.

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

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

11. L'hospitalisation à domicile de psychiatrie est exclue du champ, car elle n'est plus mesurée comme une modalité de prise en charge à temps complet dans la SAE à partir de 2024 (voir encadré Sources et méthodes).

prise en charge ont été réalisées, un niveau en baisse par rapport à 2023 (-1,6 %). La progression des prises en charge en centre de crise (+6,8 %) et en centre de postcure (+1,3 %) n'a pas été en mesure de compenser le recul du nombre de journées en AFT (-6,9 %) ni celui en appartement thérapeutique (-2,2 %). Depuis 2013, les prises en charge alternatives au temps plein ont baissé de près d'un quart (-22,6 %), alors que le nombre de lits et de places dédiés à ces formes d'activité a diminué de 10,4 % en psychiatrie de l'adulte, et de 17,6 % en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Une accélération de la baisse d'activité de prise en charge à temps complet avec la crise sanitaire

En 2024, le volume d'activité pour la prise en charge à temps complet diminue (-1,6 %), il atteint 17,0 millions de journées (dont 15,7 millions de journées d'hospitalisation à temps plein), contre 20,3 millions en 2013 (*graphique 2*). La baisse régulière de l'activité à temps complet entre 2013 et 2019 (-1,0 % par an en moyenne), suivie d'un décrochage en 2020 lié à la crise sanitaire (-5,1 % par rapport à 2019), s'est accentuée après la crise (-1,5 % par an en moyenne entre 2020 et 2024). L'activité d'hospitalisation à temps complet en psychiatrie atteint ainsi un niveau inférieur de 16,2 % à celui de 2013. Toutefois, cette baisse ne concerne que la psychiatrie de l'adulte, puisque les hospitalisations à temps complet en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, bien moins fréquentes, ont augmenté de 6,4 % en onze ans (*tableau complémentaire D*).

Des taux d'équipement variables selon les départements

La densité nationale d'équipement pour la prise en charge à temps complet ou partiel,

hors ateliers thérapeutiques, est de 125 lits ou places pour 100 000 habitants en 2024 (127 en 2023). Elle présente cependant de fortes disparités départementales, variant de 3 lits ou places pour 100 000 habitants à Mayotte, 38 en Guyane ou 68 dans l'Aube, à 245 lits ou places pour 100 000 habitants dans la Creuse (*carte 1*). L'offre de soins ambulatoires est inégalement répartie, elle aussi. En moyenne, la densité nationale est de 11 structures pour 100 000 habitants, mais elle varie de 2 structures pour 100 000 habitants à Mayotte ou 4 dans le Territoire de Belfort ou en Indre-et-Loire, à 29 en Haute-Marne (*carte 2*).

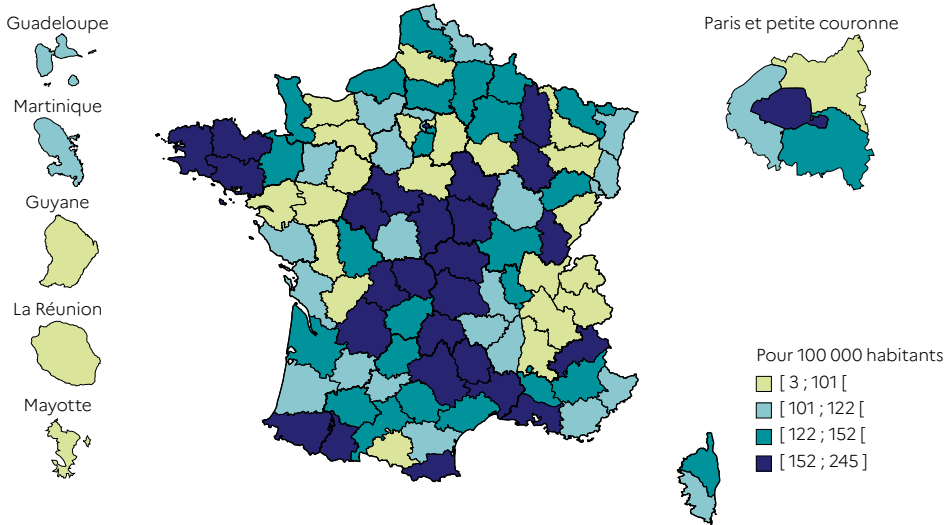
La psychiatrie pénitentiaire : deux types de lieux de prise en charge

Les soins psychiatriques pour les personnes placées sous main de justice sont principalement effectués dans des unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP). 166 USMP dispensent ainsi des soins ambulatoires. Parmi elles, 116 ont effectué des consultations ou des actes en psychiatrie en 2024. Les détenus peuvent aussi bénéficier d'une hospitalisation de jour dans l'un des 26 services médico-psychologiques régionaux (SMPR).

En cas de nécessité, la prise en charge à temps complet en psychiatrie se déroule au sein d'un établissement hospitalier, dans une unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA). Dans le cadre de l'article L. 3214-3 du Code de la santé publique¹², l'hospitalisation peut aussi avoir lieu dans une unité pour malades difficiles (UMD) ou encore dans un établissement de santé autorisé en psychiatrie, notamment dans l'attente d'un transfert vers une UHSA. Au total, les capacités d'accueil en hospitalisation à temps plein en psychiatrie sont de 405 lits fin 2024, dont 97 % se trouvent au sein des 9 UHSA (*tableau 2*). ■

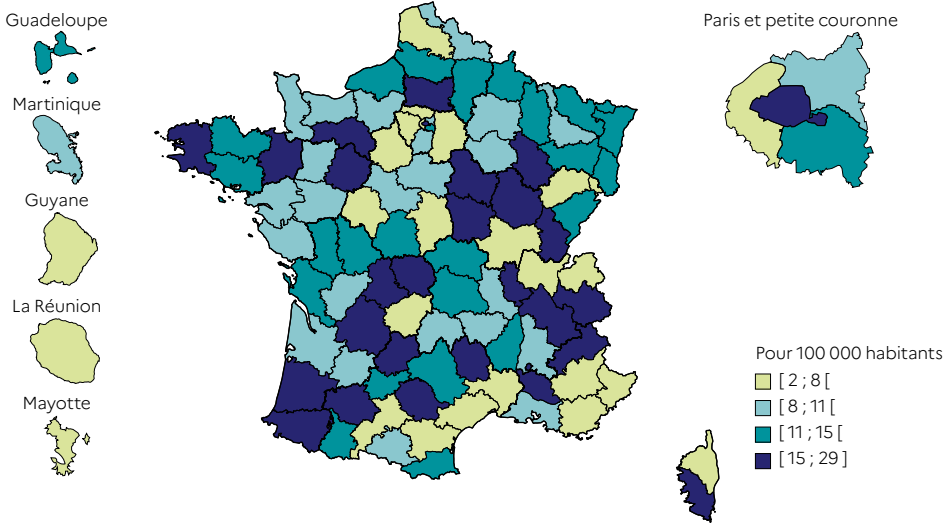
12. Lorsqu'une personne détenue requiert des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier, en raison de troubles mentaux rendant impossible son consentement et constituant un danger pour elle-même ou pour autrui, le représentant de l'État du département où se trouve l'établissement pénitentiaire d'affectation du détenu prononce son admission en soins psychiatriques. Cette admission effectuée par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, prend la forme d'une hospitalisation à temps complet dans un établissement de santé habilité. L'article L. 3214-3 du Code de la santé publique est disponible sur le site de Légifrance : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000024316672.

Carte 1 Densité de lits et de places pour les prises en charge à temps complet ou partiel en psychiatrie par département au 31 décembre 2024



Notes > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles. Les capacités comptabilisées ici sont : l'hospitalisation à temps plein, l'accueil familial thérapeutique, l'accueil en centre de postcure, l'accueil en appartement thérapeutique, l'accueil en centre de crise, l'hospitalisation de jour et l'hospitalisation de nuit.
Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA, hors secteur pénitentiaire.
Sources > Drees, SAE 2024, traitements Drees ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2024.

Carte 2 Densité de structures de prise en charge ambulatoire en psychiatrie par département au 31 décembre 2024



Notes > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles. Les prises en charge ambulatoires considérées ici sont celles en centre médico-psychologique, unité de consultation et centre d'accueil thérapeutique à temps partiel.
Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA, hors secteur pénitentiaire.
Sources > Drees, SAE 2024, traitements Drees ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2024.

Tableau 2 Offre de soins et activité d'hospitalisation à temps complet en psychiatrie pour les personnes détenues en 2024

	Nombre d'entités géographiques	Capacités d'accueil (en lits)	Activité (en journées)	Durée moyenne de séjour (en journées)
Hospitalisation à temps plein	12	405	114 771	36
UHSA	9	394	112 406	38
Autres formes ponctuelles	3	11	2 365	8

UHSA : unité hospitalière spécialement aménagée ; autres formes ponctuelles : unités transitoires d'accueil avant admission dans une UHSA ou un retour en détention, services médico-psychologiques régionaux (SMPR), unités pour malades difficiles (UMD) ou unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP).

Note > Ce tableau recense l'activité des établissements ayant au moins un lit dédié en hospitalisation à temps plein en psychiatrie pénitentiaire au 31 décembre.

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

Source > Drees, SAE 2024, traitements Drees.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Établissements de santé ayant exercé une activité de psychiatrie de l'adulte ou de l'enfant et de l'adolescent (anciennement psychiatrie générale ou infanto-juvénile) en 2024 en France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA). Le secteur pénitentiaire est traité séparément des autres secteurs de psychiatrie.

Sources

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) décrit l'activité des établissements de santé (notamment le nombre de séjours et de journées d'hospitalisation), ainsi que les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel).

Le recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIM-P), mis en place en 2007, permet une description fine des prises en charge en ambulatoire par les établissements de santé autorisés en psychiatrie. Les volumes d'activité ambulatoire présentés dans cette fiche, et calculés à partir du RIM-P, prennent uniquement en compte les actes médicaux réalisés en présence du patient (entretiens et actes de groupe selon la grille EDGARX [entretien, démarche, groupe, accompagnement, réunion, téléexpertise psychiatrique]).

La correspondance entre ces deux sources est imparfaite, la SAE et le RIM-P étant traités séparément, sans appariement.

Méthodologie

> **Mode d'interrogation des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie :** les entités géographiques ne répondent pas toutes directement à la SAE. Dans le secteur public, une entité géographique est choisie au sein de chaque entité juridique pour transmettre les réponses de tous les établissements du département, en plus des siennes. Dans le secteur privé, si l'entité juridique regroupe des établissements sur plusieurs départements, une entité géographique est choisie dans chaque département pour répondre au nom de tous les autres établissements géographiques. En revanche, l'entité juridique est directement interrogée dans le cas où tous ses établissements sont implantés dans le même département, et elle répond pour tous ses établissements géographiques. Ainsi, 631 établissements ont répondu à la SAE, couvrant au total 4 927 établissements géographiques, répartis dans 488 entités juridiques. Tous les établissements ayant une activité de psychiatrie et interrogés indirectement sont autorisés uniquement en psychiatrie, et la grande majorité d'entre eux (84 %) dépendent du secteur public.

En cas de réponse groupée, les informations (nombre de lits, de places, etc.) ne peuvent pas être réparties finement entre les différentes entités géographiques concernées. Certaines entités géographiques peuvent proposer simultanément plusieurs formes de prises en charge ●●●



(hospitalisation à temps plein, atelier thérapeutique, unité de consultation, etc.). On dénombre ainsi 7 372 lieux de prise en charge en psychiatrie.

> **Journée et venue** : une venue compte pour une journée ou une demi-journée selon la durée de prise en charge. Le nombre de venues en psychiatrie n'est donc pas égal au nombre de journées.

> **Prise en charge ambulatoire** : le nombre de prises en charge ambulatoires est calculé à partir du RIM-P, qui permet d'identifier et de comptabiliser précisément les actes médicaux réalisés en présence du patient (entretiens et actes de groupe selon la grille EDGARX). Ces indicateurs ne peuvent être utilisés pour établir des comparaisons avec les données publiées dans les éditions de ce *Panorama* antérieures à 2024, qui s'appuyaient sur la SAE.

> **Prise en charge à domicile** : avant la mise en place de la modification du régime des autorisations d'activités de soins, les soins à domicile relevaient à la fois d'une modalité spécifique de prise en charge à temps complet (hospitalisation à domicile), mais aussi des soins ambulatoires. À partir de 2024, l'activité d'hospitalisation à domicile est pleinement mesurée comme de l'activité ambulatoire, et les places d'hospitalisation à domicile ne sont plus décomptées dans la SAE. Pour assurer la cohérence des indicateurs concernant l'activité et les capacités à temps complet, l'hospitalisation à domicile est exclue du champ de cette fiche (*tableau complémentaire E*).

Définitions

> **Psychiatrie de l'adulte** : prise en charge des adultes de plus de 18 ans.

> **Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent** : prise en charge des enfants et des adolescents jusqu'à 18 ans.

> **Psychiatrie pénitentiaire** : prise en charge des détenus de 16 ans ou plus.

Pour en savoir plus

> **Bénamouzig, D., Ulrich, V. (coord.)** (2016, avril-juin). L'organisation des soins en psychiatrie. *Revue française des affaires sociales*, 2.

> **Bensadon, A.-C., De Wilde, D., Magne, P.** (2024, décembre). *Situation de la psychiatrie dans le département de la Haute-Garonne*. Rapport, Igas.

> **Coldefy, M., Gandré, C. (dir.)** (2020, mai). *Atlas de la santé mentale*. Paris, France : Irdes, série Atlas, 7.

> **Coldefy, M., Le Neindre, C.** (2014, décembre). *Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France : d'une vision segmentée à une approche systémique*. Rapport, Irdes, 558.

> **Ministère des Solidarités et de la Santé, délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie** (2025, juin). Mise en œuvre de la feuille de route santé mentale et psychiatrie, état d'avancement au 1^{er} mai 2025.

> **Ministère des Solidarités et de la Santé, délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie** (2021, mai). *Des retours d'expériences de la crise Covid-19 dans le secteur de la santé mentale et de la psychiatrie*. Rapport d'analyse.

> **Sterchele, C.** (2023, septembre). L'offre de soins hospitaliers en psychiatrie : évolutions de 2008 à 2019 et disparités territoriales. Drees, *Les Dossiers de la Drees*, 112.

> Des données sur l'offre de soins en psychiatrie sont disponibles sur le site Atlasanté : <https://www.atlasante.fr/accueil>

> Glossaire des structures sur le site Psycom : <https://www.psycom.org/>, rubrique Soins, accompagnement et entraide.

Les pathologies psychiatriques constituent un enjeu majeur de santé publique. En 2024, une large majorité des patients des établissements de santé autorisés en psychiatrie (2,2 millions) ont été pris en charge en ambulatoire et 409 800 patients l'ont été à temps complet ou partiel. Les taux de recours présentent des disparités départementales persistantes. Les troubles de l'humeur, la schizophrénie et les troubles névrotiques sont les motifs de recours les plus fréquents, avec des différences marquées selon le sexe et l'âge des patients. Les journées d'hospitalisation des patients de 18 ans ou moins relèvent trois fois plus souvent du temps partiel, par rapport à celles des adultes. Les enfants et adolescents sont aussi davantage pris en charge en psychiatrie ambulatoire.

Des patients principalement pris en charge en ambulatoire

En 2024, la prise en charge ambulatoire reste majoritaire parmi l'ensemble des patients, adultes et enfants, soignés au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie : 2,2 millions de patients en bénéficient (*tableau 1*) [voir encadré Sources et méthodes, partie Définitions]. Le nombre de patients augmente de nouveau en 2024 (+2,7 %) et dépasse de 6,1 % son niveau de 2019, précédant la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 (*tableau complémentaire A*). Rapporté au nombre d'habitants, le taux de recours aux soins psychiatriques est plus de cinq fois plus élevé en ambulatoire (3 248 patients pour 100 000 habitants) qu'en hospitalisation à temps complet ou partiel (600 patients pour 100 000 habitants). Pour ces derniers modes de prises en charge, le nombre de patients hospitalisés en 2024 reste inférieur de 2,1 % à celui de 2019. Après le recul marqué de 2020 (-71 %), l'activité se redresse entre 2021 et 2023 (+1,6 % de patients par an en moyenne, portée par les recours de patientes) et continue d'augmenter légèrement entre 2023 et 2024

(+0,5 %), sans pour autant retrouver son niveau antérieur à la crise sanitaire (*tableau complémentaire B*).

Les taux de recours présentent de fortes disparités départementales¹, du même ordre qu'en 2023. En Guyane, ils sont particulièrement bas, avec 1 064 patients pour 100 000 habitants en ambulatoire, et 175 patients pour 100 000 habitants à temps complet ou partiel. Hors Guyane, les taux de recours en ambulatoire sont compris entre 1 944 patients pour 100 000 habitants en Haute-Garonne et 5 549 dans la Creuse. Le nombre de patients pris en charge à temps complet ou partiel pour 100 000 habitants varie de 374 dans le Val-d'Oise à 1 062 dans le Finistère (*cartes 1 et 2*)².

Davantage de séjours à temps complet qu'à temps partiel, bien que leur nombre recule

Parmi les 409 800 patients pris en charge à temps complet ou à temps partiel en 2024, les femmes sont légèrement plus nombreuses que les hommes (*tableau 1*). En 2024, le nombre de femmes bénéficiant de ce type de prise en

1. Pour cette fiche, le champ n'inclut pas Mayotte (voir encadré Sources et méthodes, partie Champ).

2. Les cartes présentent les taux de recours des patients d'un département, c'est-à-dire le nombre de patients résidant dans un département ayant eu recours à un type de prise en charge au cours de l'année, rapporté à la population totale du département de résidence. En 2024, 2 143 patients pris en charge à temps complet ou partiel et 29 028 patients pris en charge en ambulatoire n'ont pas de lieu de résidence mentionné. Les informations concernant le lieu de résidence des patients pris en charge en ambulatoire se sont très largement améliorées : le nombre de patients pour lesquels aucun lieu de résidence n'est mentionné a diminué de 22 % entre 2023 et 2024. Cette amélioration du codage explique que le taux de recours en ambulatoire apparaisse plus élevé en Guyane par rapport à l'édition 2023.

charge dépasse son niveau de 2019 (+3,1 %), alors que le nombre d'hommes diminue sensiblement (-7,1 %) [tableau complémentaire B]. L'âge moyen des patients est de 40,8 ans et varie selon le type d'hospitalisation : 43,6 ans à temps complet, contre 37,6 ans à temps partiel. En 2024, la prise en charge à temps complet concerne 307 900 patients (-1,5 % par rapport à 2023) et celle à temps partiel 146 500 patients³ (+4,9 % par rapport à 2023) [tableau complémentaire C]. En 2024, l'activité à temps complet porte sur un total de 16,8 millions de journées (-1,6 % par rapport à 2023, et -9,7 % par rapport à 2019), et l'activité à temps partiel sur un total de 4,0 millions de journées (-0,2 % par rapport à 2023, et

-14,8 % par rapport à 2019) [tableau complémentaire D]. La durée moyenne d'hospitalisation à temps complet est de 54,5 journées (contre 54,8 journées en 2023, et 56,3 journées en 2019) [tableau complémentaire B].

Les patients pris en charge à temps complet ou partiel arrivent en grande majorité de leur domicile (75 % des hospitalisations). Toutefois, près d'une hospitalisation sur quatre (24 %) est précédée d'un passage aux urgences (11 %) ou d'un séjour en unités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) [9 %] ou de psychiatrie (4 %)⁴. Parmi les séjours terminés en 2024, 91 % se clôturent par un retour au domicile, 4 % par une prise en charge dans une autre

Tableau 1 Caractéristiques des patients et de leur suivi en établissement psychiatrique en 2024

	Ensemble des patients	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (≤ 18 ans) ¹	Psychiatrie de l'adulte (> 18 ans) ¹
Prise en charge à temps complet ou partiel²			
Nombre de patients	409 842³	63 349	348 118
Proportion d'hommes (en %)	48,4	50,7	47,9
Nombre de journées	20 764 698	1 973 504	18 791 194
Part des journées d'hospitalisation à temps partiel (en %)	19,1	49,2	16,0
Durée moyenne de prise en charge à temps complet des patients (journées/an)	54,5	33,5	56,6
Prise en charge ambulatoire			
Nombre de patients	2 237 924⁴	552 453	1 694 532
Proportion d'hommes (en %)	48,6	53,9	46,9
Nombre d'actes ambulatoires	23 913 388	6 758 824	17 154 564
Part des actes réalisés en centres médico-psychologiques (en %)	62,2	68,9	59,5
Nombre moyen d'actes	10,7	12,2	10,1

1. Dans le RIM-P, les prises en charge sont classées selon l'âge des patients et non en fonction de la spécialisation du service (psychiatrie de l'adulte, de l'enfant et de l'adolescent, et pénitentiaire).

2. Hors patients pour lesquels la clé de chaînage (numéro anonyme créé à partir du numéro d'assuré social, de la date de naissance et du sexe de chaque patient) contient une erreur.

3. Le nombre total de patients n'est pas égal à la somme des deux colonnes, parce qu'au cours de l'année 2024, 1 625 patients ont changé de tranche d'âge et ont bénéficié des deux types de prises en charge en hospitalisation.

4. Le nombre total de patients n'est pas égal à la somme des deux colonnes, parce qu'au cours de l'année 2024, 9 061 patients ont changé de tranche d'âge et ont bénéficié des deux types de prises en charge en ambulatoire.

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

Source > ATIH, RIM-P 2024, traitements Drees.

3. La somme des patients pris en charge à temps partiel et des patients pris en charge à temps complet est supérieure au nombre total de patients, car un patient peut être pris en charge à la fois à temps complet et à temps partiel au cours d'une même année.

4. Une part très restreinte des patients est prise en charge en provenance d'une structure d'hébergement médico-sociale, ou d'une unité de soins médicaux et de réadaptation (SMR) ou d'une unité de soins de longue durée (USLD) [1 %].

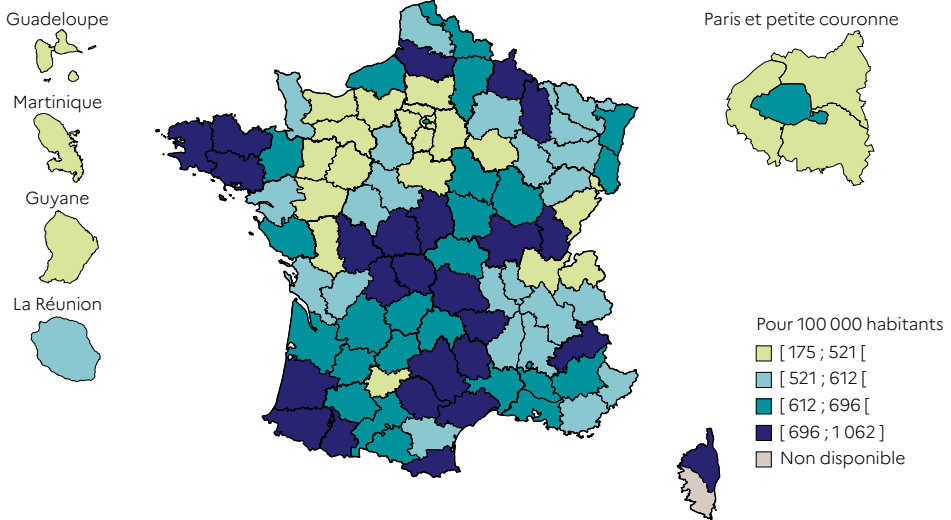
structure psychiatrique, 3 % par un transfert vers une unité de MCO, de moyen séjour ou de long séjour, et 2 % par un accueil dans une structure d'hébergement médico-sociale.

Un rebond au long cours des actes thérapeutiques réunissant plusieurs patients

Les patients suivis en psychiatrie ambulatoire sont relativement jeunes : 25 % d'entre eux ont 16 ans ou moins, et la moitié d'entre eux ont moins de 37 ans. Les actes réalisés en ambulatoire sont, dans 72 % des cas, des entretiens. Le nombre d'actes thérapeutiques réunissant plusieurs patients⁵ augmente encore en 2024 (+4 % par rapport à 2023, après +10 % en moyenne

de 2021 à 2023), sans pour autant compenser la très forte réduction de 2020 (-42,8 %), liée aux obligations de distanciation sociale pendant la crise sanitaire⁶. Leur nombre reste ainsi inférieur de 4,0 % à leur niveau de 2019. Les prises en charge ambulatoires sont principalement réalisées dans les centres médico-psychologiques (CMP) [voir fiche 11, « L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé » pour la répartition des actes par type de structure]. Un patient pris en charge en ambulatoire bénéficie en moyenne de onze actes, dont 39 % sont réalisés par des infirmiers, 20 % par des médecins, 16 % par des psychologues, 8 % par des intervenants de différentes catégories professionnelles, sans présence d'un médecin, et 6 % par

Carte 1 Nombre de patients pris en charge à temps complet ou partiel en psychiatrie par département en 2024



Notes > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles. En 2024, le département de résidence du patient est inconnu pour 2 143 patients, soit 0,5 % des patients pris en charge à temps complet ou partiel dans un établissement de santé autorisé en psychiatrie en 2024. Les 146 patients résidant à Mayotte ou dans des territoires d'outre-mer hors champ ne sont pas inclus. Les informations des patients pris en charge en Corse-du-sud dans leur département de résidence ne sont pas exploitables. 101 patients résidant en Corse-du-Sud ont été pris en charge à temps complet ou partiel dans un établissement situé hors de leur département de résidence.

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

Sources > ATIH, RIM-P 2024, traitements Drees ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2024.

5. Ce sont les actes de la catégorie « groupe » selon la grille EDGARX (entretien, démarche, groupe, accompagnement, réunion clinique, téléexpertise) utilisée pour catégoriser les actes ambulatoires dans le RIM-P.

6. Tous les actes ambulatoires sont considérés ici, alors que la fiche 11 « L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé » décrit uniquement les actes des catégories « entretien » et « groupe » de la grille EDGARX.

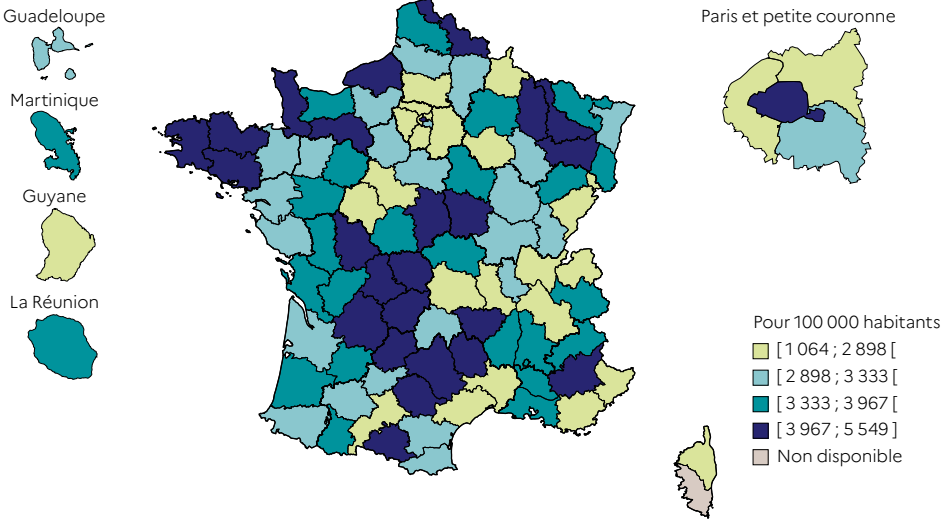
des intervenants de plusieurs catégories professionnelles dont un médecin.

Les femmes hospitalisées plus souvent pour des troubles de l'humeur, les hommes pour schizophrénie

Parmi l'ensemble des diagnostics principaux de la classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 10^e révision (CIM-10)⁷, les premières causes de prises en charge à temps complet ou partiel sont

les troubles de l'humeur (F3), la schizophrénie (F2) et les troubles névrotiques (F4) [graphique 1]⁸. Le diagnostic de schizophrénie correspond au motif de recours le plus fréquent chez les hommes (25 %), tandis que les femmes sont davantage prises en charge pour un diagnostic de troubles de l'humeur (39 %). L'augmentation du nombre de patients hospitalisés à temps complet ou partiel (+0,5 % en 2024) est portée par la hausse de la prise en charge des troubles de l'humeur (F3) et des troubles névrotiques (F4) [tableau 2]⁹.

Carte 2 Nombre de patients pris en charge en soins ambulatoires de psychiatrie par département en 2024



Notes > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles. En 2024, le département de résidence du patient est inconnu pour 29 028 patients, soit 1,3 % des patients pris en charge en ambulatoire dans un établissement de santé autorisé en psychiatrie en 2024. Les 2 271 patients résidant à Mayotte ou dans des territoires d'outre-mer hors champ ne sont pas inclus. Les informations des patients pris en charge en Corse-du-sud dans leur département de résidence ne sont pas exploitables. 201 patients résidant en Corse-du-Sud ont été pris en charge en soins ambulatoires dans un établissement situé hors de leur département de résidence.

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

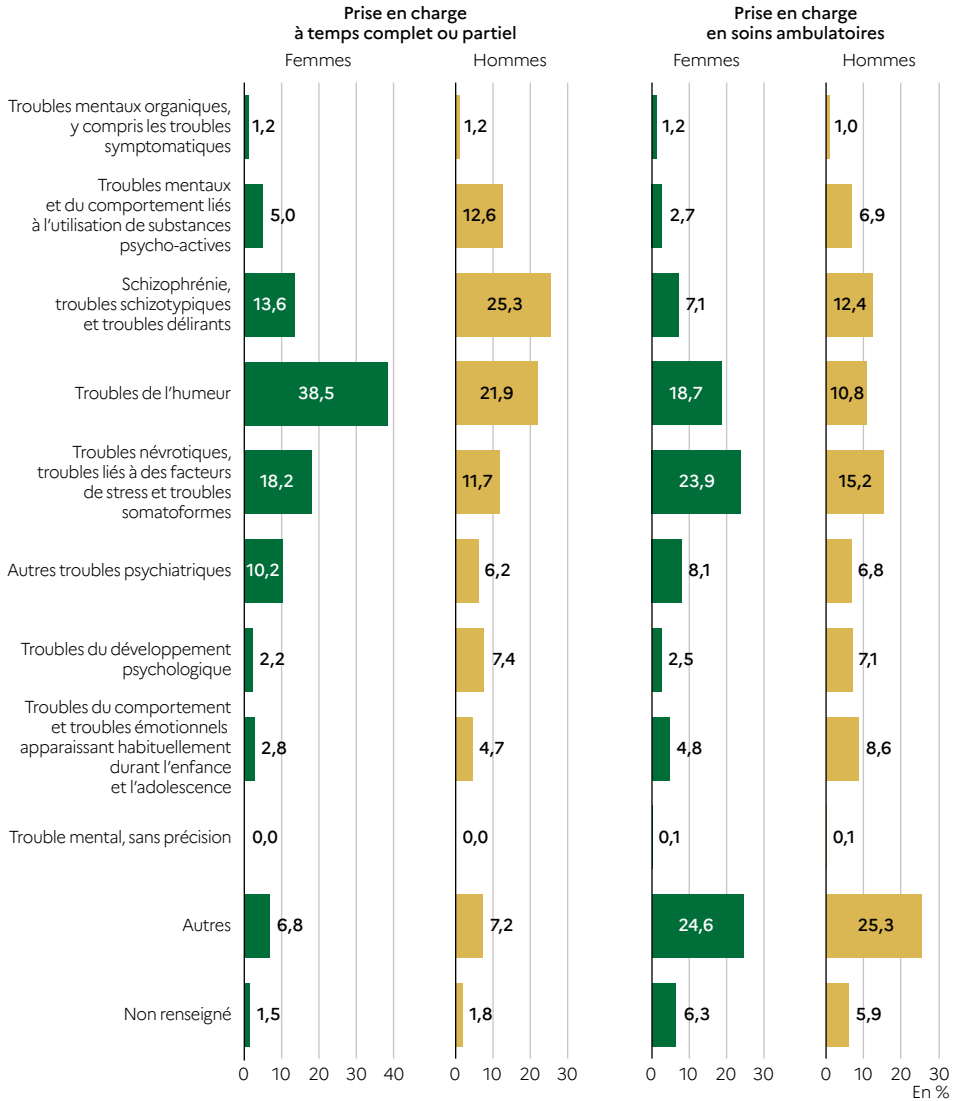
Sources > ATI, RIM-P 2024, traitements Drees ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2024.

7. La CIM-10 distingue les diagnostics dans plusieurs chapitres, dont celui concernant les troubles mentaux et du comportement, qui regroupe les diagnostics codés F00 à F99. D'autres codes peuvent être utilisés, notamment lorsqu'un diagnostic n'a pas encore été posé (c'est particulièrement le cas pour les prises en charge ambulatoires).

8. Le motif de recours retenu pour les patients hospitalisés à temps complet ou partiel est le diagnostic principal renseigné pour la dernière séquence de soins de l'année. Pour la psychiatrie ambulatoire, c'est le diagnostic principal du dernier acte.

9. Les diagnostics renseignés dans le RIM-P sont de plus en plus précis chaque année. Entre 2023 et 2024, les prises en charge avec un diagnostic non renseigné, et celles pour trouble mental sans précision (F99) ont diminué respectivement de 21 % et 89 % pour les prises en charge à temps complet et partiel, et de 26 % et 54 % pour les prises en charge en ambulatoire. Les reports sur des diagnostics plus précis (de F00 à F98) rendent néanmoins plus difficile l'interprétation des variations dans le temps du nombre de prises en charge par diagnostic.

Graphique 1 Répartition des patients par sexe, selon le diagnostic principal et la nature de la prise en charge, en 2024



Notes > La catégorie « Autres » regroupe tous les diagnostics hors troubles mentaux et du comportement. Les diagnostics de prise en charge sont codés par les équipes soignantes à partir de la classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 10^e révision (CIM-10). Des différences peuvent apparaître entre les sommes de pourcentages et le résultat réel, en raison des arrondis à une décimale.

La dernière séquence de soins des patients hospitalisés en psychiatrie est utilisée pour définir le diagnostic principal.

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

Source > ATIH, RIM-P 2024, traitements Drees.

En ambulatoire, les motifs de recours sont plus disparates et moins souvent liés à des diagnostics relevant directement des troubles mentaux et du comportement définis dans la CIM-10. Plus de deux femmes sur cinq prises en charge en ambulatoire le sont pour des troubles

névrotiques, liés à des facteurs de stress ou somatoformes (F4), ou des troubles de l'humeur (F3), contre un quart des hommes. La hausse du nombre de femmes et d'hommes pris en charge en ambulatoire en 2024 (respectivement +3,2 % et +2,2 %) est notamment portée

Tableau 2 Évolution du nombre de patients par sexe et type de prise en charge, selon le diagnostic principal, entre 2023 et 2024

		Prises en charge à temps complet ou partiel				Prises en charge ambulatoires			
		Femmes		Hommes		Femmes		Hommes	
		en effectifs	en %	en effectifs	en %	en effectifs	en %	en effectifs	en %
F00-F09	Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques	-193	-7,2	-159	-6,1	-304	-2,2	-55	-0,5
F10-F19	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives	+132	+1,3	-333	-1,3	+1 258	+4,1	+2 108	+2,9
F20-F29	Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	-776	-2,6	-791	-1,6	-97	-0,1	+1 194	+0,9
F30-F39	Troubles de l'humeur	+1 177	+1,5	+710	+1,7	+3 225	+1,5	+3 332	+2,9
F40-F48	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	+927	+2,5	+681	+3,0	+16 260	+6,3	+8 732	+5,6
F50-F79	Autres troubles psychiatriques	+629	+3,0	-288	-2,3	+3 557	+4,0	+651	+0,9
F80-F89	Troubles du développement psychologique	+159	+3,5	-146	-1,0	+1 529	+5,5	+1 650	+2,2
F90-F98	Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence	+366	+6,7	+331	+3,7	+1 660	+3,2	+2 003	+2,2
F99	Autres troubles mentaux, sans précision	-122	-89,1	-110	-88,0	-984	-55,9	-646	-50,4
Autres	Motifs de recours aux soins et facteurs influant sur l'état de santé [Z00-Z99], symptômes [R00-R99] et autres diagnostics hors troubles mentaux	+1 028	+7,7	+813	+6,0	+34 360	+13,8	+27 719	+11,1
Non renseigné	Non renseigné	-981	-23,5	-839	-19,1	-24 690	-25,4	-22 871	-26,4
Total	Ensemble des diagnostics	+2 346	+1,1	-131	-0,1	+35 774	+3,2	+23 817	+2,2

Notes > Les diagnostics de prise en charge sont codés par les équipes soignantes à partir de la classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 10^e révision (CIM-10). Des différences peuvent apparaître entre les sommes de pourcentages et le résultat réel, en raison des arrondis à une décimale.

Lecture > Entre 2023 et 2024, le nombre de patientes avec un diagnostic principal de troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques, prises en charge à temps complet ou partiel, a diminué de 7,2 %, ce qui représente une baisse de 193 patientes.

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

Sources > ATIH, RIM-P 2023 et 2024, traitements Drees.

par l'augmentation des prises en charge pour des troubles névrotiques, liés à des facteurs de stress ou somatoformes (F4).

Des prises en charge spécifiques pour les enfants et les adolescents

Les patients de 18 ans ou moins sont très majoritairement pris en charge en ambulatoire, davantage que les adultes¹⁰. Cette solution est privilégiée pour limiter la séparation de leur environnement familial et social. En 2024, les établissements de santé ont pris en charge 552 500 enfants et adolescents en psychiatrie ambulatoire (+2,8 % par rapport à 2023) [tableau 1]. Ces jeunes patients suivis en ambulatoire sont plus souvent des garçons (54 %). Ils ont bénéficié de 6,8 millions d'actes, réalisés essentiellement par des psychologues (22 % des actes), des infirmiers (17 %), des médecins psychiatres ou pédopsychiatres (16 %), ainsi que par des personnels de rééducation (11 %). 69 % de ces actes sont effectués par des personnels de CMP (contre 60 % pour les patients de plus de 18 ans). Les troubles du comportement et les troubles émotionnels de l'enfance et de l'adolescence (F9) constituent le motif de recours le plus fréquent en ambulatoire (28 % des patients parmi les garçons, et 19 % parmi les filles) [tableau complémentaire E]. Hormis ces diagnostics, les motifs de prises en charge principaux diffèrent selon le sexe. Les filles sont près de deux fois plus souvent prises en charge pour des troubles névrotiques, liés à des facteurs de stress ou somatoformes (F4), que les garçons (respectivement 23 % et 12 %). Les garçons sont

pris en charge plus de deux fois plus souvent que les filles pour des troubles du développement psychologique (F8)¹¹ [respectivement 22 % et 9 %].

En 2024, 63 300 enfants et adolescents ont été hospitalisés à temps complet ou partiel en psychiatrie (+3,0 % par rapport à 2023), le plus souvent à temps partiel. 49 % des journées d'hospitalisation de ces jeunes patients relèvent du temps partiel, contre 16 % en psychiatrie adulte (tableau 1). Parmi les 40 400 jeunes pris en charge à temps partiel, il y a une majorité de garçons (60 %), dont près de la moitié (45 %) sont pris en charge pour des troubles du développement psychologique (F8), et plus d'un quart (27 %) pour des troubles du comportement et des troubles émotionnels de l'enfance et de l'adolescence (F9) [tableau complémentaire E]. Ces diagnostics concernent respectivement 19 % et 20 % des filles, qui sont aussi nombreuses (19 %) à être prises en charge pour des troubles névrotiques, somatoformes, et liés au stress (F4). Près de deux tiers des 29 900 enfants et adolescents pris en charge à temps complet sont des filles. Parmi elles, 28 % sont hospitalisées pour des troubles névrotiques, liés à des facteurs de stress ou somatoformes (F4) et 25 % pour des troubles de l'humeur (F3). Les diagnostics des garçons hospitalisés à temps complet sont plus variés : 24 % le sont pour des troubles du comportement et des troubles émotionnels de l'enfance et de l'adolescence (F9), 16 % pour des troubles névrotiques, liés à des facteurs de stress ou somatoformes (F4), et 15 % pour des troubles du développement psychologique (F8). ■

¹⁰. Dans les éditions précédentes de cette fiche, les enfants et adolescents étaient définis comme ayant 16 ans ou moins, en cohérence avec la définition de la psychiatrie infanto-juvénile.

¹¹. Parmi les troubles du développement psychologique, on retrouve notamment les troubles du spectre de l'autisme (TSA), dont la prévalence est beaucoup plus importante chez les garçons que chez les filles.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Patients pris en charge dans les établissements de santé disposant d'une autorisation d'activité en psychiatrie en France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), hors Mayotte (les données liées à la prise en charge en psychiatrie des patients dans l'unique centre hospitalier de Mayotte n'étant pas disponibles), y compris le service de santé des armées (SSA).

En hospitalisation à temps complet ou partiel, seuls les patients pour lesquels la clé de chaînage permettant de faire le lien entre les différentes hospitalisations (numéro anonyme attribué à chaque patient, établi à partir de son numéro d'assuré social, de sa date de naissance et de son sexe) ne contient pas d'erreur sont comptabilisés ici. Ainsi, 2,1 % des séjours ne sont pas pris en compte, en raison d'une erreur dans la clé de chaînage, dans le recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (RIM-P), qui empêche de comptabiliser de manière unique chaque patient. Pour les prises en charge ambulatoires, le chaînage des séjours est établi à partir d'un identifiant propre à l'établissement et au patient, qui ne repose pas sur son numéro d'assuré social.

Sources

Le RIM-P, mis en place en 2006, permet une description fine de la patientèle bénéficiant de soins au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie. Les volumes d'activité pour les prises en charge à temps complet ou partiel présentés ici et calculés à partir du RIM-P sont différents de ceux présentés dans la fiche 11 « L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé », qui mobilise comme source la statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Ainsi, le RIM-P conduit à comptabiliser 569 000 journées de moins que la SAE pour les prises en charge à temps complet ou partiel. La moindre couverture du volume d'hospitalisations par le RIM-P s'explique non seulement par l'exclusion des séjours avec une erreur dans la clé de chaînage, mais aussi par le fait que le RIM-P peut être incomplet. En effet, ce recueil ne servait pas à la facturation avant la réforme du financement des activités de psychiatrie, entrée en vigueur en 2022 (article 34 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2020). Son exhaustivité pourrait, par conséquent, s'améliorer dans les années à venir.

Définitions

> **Nature des prises en charge** : le RIM-P distingue trois natures de prises en charge :

- **ambulatoire** : consultation en centre médico-psychologique (CMP), centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), visite à domicile, en établissement social ou médico-social, en établissement médico-éducatif ou de protection maternelle et infantile (PMI), en milieu scolaire ou en unité d'hospitalisation somatique (y compris le service des urgences). Ces dernières renvoient au cumul de deux modalités de lieux de prise en charge du RIM-P : d'une part les unités d'hospitalisation de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), de soins médicaux et de réadaptation (SMR) et les unités de soins de longue durée (USLD) ; d'autre part les unités d'accueil des urgences psychiatriques et la psychiatrie de liaison aux urgences.
- **à temps complet** : hospitalisation à temps plein, séjour thérapeutique, accueil familial thérapeutique, appartement thérapeutique, centre de crise et centre de postcure.
- **à temps partiel** : hospitalisation de jour, hospitalisation de nuit et atelier thérapeutique.

> **Durée moyenne d'hospitalisation** : nombre de journées d'hospitalisation rapporté au nombre de patients hospitalisés.

> **Motif de recours principal** : diagnostic ayant mobilisé l'essentiel de l'effort de soins pendant une séquence de soins. Celui-ci peut évoluer durant un séjour.

> **Séquence de séjour** : en psychiatrie, tout séjour hospitalier peut être décomposé en plusieurs séquences de séjours. Par exemple, un patient peut être pris en charge en hospitalisation à temps plein et connaître durant son séjour d'autres modalités de prise en charge adaptées à son traitement.

Pour en savoir plus

- > **Bagein, G., et al.** (2022, septembre). L'état de santé de la population en France à l'aune des inégalités sociales. Drees, *Les Dossiers de la Drees*, 102.
- > **Bénamouzig, D., Ulrich, V. (coord.)** (2016, avril-juin). L'organisation des soins en psychiatrie. *Revue française des affaires sociales*, 2.
- > **Coldefy, M., Gandré, C. (dir.)** (2020, mai). *Atlas de la santé mentale*. Paris, France : Irdes, série Atlas, 7.
- > **Colin-Oesterlé, N., Stambach-Terrenoir, A.** (2025, juillet). *Rapport d'information en conclusion des travaux d'une mission d'information sur la santé mentale des mineurs*. Rapport, Assemblée nationale, 1 700.
- > **Cour des comptes** (2023, mars). *La pédopsychiatrie*. Rapport.
- > **Ministère des Solidarités et de la Santé, délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie** (2025, juin). Mise en œuvre de la feuille de route santé mentale et psychiatrie, état d'avancement au 1^{er} mai 2025.
- > **Ministère des Solidarités et de la Santé, délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie** (2021, mai). *Des retours d'expériences de la crise Covid-19 dans le secteur de la santé mentale et de la psychiatrie*. Rapport d'analyse.
- > **Sterchele, C.** (2023, septembre). L'offre de soins hospitaliers en psychiatrie : évolutions de 2008 à 2019 et disparités territoriales. Drees, *Les Dossiers de la Drees*, 112.
- > Des données sur l'offre de soins en psychiatrie sont disponibles sur le site Atlasanté : <http://santementale.atlasante.fr/>

En 2024, 291 établissements d'hospitalisation à domicile (HAD) sont recensés en France. 25 400 patients peuvent être pris en charge simultanément en HAD, et 328 800 séjours pour 7,7 millions de journées ont été réalisés suivant ce mode d'hospitalisation. Cela représente 8,1 % de l'ensemble des capacités de prise en charge en hospitalisation complète de court et moyen séjours du territoire, et 8,6 % des journées d'hospitalisation. En 2024, les capacités d'accueil en HAD augmentent de 5,5 % et le nombre de séjours progresse de 10,4 %. Dans ce contexte dynamique, les établissements privés à but non lucratif représentent une large majorité des capacités de prise en charge en HAD (57 %) en 2024, et les capacités des cliniques privées dépassent pour la première fois celles du secteur public. Cette forme d'hospitalisation reste inégalement répartie sur le territoire : les départements et régions d'outre-mer, ainsi que la Corse, ont une offre de soins particulièrement forte.

L'hospitalisation à domicile (HAD) propose un système organisé et coordonné de soins complexes et continus entre l'hôpital et le médecin traitant de ville : elle permet d'assurer, sur le lieu de vie du patient, des soins médicaux et paramédicaux, afin d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) ou en soins médicaux et de réadaptation (SMR). L'HAD vient ainsi compléter ou se substituer à l'hospitalisation complète en établissement de santé avec hébergement (voir fiche 04, « Les autres grandes prises en charge hospitalières »).

Les capacités d'accueil en HAD augmentent en 2024

Au 31 décembre 2024, 291 établissements d'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) [tableau 1]. Cette croissance retrouve un rythme similaire à celui observé au cours de la période 2013-2019 (progression régulière de 5,0 % par an en moyenne), après deux années de forte hausse au début de la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 (+12,9 % en 2020, puis +6,8 % en 2021) [graphique 1]. À plus long terme, l'HAD, apparue dans les années 1950 en France, a connu un essor important à partir du début des années 2000,

après que son périmètre et son champ d'application ont été clarifiés (voir encadré Sources et méthodes, partie Cadrage). Fin 2024, l'HAD représente 8,1 % des capacités d'hospitalisation complète de court et moyen séjours disponibles sur le territoire (contre 4,2 % fin 2013).

Le nombre d'établissements autorisés à coordonner des soins d'HAD est stable entre 2019 et 2024. Il avait diminué entre 2017 et 2019, après les décisions des agences régionales de santé (ARS) de concentrer la coordination des soins d'HAD sur un nombre plus restreint d'établissements. Ces décisions avaient été mises en œuvre en regroupant les autorisations de soins ou en réaffectant la couverture de zones géographiques à un unique établissement ou à un groupement de coopération sanitaire (GCS) pouvant associer des établissements publics et privés (pour une définition des GCS, voir annexe 2, « Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé »).

Pour la première fois, les capacités de prise en charge en HAD des cliniques privées dépassent celles du secteur public

Fin 2024, les 109 établissements du secteur privé à but non lucratif représentent 56,5 % des capacités de prise en charge en HAD. Parmi ces établissements, 87 relèvent du domaine associatif et ne proposent que ce mode d'hospitalisation (tableau 1).

Tableau 1 Capacités et activité des établissements d'HAD selon leur statut juridique en 2024

Statut juridique des établissements	Nombre d'établissements	Nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément ¹	Nombre de séjours (en milliers)	Nombre de journées de présence (en milliers)	Pour les séjours terminés ² en 2024	
					Durée moyenne (en journées)	Durée moyenne des séjours monoséquences ³ (en journées)
Secteur public	120	5 511	89 101	1 619	19,0	11,9
CHR	15	1 560	37 616	493	13,3	8,0
CH (et autres)	105	3 951	51 485	1 126	23,2	15,2
Secteur privé à but non lucratif	109	14 355	184 409	4 363	25,1	15,9
CLCC	3	251	10 383	95	9,3	7,1
Structures associatives d'HAD	87	12 523	151 087	3 744	26,4	16,3
Autres	19	1 581	22 939	523	24,6	15,6
Secteur privé à but lucratif	62	5 561	55 235	1 683	32,6	16,5
Ensemble	291	25 427	328 745	7 664	24,7	14,7

CHR : centre hospitalier régional ; CH : centre hospitalier ; CLCC : centre de lutte contre le cancer ; HAD : hospitalisation à domicile.

1. Le nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément par les établissements d'HAD reflète leurs capacités de prise en charge.

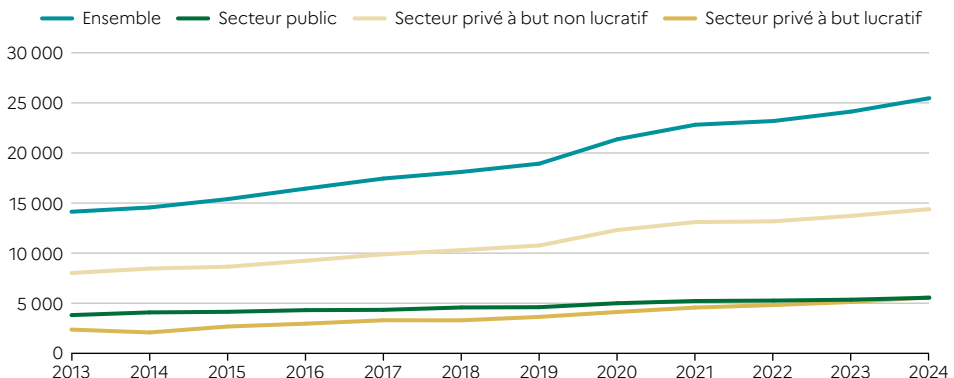
2. Environ 309 000 séjours terminés en 2024, soit 94,0 % des séjours d'HAD.

3. Environ 219 000 séjours terminés et monoséquences (c'est-à-dire constitués d'un seul mode de prise en charge) en 2024, soit 66,6 % des séjours d'HAD.

Notes > L'activité d'HAD peut compléter ou se substituer à celle des disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) et des soins médicaux et de réadaptation (SMR), hors psychiatrie. Le nombre d'établissements est comptabilisé à partir du PMSI et de la SAE appariés. Les capacités de prise en charge sont celles déclarées dans la SAE, pour réaliser l'activité d'HAD enregistrée dans le PMSI. Le nombre de séjours comptabilise l'ensemble des séjours avec au moins une journée de présence en 2024, y compris les séjours qui n'ont pas commencé ou ne se sont pas terminés au cours de l'année. Pour le nombre de journées de présence, seules les journées de présence en 2024 sont comptabilisées (les journées antérieures ou postérieures à 2024 sont exclues pour les séjours à cheval sur plusieurs années, dont 2024).

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

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

Graphique 1 Nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD selon le statut juridique depuis 2013

HAD : hospitalisation à domicile.

Note > Le nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément par les établissements d'HAD reflète leurs capacités de prise en charge.

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

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

Bien qu'ils continuent à jouer un rôle prépondérant dans l'offre d'HAD, leur poids a reculé : ils représentent 49,3 % des capacités de prise en charge, contre 50,0 % en 2013.

120 établissements du secteur public (dont 15 centres hospitaliers régionaux) et 62 cliniques privées représentent respectivement 21,7 % et 21,9 % des capacités de prise en charge en HAD. En 2024, la part des cliniques privées, qui n'était que de 16,6 % en 2013, dépasse pour la première fois celle du secteur public. Ce basculement prolonge l'évolution observée en 2023, année au cours de laquelle les deux secteurs présentaient des niveaux très proches (écart d'un point).

Les séjours sont plus longs dans les cliniques privées

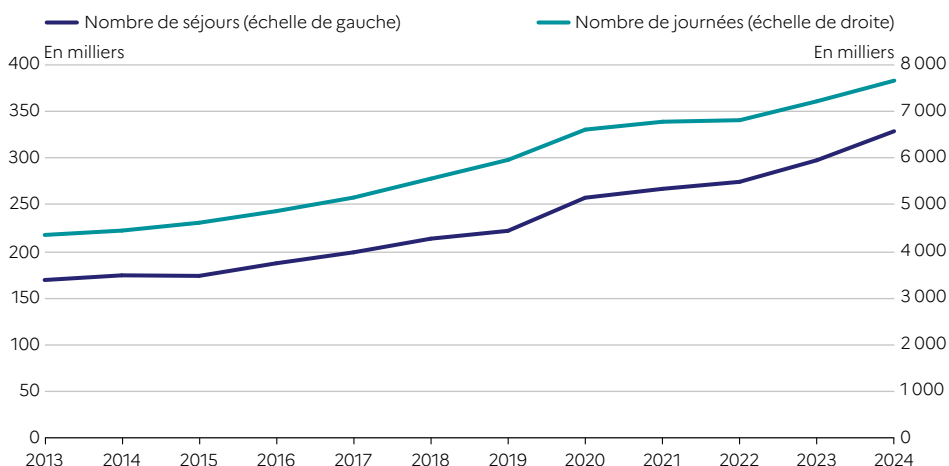
En 2024, 328 700 séjours d'HAD sont réalisés pour 7,7 millions de journées (tableau 1), soit 8,6 % des journées d'hospitalisation complète de court et moyen séjours. L'activité d'HAD va croissante depuis son développement au début des années 2000. Après une augmentation de 4,6 % en moyenne annuelle de 2013 à 2019, le nombre de séjours a bondi de 15,9 % en 2020. L'HAD est la seule grande discipline

d'équipement dont le nombre de séjours a continué de progresser pendant la crise sanitaire, du fait d'un mouvement de report d'une partie de l'activité usuelle de MCO vers l'HAD. Il augmente de nouveau fortement en 2024 (+10,4 %), davantage qu'en 2023 (+8,4 %) [graphique 2].

Le secteur privé à but non lucratif prend en charge 56,1 % des séjours (46,0 % dans les seuls établissements associatifs) et réalise 56,9 % des journées (48,9 % dans les établissements associatifs). Les établissements publics et les cliniques privées prennent en charge respectivement 27,1 % et 16,8 % des séjours et réalisent 21,1 % et 22,0 % des journées. Depuis 2013, la part des journées et celle des séjours d'HAD en cliniques privées ont progressé (respectivement +7,2 points et +5,1 points de pourcentage). Le nombre de journées dans ces établissements a augmenté plus fortement (+160,9 %, soit +1,0 million de journées) que pour l'ensemble de l'HAD (+75,5 %).

La rotation des patients est plus importante dans les secteurs public et privé à but non lucratif. Les séjours y sont, en effet, plus courts (respectivement 11,9 jours et 15,9 jours en moyenne pour les séjours monoséquences¹) que dans

Graphique 2 Nombre de séjours et de journées d'HAD depuis 2013



HAD : hospitalisation à domicile.

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

Sources > ATIH, PMSI-HAD 2013-2024, traitements Drees.

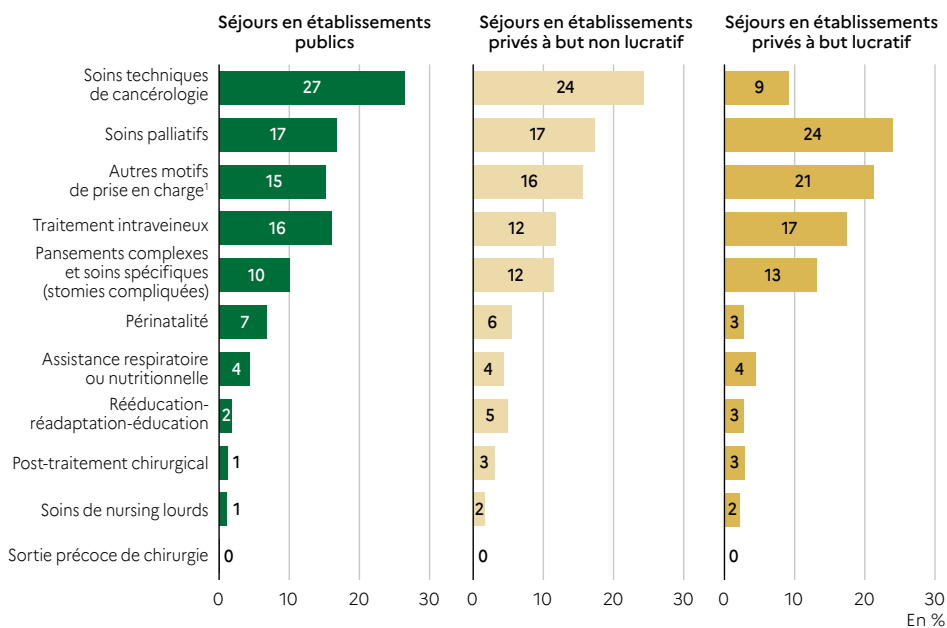
1. Un séjour est dit « monoséquence » lorsque le mode de prise en charge reste le même tout au long du séjour.

les cliniques privées (16,5 jours) [tableau 1]. Ces contrastes sont dus notamment à des différences de structures de motifs de recours. Ainsi, les soins techniques de cancérologie et la périnatalité, pour lesquels les séjours sont réduits à quelques jours (voir fiche 14 « Les patients hospitalisés à domicile »), sont plus répandus dans les secteurs public et privé à but non lucratif (graphique 3). À l'inverse, les séjours pour soins palliatifs, pansements complexes et soins spécifiques, plus longs, sont un peu plus fréquents dans les cliniques privées. Dans l'ensemble, tous motifs confondus, la durée moyenne de séjour est de 24,7 jours pour les séjours terminés en 2024 et de 14,7 jours pour les séjours monoséquences uniquement.

L'offre de soins en HAD est particulièrement forte dans les DROM et en Corse

En 2024, les cinq régions avec les plus fortes capacités de prise en charge simultanée de patients en HAD sur le territoire français ne sont pas en France continentale (carte 1). La Guadeloupe, la Guyane et la Corse en particulier ont des densités deux à quatre fois supérieures à la densité nationale (respectivement 137, 123 et 89 patients pouvant être pris en charge simultanément pour 100 000 habitants, contre 37 à l'échelle nationale). En Guyane, l'HAD atténue les déficits de l'offre de soins, en étant présente là où il manque des professionnels de santé et en proposant un panel de prises en charge que les établissements de santé n'offrent pas.

Graphique 3 Répartition des séjours d'HAD selon le statut juridique et le mode de prise en charge principal en 2024



HAD : hospitalisation à domicile.

1. Les autres motifs de prise en charge regroupent la prise en charge de la douleur, les transfusions sanguines, les surveillances d'aplasie et les autres traitements non cités ailleurs.

Note > Les modes de prises en charge principaux représentés ici sont ceux à l'admission. Ils sont agrégés selon un regroupement médical logique par rapport aux 23 modes de prises en charge existant dans le recueil. Les six premiers modes de prises en charge principaux représentent 87,8 % des séjours d'HAD en 2024.

Lecture > Les soins techniques de cancérologie sont le mode de prise en charge regroupant le plus grand nombre de séjours d'HAD. Ils représentent 27 % des séjours des établissements publics, 24 % de ceux des établissements privés à but non lucratif et 9 % de ceux des établissements privés à but lucratif.

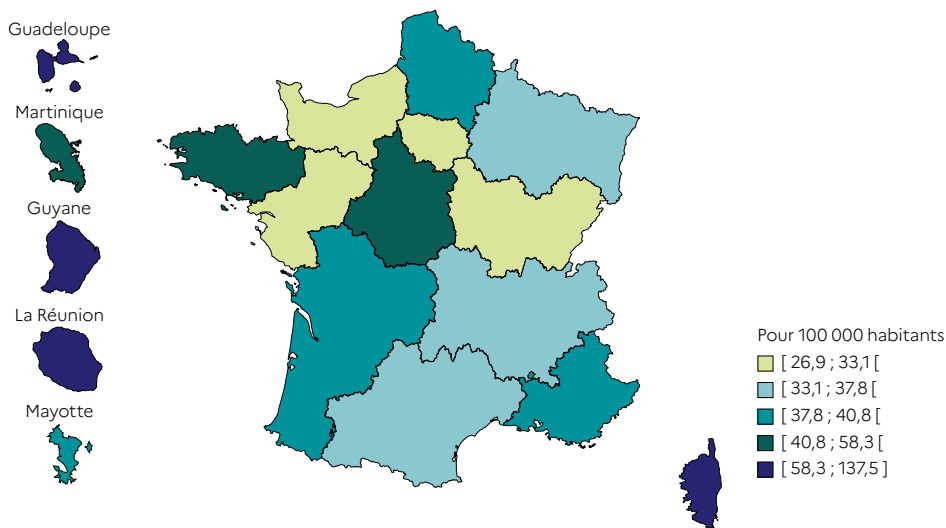
Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.

Source > ATIH, PMSI-HAD 2024, traitements Drees.

L'écart à la moyenne nationale est moins fort en Martinique (56) et à La Réunion (60). En France métropolitaine, hors Corse, les régions avec les plus fortes densités sont la Bretagne (46) et le Centre-Val de Loire (46). À l'inverse,

les régions avec les plus faibles densités de capacités de prise en charge en HAD sont la Normandie (27), la Bourgogne-Franche-Comté (28), les Pays de la Loire (30), ainsi que l'Île-de-France (33). ■

Carte 1 Densité des capacités de prise en charge en HAD par région au 31 décembre 2024



HAD : hospitalisation à domicile.

Notes > Les bornes correspondent à une répartition en quintiles. Les capacités de prise en charge sont représentées par le nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément.

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^{er} janvier 2024.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Établissements de santé exerçant une activité d'HAD en France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA). L'activité d'HAD vient compléter ou se substituer à celle des champs de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) et de soins médicaux et de réadaptation (SMR), mais pas à celle de psychiatrie. L'HAD se distingue aussi des soins infirmiers, de la dialyse à domicile et des prestataires de services. Le nombre d'établissements est comptabilisé à partir de l'appariement entre le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et la statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Le total des patients pouvant être pris en charge simultanément est déclaré dans la SAE, tandis que l'activité est enregistrée dans le PMSI. Le nombre de séjours comptabilise l'ensemble des séjours avec au moins une journée de présence en 2024, y compris les séjours qui n'ont pas commencé ou ne se sont pas terminés au cours de l'année. Pour le nombre de journées de présence, seules les journées de présence en 2024 sont comptabilisées (les journées antérieures ou postérieures à 2024 sont exclues pour les séjours à cheval sur plusieurs années, dont 2024).





Sources

La SAE de la Drees décrit l'activité des établissements et les facteurs de production associés (capacités, personnel, etc.). Le 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 des établissements de santé. Le PMSI-HAD existe depuis 2005.

Cadrage

D'après la circulaire du 30 mai 2000¹, « l'HAD concerne les malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement de santé ». La circulaire de 2006² rappelle son caractère polyvalent et généraliste

En 2012, des décrets ouvrent son champ d'intervention à tous les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement. La circulaire du 4 décembre 2013³ indique que le développement de l'HAD s'inscrit dans la stratégie nationale de santé et définit quatre objectifs pour structurer l'offre sur le territoire. Le plan national « Soins palliatifs 2015-2018 »⁴ conforte, lui aussi, la place de l'HAD, en fixant des objectifs de prescription pour développer cette prise en charge particulière à tous les établissements de santé. Dans le cadre de la réforme des autorisations⁵, l'HAD devient une activité de soin à part entière, à l'instar, par exemple, des activités de MCO ou de SMR.

Définitions

> **Établissement d'HAD** : il peut s'agir d'un établissement autonome ne proposant que ce mode d'hospitalisation ou d'un établissement rattaché à un autre établissement pluridisciplinaire, disposant de services de court et moyen séjours traditionnels.

> **Activité réalisée** : elle peut être comptabilisée en séjours ou en journées.

> **Capacités de prise en charge** : en HAD, l'offre est mesurée par le nombre de patients potentiel maximal que les établissements déclarent pouvoir prendre en charge simultanément, chaque jour, à leur domicile. Auparavant, le terme de « places » était utilisé par analogie avec le nombre de lits et de places des services d'hospitalisation conventionnelle avec hébergement, mais cette analogie a des limites : prendre en charge un patient supplémentaire en HAD ne pose pas les mêmes questions qu'ouvrir un nouveau lit dans un service de MCO ou de SMR, l'HAD n'étant pas contrainte par une saturation des capacités d'hébergement, mais plutôt par le manque de ressources en personnel soignant ou en personnel coordinateur.

> **Durée moyenne de séjour** : elle est calculée à la fois pour les séjours terminés et pour les séjours terminés monoséquences, c'est-à-dire les séjours pour lesquels le mode de prise en charge principal est le même sur l'ensemble des séquences de soins constituant le séjour.

1. Circulaire du 30 mai 2000 disponible sur le site de Légifrance : <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/15980>.

2. Circulaire du 1^{er} décembre 2006 disponible sur le site du ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités : <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-01/a0010030.htm>.

3. Circulaire du 4 décembre 2013 disponible sur le site de Légifrance : <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/37726>.

4. Plan triennal 2015-2018 disponible sous ce lien : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/031215_-_plabe56.pdf.

5. Bulletin officiel disponible sous ce lien : <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2022/2022.21.sante.pdf>.

Pour en savoir plus

> **Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)** (2025, novembre). *Analyse de l'activité hospitalière 2024*. Note et rapport d'analyse.

> **Edgar, K., et al.** (2024, mars). Admission Avoidance Hospital at Home. Cochrane Database of Systematic Reviews.

> **Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (Fnehad)** (2025, octobre). *Rapport d'activité 2024-2025*.

> **Mauro, L.** (2017, décembre). Dix ans d'hospitalisation à domicile (2006-2016). Drees, *Les Dossiers de la Drees*, 23.

En 2024, 184 500 patients sont pris en charge en hospitalisation à domicile (HAD), pour 328 700 séjours, dont plus de la moitié concernent des patients de 65 ans ou plus. Les femmes sont prises en charge plus jeunes, 9 % de leurs séjours étant liés à la périnatalité. Deux tiers des admissions en HAD dépendent de quatre grands motifs de prises en charge : les soins techniques de cancérologie, les soins palliatifs, les traitements intraveineux, et les pansements complexes et soins spécifiques. La durée est liée au degré de dépendance des patients : les séjours pour soins de nursing lourds sont les plus longs et concernent les patients les plus dépendants. À l'inverse, les séjours pour soins techniques de cancérologie sont les plus courts, avec 96 % de patients autonomes ou faiblement dépendants. Plus d'un tiers des séjours d'HAD permettent d'éviter une hospitalisation en établissement de santé avec hébergement ; cette part était d'un quart avant la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19.

Depuis sa mise en place en 1957, l'hospitalisation à domicile (HAD) est destinée aux malades de tous âges (enfants, adolescents, adultes) atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, souvent multiples, évolutives ou instables, qui relèveraient d'une hospitalisation complète en l'absence de prise en charge en structure d'hospitalisation à domicile.

L'HAD s'adapte à des prises en charge variées, dont les durées sont liées au degré de dépendance des patients

En 2024, 184 500 patients sont pris en charge en HAD, pour 328 700 séjours (*tableau 1 et tableau complémentaire A*). Deux tiers des motifs d'admission en HAD dépendent de quatre grands modes de prises en charge : les soins techniques de cancérologie (22 % des séjours d'HAD), les soins palliatifs (18 %), les traitements intraveineux (14 %), ainsi que les pansements complexes et soins spécifiques (11 %). Par ailleurs, les séjours pour « autres motifs de prise en charge » (regroupant la prise en charge de la douleur, les transfusions sanguines, les surveillances d'aplasie et les autres traitements non cités ailleurs) progressent fortement depuis

la crise sanitaire et représentent 16 % des séjours d'HAD en 2024 (contre 9 % en 2019).

La durée des séjours d'HAD varie beaucoup suivant le motif d'admission. Les soins de nursing lourds¹, les pansements complexes et soins spécifiques, l'assistance respiratoire ou nutritionnelle, les soins palliatifs et la rééducation, réadaptation ou éducation donnent lieu à des séjours bien plus longs, qui s'adressent à des patients plus dépendants. S'agissant des séjours terminés et monoséquences², les séjours pour soins de nursing lourds durent en moyenne 60 jours (55 jours en 2019, avant la crise sanitaire), contre 15 jours pour la moyenne des séjours d'HAD (20 jours en 2019). Ils sont plus de huit fois plus longs que les séjours pour traitements intraveineux (7 jours), et quinze fois plus longs que les séjours pour soins techniques de cancérologie (4 jours). Ces derniers sont essentiellement constitués de chimiothérapie anticancéreuse (77 % d'entre eux), le reste relevant de la surveillance post-chimiothérapie. En périnatalité, les séjours concernent des post-partum pathologiques (44 %), la surveillance des grossesses à risque (36 %) ou la prise en charge de nouveau-nés à risque (18 %).

1. Les soins de nursing lourds regroupent des soins infirmiers dispensés à des malades plus dépendants que pour des soins infirmiers classiques. Les patients sont souvent en perte d'autonomie ou en fin de vie.

2. Un séjour est dit « monoséquence » lorsque le mode de prise en charge reste le même tout au long du séjour.

Le degré de dépendance des patients, lié notamment à leur âge, varie nettement en fonction du mode de prise en charge et explique, pour partie, la durée plus ou moins longue des séjours. En périnatalité ou en cancérologie, les patients sont, pour une très grande majorité, autonomes ou faiblement dépendants (96 % pour la cancérologie), alors que les patients en soins de nursing lourds sont, par définition, des malades ayant perdu toute autonomie : 92 % d'entre eux sont moyennement ou fortement dépendants (tableau 1). Les patients pris en charge en HAD pour soins palliatifs ou pour assistance respiratoire ou nutritionnelle sont également parmi les patients les plus dépendants (respectivement 75 % et 63 %

des séjours de patients moyennement à fortement dépendants).

Plus de la moitié des séjours d'HAD concernent des personnes âgées

Même si l'HAD n'a pas pour mission de répondre spécifiquement aux besoins des personnes âgées, leur part y est importante (graphique 1). En 2024, les patients de 65 ans ou plus totalisent ainsi 58 % des séjours (dont 27 % pour les 80 ans ou plus). Les enfants et adolescents (jusqu'à 15 ans) représentent, quant à eux, 7 % des séjours, dont 3,4 % pour les moins de 2 ans. Pour les femmes, les soins techniques de cancérologie sont le premier motif de prise en charge en HAD (22 % des séjours).

Tableau 1 Répartition des séjours d'HAD selon le mode de prise en charge principal et le degré de dépendance du patient observés à l'admission en 2024

Modes de prises en charge principaux regroupés ¹	Nombre de séjours ³ (en milliers)	Nombre de journées de présence ⁴ (en milliers)	Pour les séjours monoséquences terminés en 2024 ⁵	Degré de dépendance globale du patient, observé à l'admission			
			Durée moyenne (en journées)	Patients complètement autonomes (en %)	Patients faiblement dépendants (en %)	Patients moyennement dépendants (en %)	Patients fortement dépendants (en %)
Soins techniques de cancérologie	73,6	517,4	4,4	61,3	34,5	3,7	0,5
Soins palliatifs	60,0	2 140,8	27,2	2,1	22,4	32,6	42,9
Autres motifs de prises en charge ²	54,0	710,1	7,0	28,8	27,5	13,5	30,2
Traitements intraveineux	45,8	560,4	6,8	41,3	36,2	13,7	8,7
Pansements complexes et soins spécifiques	37,6	1 862,9	44,1	19,6	43,2	23,7	13,4
Périnatalité	17,7	253,6	13,6	39,6	46,9	0,9	12,6
Assistance respiratoire ou nutritionnelle	14,4	636,4	34,3	2,6	34,6	30,5	32,3
Rééducation, réadaptation, éducation	12,1	371,5	23,4	4,8	49,9	31,1	14,3
Post-traitement chirurgical	8,2	217,1	18,2	15,3	68,5	13,0	3,2
Soins de nursing lourds	5,1	389,9	60,4	0,1	8,2	47,7	43,9
Sortie précoce de chirurgie	0,3	4,0	8,3	30,4	57,9	11,3	0,3
Ensemble	328,7	7 664,1	14,7	29,7	34,1	17,2	19,0

HAD : hospitalisation à domicile.

1. Les modes de prises en charge principaux sont ceux à l'admission. Ils sont agrégés selon un regroupement médical logique par rapport aux 23 modes de prises en charge existant dans le recueil.

2. Les autres motifs de prises en charge regroupent la prise en charge de la douleur, les transfusions sanguines, les surveillances d'aplasie et les autres traitements non cités ailleurs.

3. Les séjours comprennent ceux commencés en 2024 ou avant, terminés en 2024 ou après.

4. Les journées sont celles de l'année 2024 (les journées antérieures à 2024 sont exclues pour les séjours ayant commencé avant).

5. 309 000 séjours terminés sont comptabilisés en 2024, soit 94,0 % des séjours d'HAD, dont 219 000 séjours terminés et monoséquences (c'est-à-dire constitués d'un seul mode de prise en charge), soit 66,6 % des séjours d'HAD.

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

Source > ATI, PMSI-HAD 2024, traitements Drees.

La périnatalité, qui était encore le premier motif de prise en charge en 2014 (29 % des séjours), principalement pour les 25-39 ans, est désormais en cinquième position (9 % des séjours), du fait notamment de la restriction du champ des activités périnatales autorisées en HAD à la suite des recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS)³. Pour les hommes, l'HAD intervient principalement à partir de 40 ans (85 % des séjours). Pour eux, dans cette tranche d'âge, les soins palliatifs représentent presque un séjour sur quatre.

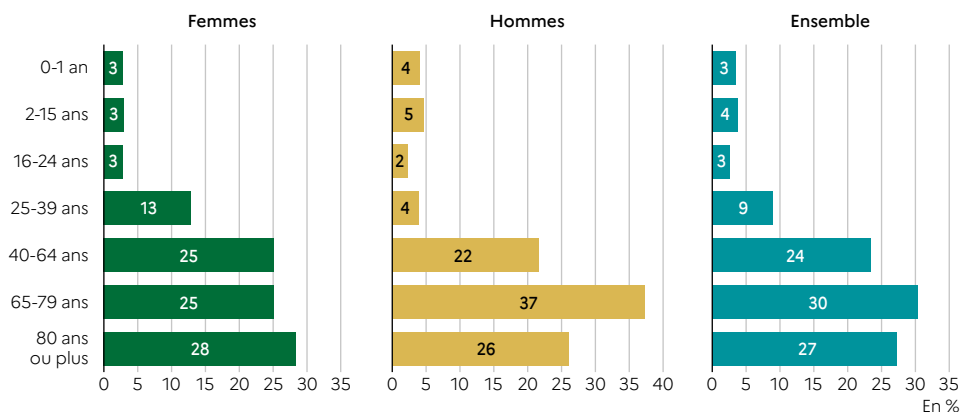
Une hospitalisation en établissement serait raccourcie ou évitée pour près de deux patients sur trois

L'HAD propose un système organisé et coordonné de soins complexes et continus entre l'hôpital et le médecin traitant de ville, qui lui confère ainsi un caractère multiforme. Ainsi, l'admission en HAD et la sortie d'HAD peuvent être prescrites aussi bien par le médecin hospitalier que par le médecin traitant. Son objectif peut être d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation.

La part de patients admis directement depuis leur domicile, en nette augmentation depuis le début de la crise sanitaire, poursuit sa progression (52 % en 2024, contre 37 % en 2019) [schéma 1]. Pour une majorité d'entre eux, l'HAD évite une hospitalisation en établissement de santé avec hébergement, puisque 37 % de ces séjours permettent aux patients de demeurer chez eux après le séjour (25 % en 2019). Par ailleurs, à défaut de l'éviter, l'HAD retarde l'hospitalisation complète pour 5 % des séjours, dans la mesure où les patients concernés sont transférés en établissement traditionnel à la suite de leur hospitalisation à domicile.

En outre, 48 % des séjours d'HAD concernent des patients admis après une prise en charge en établissement de santé traditionnel. La moitié d'entre eux évitent une hospitalisation complète en parvenant à rester à domicile après l'HAD (25 % des séjours), tandis que pour d'autres (16 %), une nouvelle hospitalisation reste nécessaire ensuite. Enfin, 17 % des séjours d'HAD s'achèvent par le décès du patient, principalement en soins palliatifs (où environ un séjour sur deux se conclut par un décès). ■

Graphique 1 Répartition des séjours selon l'âge et le sexe des patients hospitalisés à domicile en 2024

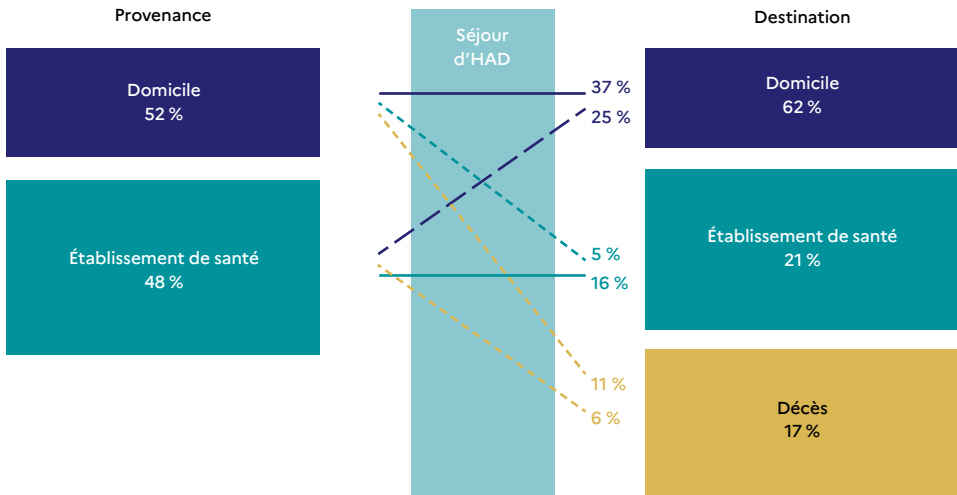


Lecture > En 2024, les séjours des patients de 25 à 39 ans représentent 13 % des séjours chez les femmes et 4 % chez les hommes.

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

Source > ATIH, PMSI-HAD 2024, traitements Drees.

3. Circulaire n° DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'HAD disponible sur le site Légifrance : <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/37726> et recommandations de bonnes pratiques de l'HAD datant d'avril 2011, disponibles sur le site de la Haute Autorité de santé : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1066375/fr/situations-pathologiques-pouvant-relever-de-l-hospitalisation-a-domicile-au-cours-de-l-ante-et-du-post-partum.

Schéma 1 Trajectoires de soins des patients ayant effectué un séjour d'HAD en 2024

HAD : hospitalisation à domicile.

Note > En 2024, 300 séjours ont été exclus du schéma, car il n'est pas possible de connaître la provenance ou la destination des patients correspondants, ni de savoir si les séjours sont terminés.

Lecture > En 2024, 48 % des séjours d'HAD sont précédés d'un séjour en établissement de santé, 62 % des séjours d'HAD se terminent par un retour à domicile. Pour 37 % des séjours, l'hospitalisation a été totalement évitée, puisque les patients ont eu une trajectoire domicile-HAD-domicile.

Champ > Les 309 000 séjours d'HAD terminés en 2024 en France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA, pour lesquels les informations sur la provenance et la destination sont disponibles dans le PMSI-HAD.

Source > ATIH, PMSI-HAD 2024, traitements Drees.

Encadré Sources et méthodes**Champ**

Établissements de santé exerçant une activité d'hospitalisation à domicile (HAD) en France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy). L'activité d'HAD vient compléter ou se substituer à celle des champs de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) et de soins médicaux et de réadaptation (SMR), mais pas à celle de psychiatrie. L'HAD se distingue aussi des soins infirmiers, de la dialyse à domicile et des prestataires de services. Le nombre d'établissements est comptabilisé à partir de l'appariement entre le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et la statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Le nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément est déclaré dans la SAE, tandis que l'activité est enregistrée dans le PMSI. Les séjours comptabilisés comprennent ceux commencés en 2024 ou avant, terminés en 2024 ou après. Seules les journées de 2024 sont comptabilisées (les journées antérieures ou postérieures à 2024 sont exclues pour les séjours à cheval sur plusieurs années, dont 2024).

Sources

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la Drees décrit l'activité des établissements et les facteurs de production associés (capacités, personnel, etc.).

Le 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 des établissements de santé. Le PMSI-HAD existe depuis 2005.

Définitions

> **Mode de prise en charge :** il s'agit d'un traitement prescrit et appliqué au patient. Plusieurs modes de prises en charge peuvent se conjuguer au cours d'une même période. Le mode principal est celui qui consomme l'essentiel des ressources. ●●●



> **Degré de dépendance** : il est évalué d'après la grille des activités de la vie quotidienne (AVQ) comprenant six dimensions (habillage, déplacement et locomotion, alimentation, continence, comportement, relation et communication). La dépendance physique est mesurée par les scores des quatre premières dimensions, la dépendance cognitive par les scores des deux dernières. Le score global est regroupé en quatre classes : complètement autonome, faiblement dépendant, moyennement dépendant et fortement dépendant.

Pour en savoir plus

- > **Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)** (2025, décembre). *Analyse de l'activité hospitalière 2024 en hospitalisation à domicile*. Note et rapport d'analyse.
- > **Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (Fnehad)** (2025, octobre). *Rapport d'activité 2024-2025*.

En 2024, 1 793 établissements de santé déclarent une activité de soins médicaux et de réadaptation (SMR) en France. Ils disposent de 101 300 lits et 20 400 places dédiés au moyen séjour, soit 27 % des capacités d'hospitalisations complète ou partielle du territoire. La Réunion, la Guadeloupe et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur sont les régions ayant la plus forte densité de lits et de places. 1,5 million de séjours et 36,0 millions de journées d'hospitalisations complète ou partielle sont enregistrés en SMR, soit 28 % de l'activité hospitalière totale de 2024. L'hospitalisation complète reste prédominante, représentant 84 % des capacités. La part de l'hospitalisation partielle est plus importante dans le secteur privé, où elle atteint 20 % des capacités. Si l'activité d'hospitalisation complète augmente depuis 2023, elle reste inférieure de 13 % à son niveau d'avant la crise sanitaire. En revanche, l'activité d'hospitalisation partielle dépasse de 27 % son niveau de 2019.

Les capacités d'accueil en SMR continuent d'augmenter en 2024, portées par la création de places d'hospitalisation partielle

L'offre de soins médicaux et de réadaptation (SMR, anciennement dénommés soins de suite et de réadaptation) est assurée par 1 793 établissements de santé en France (tableau 1). Près d'un établissement sur deux relève du secteur public (49 %), la moitié restante étant répartie à parts presque égales entre les secteurs privés à but lucratif et non lucratif (respectivement 27 % et 24 %).

En 2024, l'ensemble des établissements de santé dispose de 101 300 lits et 20 400 places de SMR, représentant en cumulé 27 % des capacités hospitalières totales (court, moyen, long séjours et psychiatrie confondus). Ces capacités d'accueil sont réparties pour 36 % dans les cliniques privées, 35 % dans les hôpitaux publics et 29 % dans les établissements privés à but non lucratif.

Les capacités d'accueil en hospitalisations complète ou partielle en moyen séjour augmentent de 0,9 % par rapport à 2023 (graphique 1). Cette hausse, bien que modérée, est la plus forte progression depuis 2015, devant celle observée en 2023 (+0,8 %). En effet, le total cumulé de lits et de places est resté assez stable entre 2015 et

2022 (+0,2 % en moyenne annuelle). L'apparente stabilité au cours de cette période masque, cependant, un report des modalités de prises en charge vers le temps partiel, et entre secteurs.

Ainsi, entre 2015 et 2022, le nombre de lits en hospitalisation complète a diminué de 0,6 % par an en moyenne (soit une baisse cumulée de 4 400 lits, entièrement portée par les secteurs public et privé à but non lucratif) [tableau complémentaire A], tandis que le nombre de places en hospitalisation partielle augmentait de 6,0 % en moyenne annuelle (soit une hausse de 6 000 places, majoritairement portée par les cliniques privées). Considérant la seule hospitalisation complète, cette tendance s'est poursuivie en 2023 (-0,2 %, soit -200 lits), mais elle s'est atténuée en 2024 (-0,1 %). Pour sa part, le nombre de places en hospitalisation partielle poursuit sa progression (+1 200 places soit +6,4 % en 2024, comme en 2023).

En 2024, l'activité de SMR poursuit son rebond et se rapproche de son niveau d'avant la crise sanitaire

En 2020, l'activité de SMR a subi une baisse sans précédent, du fait des déprogrammations massives d'interventions liées à l'épidémie de Covid-19 (-17,6 % de séjours et -12,5 % de journées par rapport à 2019), en rupture avec la dynamique

précédant la crise, caractérisée par une hausse des séjours et une diminution des journées (respectivement +0,4 % et -0,5 % en moyenne annuelle entre 2015 et 2019) [graphique 2 et tableau complémentaire B].

Depuis 2023, l'activité connaît un rebond, qui se confirme en 2024 : les nombres de séjours et de journées sont repartis à la hausse (respectivement +4,8 % et +2,6 % en 2024, après +5,8 % et +4,1 % en 2023). Cette reprise est essentiellement portée par l'activité d'hospitalisation à temps partiel, dont le nombre de séjours a augmenté en moyenne de 13,5 % entre le point bas de 2020 et 2024 (+9,2 % en 2024), et le nombre de journées de +17,5 % (+8,3 % en 2024). En 2024, les établissements de santé comptabilisent ainsi

1,5 million de séjours de SMR (dont 38 % à temps partiel), et 36,0 millions de journées (dont 16 % à temps partiel), soit 28 % de l'activité hospitalière totale mesurée en nombre de journées. Si le nombre de séjours retrouve quasiment son niveau d'avant la crise sanitaire (1,5 million de séjours), le nombre de journées reste inférieur à celui de 2019 (37,4 millions de journées), tout comme l'activité d'hospitalisation complète (inférieure de 13 % à son niveau de 2019 en nombre de séjours). En revanche, l'activité à temps partiel dépasse désormais de 27 % son niveau d'avant la crise sanitaire (552 500 séjours pour 5,9 millions de journées en 2024, contre 433 900 séjours pour 4,6 millions de journées en 2019).

Tableau 1 Capacités, activité et personnel des établissements disposant de capacités de SMR selon leur statut juridique en 2024

	Secteur public	Secteur privé à but non lucratif	Secteur privé à but lucratif	Ensemble
Nombre d'établissements	875	437	481	1 793
Nombre de lits et de places, dont :				
places d'hospitalisation partielle (part en %)	42 125 4 590 (11 %)	35 128 6 807 (19 %)	44 380 8 965 (20 %)	121 633 20 362 (17 %)
Nombre de séjours (en milliers), dont :				
hospitalisation partielle (part en %)	549 207 (38 %)	407 171 (42 %)	497 175 (35 %)	1 453 552 (38 %)
Nombre de journées de présence (en milliers), dont :				
hospitalisation partielle (part en %)	12 245 1 152 (9 %)	9 504 1 835 (19 %)	14 301 2 902 (20 %)	36 050 5 889 (16 %)
Durée moyenne des séjours d'hospitalisation complète terminés¹ en 2024 (en journées)	37,0	36,0	38,6	37,3
Ratio moyen de personnel aide-soignant (ETP par lit ou place)	0,5	0,3	0,2	0,4
Ratio moyen de personnel infirmier (ETP par lit ou place)	0,3	0,2	0,2	0,3
Ratio moyen de personnel de rééducation² (ETP par lit ou place)	0,1	0,1	0,1	0,1
Ratio moyen d'autres types de personnels³ (ETP par lit ou place)	0,2	0,3	0,2	0,2

SMR : soins médicaux et de réadaptation ; ETP : équivalent temps plein.

1. En 2024, 900 335 séjours d'hospitalisation complète en SMR, soit 62 % des séjours de ce type, sont terminés dans l'année.

2. Le personnel désigné comme personnel de rééducation ou rééducateurs comprend les kinésithérapeutes, les orthophonistes, les ergothérapeutes, les psychomotriciens et les diététiciens.

3. Les autres types de personnels regroupent le personnel administratif, technique et médico-technique, le personnel éducatif, les psychologues et les assistants de service social.

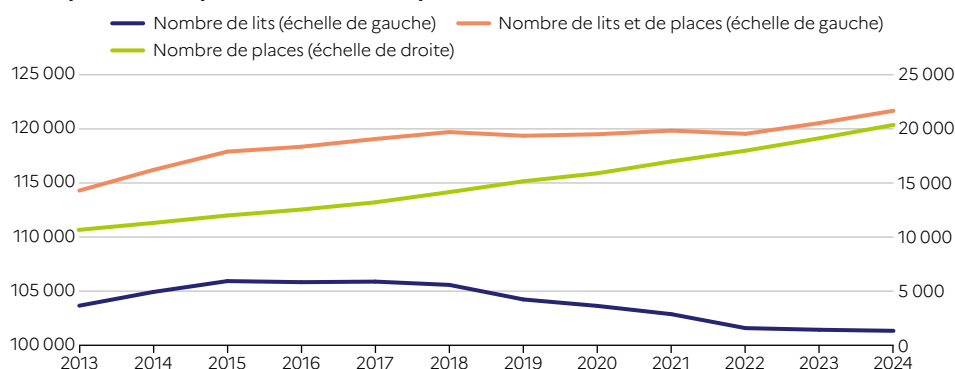
Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris les SSA et les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, tous types d'hospitalisations confondus.

Sources > ATIH, PMSI-SMR 2024 pour l'activité, traitements Drees ; SAE 2024 pour les capacités et le personnel, traitements Drees.

Considérant la répartition de l'activité par secteur, la part relative du secteur privé à but non lucratif est un peu plus faible en nombre de journées (26 %) qu'en nombre de lits et de places (29 %) ou de séjours (28 %). Cette situation est liée au fait que, si l'hospitalisation complète domine encore largement l'activité de SMR (84 % des journées), l'hospitalisation partielle est plus développée dans le secteur privé (20 %

des journées dans le secteur privé à but lucratif et 19 % dans le secteur privé à but non lucratif, contre 9 % dans le secteur public). Ces différences pourraient s'expliquer, en partie, par la diversité des patientèles prises en charge. Par exemple, les patients des établissements privés à but non lucratif sont en moyenne plus jeunes (voir fiche 16, « Les patients suivis en soins médicaux et de réadaptation »).

Graphique 1 Nombre de lits d'hospitalisation complète et de places d'hospitalisation partielle en SMR depuis 2013

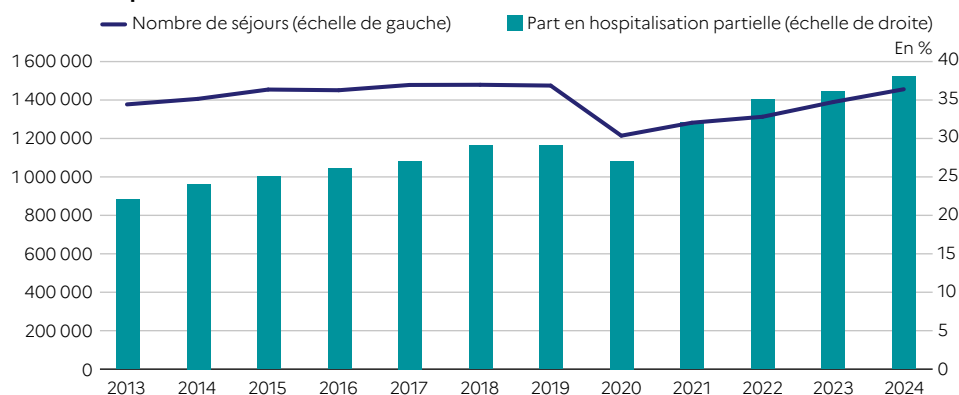


Note > Soins de suite et de réadaptation (SSR) avant 2023 ; soins médicaux et de réadaptation (SMR) ensuite.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA et les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, tous types d'hospitalisations confondus.

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

Graphique 2 Nombre de séjours dans les établissements exerçant une activité de SMR depuis 2013



Note > Soins de suite et de réadaptation (SSR) avant 2023, soins médicaux et de réadaptation (SMR) ensuite.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA et les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, tous types d'hospitalisations confondus.

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

Enfin, la durée moyenne des séjours d'hospitalisation complète est plus élevée dans les cliniques privées à but lucratif (38,6 jours) que dans les hôpitaux publics (37,0 jours) ou dans les cliniques privées à but non lucratif (36,0 jours) [tableau 1].

Le personnel non médical en SMR est majoritairement soignant

Calculé en équivalent temps plein (ETP), le personnel non médical des établissements exerçant une activité de SMR est en moyenne de 1,0 ETP par lit ou place : 0,4 ETP de personnel aide-soignant, 0,3 ETP de personnel infirmier, 0,1 ETP de personnel de rééducation (kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes, psychomotriciens, diététiciens) et 0,2 ETP d'autres types de personnels (personnel administratif, technique et médico-technique, personnel éducatif, psychologues, assistants de service social) [tableau 1]. Les établissements publics allouent en moyenne deux fois plus d'aides-soignants (0,5 ETP par lit ou place) que les cliniques privées (0,2 ETP). Le personnel médical est nettement moins nombreux (0,02 ETP par lit ou place dans l'ensemble des établissements) et compte essentiellement des médecins généralistes, des médecins de médecine physique et de réadaptation, ainsi que des gériatres.

La Réunion, la Guadeloupe et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur ont les densités de lits et de places les plus élevées en SMR

Au niveau national, la densité moyenne des capacités en SMR s'élève à 434 lits et places pour 100 000 habitants de 50 ans ou plus¹. La tendance à la baisse de cette densité moyenne (465 en 2016, avec une baisse moyenne annuelle de 0,8 % depuis) ne se traduit pas par une diminution équivalente du nombre de lits et de places, qui reste stable au cours des dernières

années. Cette situation s'explique notamment par la croissance démographique de la population âgée de 50 ans ou plus au cours de la même période.

Les régions qui se distinguent par les densités de lits et de places les plus élevées sont La Réunion (546 lits et places pour 100 000 habitants de 50 ans ou plus), la Guadeloupe (527), la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca) [520], l'Occitanie (493), l'Île-de-France (478) et la Corse (455) [tableau 2]. Dans ces régions, le rapport du taux d'hospitalisation standardisé² au taux national est aussi supérieur à 1, ce qui indique que les hospitalisations en SMR y sont plus fréquentes que la moyenne nationale, indépendamment de la structure d'âge et de sexe.

À l'opposé, Mayotte, les Pays de la Loire et la Guyane sont parmi les régions les moins équipées en SMR (avec des densités respectives de 179, 346 et 353 pour 100 000 habitants de 50 ans ou plus), et parmi celles où les hospitalisations en SMR sont les moins fréquentes (hormis la Guyane).

Les flux de patients entre régions peuvent contribuer à compenser ces disparités territoriales de l'offre. Plusieurs régions, souvent faiblement dotées en SMR, voient plus souvent leurs résidents être pris en charge dans d'autres régions qu'ils n'accueillent de patients non résidents. En d'autres termes, ces régions présentent un solde négatif entre taux d'entrée et taux de fuite des patients. C'est notamment le cas de Mayotte, de la Guyane, de la Corse, et dans une moindre mesure de la Guadeloupe et de la Martinique. À l'inverse, la Nouvelle-Aquitaine, l'Occitanie et la région Paca ont un solde positif lié à des capacités d'accueil plus élevées que la moyenne nationale. Ces statistiques méritent d'être approfondies à un échelon infrarégional. Si, dans certaines régions, l'offre de SMR est plutôt homogène, de fortes disparités départementales existent en effet dans d'autres (carte 1). Ainsi, la région Occitanie, avec une densité de 493 lits et

1. Les séjours des patients de 50 ans ou plus représentent 80 % des séjours de SMR.

2. La standardisation de ce taux prend en compte la structure d'âge et de sexe de la population, ce qui signifie qu'une fréquence d'hospitalisation plus élevée dans une région donnée ne s'explique pas par une surreprésentation des personnes âgées dans cette région.

places de SMR pour 100 000 habitants de 50 ans ou plus, occupe la deuxième place des régions métropolitaines les mieux dotées. Cependant, les densités infrarégionales y sont très hétérogènes : sur les treize départements qui la composent, six ont des densités supérieures ou égales

à 512 lits et places pour 100 000 habitants de 50 ans ou plus (correspondant au dernier quintile au niveau national), alors que cinq autres ont des densités inférieures à 417 lits et places pour 100 000 habitants de 50 ans ou plus (correspondant à la médiane). ■

Tableau 2 Solde entre les taux d'entrée et les taux de fuite en SMR selon la région d'hospitalisation en 2024

	Densité de lits et de places ¹	Solde sur l'ensemble de l'activité ²	Rapport du taux d'hospitalisation standardisé au taux national ³
Provence-Alpes-Côte d'Azur	520	1,6	1,13
Occitanie	493	2,1	1,08
Île-de-France	478	0,5	1,17
Corse	455	-8,1	1,02
Hauts-de-France	431	-0,2	1,10
Bourgogne-Franche-Comté	428	-1,7	1,06
Normandie	427	-0,8	1,06
Auvergne-Rhône-Alpes	415	-1,3	0,97
Centre-Val de Loire	403	-2,6	0,91
Grand Est	399	-0,1	1,01
Nouvelle-Aquitaine	383	2,8	1,01
Bretagne	368	0,2	0,95
Pays de la Loire	346	-2,4	0,78
La Réunion	546	0,0	1,07
Guadeloupe	527	-4,9	1,19
Martinique	357	-3,6	0,88
Guyane	353	-11,0	1,46
Mayotte	179	-31,7	0,16
France	434	-	1,00

SMR : soins médicaux et de réadaptation.

1. Densité de lits et de places pour 100 000 personnes de 50 ans ou plus.

2. Le solde est la différence entre le taux d'entrée (proportion des séjours des non-résidents d'une région pris en charge dans la région) et le taux de fuite (proportion des séjours des résidents d'une région pris en charge dans une autre région) par région. Un solde négatif indique qu'il y a davantage de résidents pris en charge dans d'autres régions que de patients non résidents pris en charge dans la région, et inversement.

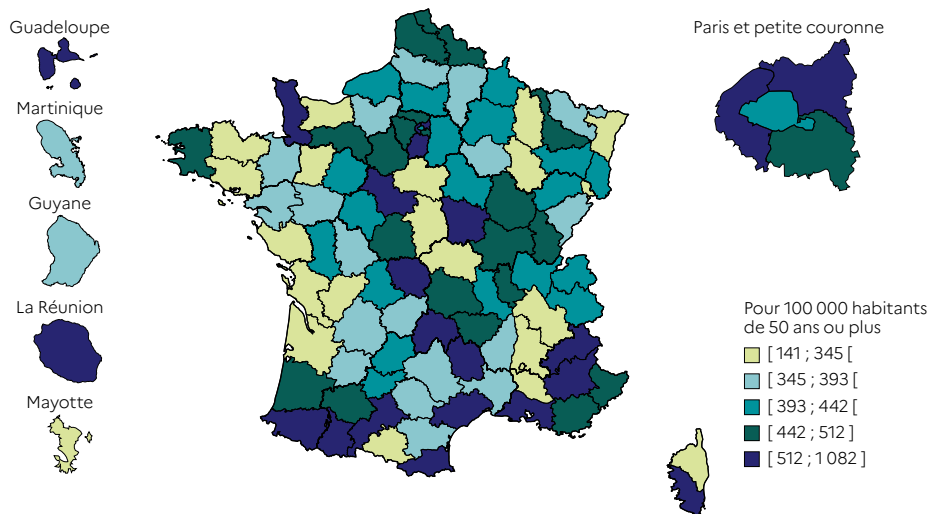
3. Méthode de standardisation directe selon le sexe et l'âge. Un taux supérieur à 1 indique que les hospitalisations en SMR sont plus fréquentes dans une région donnée qu'en moyenne nationale, indépendamment de la structure d'âge et de sexe.

Note > Dans les éditions antérieures à 2025 de cette fiche, il était tenu compte des capacités de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin, mais pas de leur population, dans le calcul de la densité de la Guadeloupe. De ce fait, cette dernière est corrigée à la baisse.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA et les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, tous types d'hospitalisations confondus. Les données sur la Guadeloupe incluent Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Sources > ATIH, PMSI-SMR 2024, traitements Drees ; Drees, SAE 2024, traitements Drees ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2024.

Carte 1 Densité des capacités en lits et en places de SMR par département au 31 décembre 2024



SMR : soins médicaux et de réadaptation.

Notes > Les bornes correspondent à une répartition en quintiles. Dans les éditions antérieures à 2025 de cette fiche, il était tenu compte des capacités de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin, mais pas de leur population, dans le calcul de la densité de la Guadeloupe. De ce fait, cette dernière est corrigée à la baisse.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA et les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, tous types d'hospitalisations confondus. Les données sur la Guadeloupe incluent Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Sources > Drees, SAE 2024, traitements Drees ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2024.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Établissements de santé en France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy) exerçant une activité de soins médicaux et de réadaptation (SMR) en 2024, y compris le service de santé des armées (SSA) et les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires. L'activité comprend des prises en charge polyvalentes ou spécialisées, soit pour les conséquences fonctionnelles de certaines affections (appareil locomoteur, système nerveux, cardiovasculaires, etc.), soit pour des populations particulières (personnes âgées à polyopathologies, enfants, etc.). Les capacités d'accueil sont déclarées dans la statistique annuelle des établissements de santé (SAE), tandis que l'activité est enregistrée dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Les séjours comptabilisés comprennent ceux commencés en 2024 ou avant, terminés en 2024 ou après. Seules les journées de 2024 sont comptabilisées (les journées antérieures ou postérieures à 2024 sont exclues pour les séjours à cheval sur plusieurs années, dont 2024).

Sources

La SAE de la Drees décrit l'activité des établissements et les facteurs de production associés (capacités, personnel, etc.). Le 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 des établissements de santé. Le PMSI-SMR, créé en 2008, s'est développé progressivement. Depuis 2013, le recueil est exhaustif et les données ne sont plus pondérées.

Définitions

- > **Taux d'entrée** : proportion des séjours des non-résidents d'une région pris en charge dans la région.
- > **Taux de fuite** : proportion des séjours des résidents d'une région pris en charge dans une autre région.
- > **Taux d'hospitalisation standardisé** : la standardisation du taux d'hospitalisation régional (rapport du nombre de patients résidents hospitalisés à la population de la région) consiste à affecter aux taux d'hospitalisation par sexe et âge de chaque région, la structure par sexe et âge de la France.

Pour en savoir plus

> **Charavel, C., Mauro, L., Seimandi, T.** (2018, novembre). Les soins de suite et de réadaptation entre 2008 et 2016 : forte progression de l'activité, en réponse au vieillissement de la population. Drees, *Les Dossiers de la Drees*, 30.

En 2024, les établissements de santé réalisent 1,5 million de séjours, soit 36,0 millions de journées d'hospitalisation, en soins médicaux et de réadaptation (SMR) pour 1 003 800 patients. Les patients en SMR sont âgés (la moitié d'entre eux ont 70 ans ou plus) et sont plus souvent des femmes. Neuf séjours d'hospitalisation partielle sur dix concernent des patients autonomes ou faiblement dépendants, contre un sur deux en hospitalisation complète. Les soins s'effectuent plus fréquemment à la suite de lésions traumatiques, de pathologies cardiovasculaires, ainsi que d'arthropathies (poses de prothèses) ou de syndromes paralytiques.

La patientèle en SMR reste plutôt âgée et féminine en 2024

En 2024, l'activité de soins médicaux et de réadaptation (SMR) atteint 1,5 million de séjours (*tableau 1*) et 36,0 millions de journées (voir fiche 15 « L'offre de soins médicaux et de réadaptation dans les établissements de santé ») pour un total de 1 003 800 patients pris en charge. L'hospitalisation complète reste la principale modalité de soins, mais la part de l'hospitalisation partielle augmente progressivement, pour atteindre 38 % des séjours en 2024 (contre 25 % en 2015).

Les patients en SMR sont majoritairement des femmes (53 %) et sont plutôt âgés : l'âge moyen des patients à l'admission est de 65 ans (68 ans pour les femmes et 62 ans pour les hommes) et au moins la moitié d'entre eux ont 70 ans ou plus. C'est dans les établissements publics que les patients sont les plus âgés (68,2 ans en moyenne, contre 67,8 ans dans les cliniques privées et 57,0 ans dans les établissements privés à but non lucratif).

En hospitalisation complète, les femmes sont plus nombreuses que les hommes (57 %, contre 48 % en hospitalisation partielle) et plus âgées à l'admission (74 ans, contre 67 ans pour les hommes). La différence d'âge moyen à l'admission est moindre en hospitalisation partielle entre les femmes et les hommes (55 ans pour les femmes et 54 ans pour les hommes). En hospitalisation complète, la durée moyenne des séjours est de 37 jours (voir fiche 15). Elle augmente

légèrement avec l'âge et atteint 39 jours pour les patients de 85 ans ou plus.

Neuf séjours d'hospitalisation partielle sur dix concernent des patients autonomes ou faiblement dépendants

Les patients qui bénéficient de séjours d'hospitalisation partielle présentent moins fréquemment de dépendance, au sens de la grille des activités de la vie quotidienne (AVQ) [encadré Sources et méthodes]. Ainsi, pour 89 % des séjours d'hospitalisation partielle, les patients sont autonomes ou faiblement dépendants lors de leur admission (*graphique 1*). En hospitalisation complète, cette proportion n'est que de 48 %. La dépendance globale s'améliore entre l'admission et la sortie. Cette évolution repose surtout sur l'amélioration de la dépendance physique, la dépendance cognitive évoluant peu. En hospitalisation complète, le gain d'autonomie est, en général, plus fort qu'en hospitalisation partielle, en raison notamment du plus grand degré de dépendance à l'admission.

Les motifs de prises en charge varient selon l'âge et le statut de l'établissement

Les séjours sont majoritairement motivés par des maladies du système ostéo-articulaire (20 %, dont les suites de poses de prothèses pour arthropathie), des affections du système nerveux (14 %, dont les syndromes paralytiques) ou de l'appareil cardiovasculaire (12 %, dont les cardiopathies ischémiques et l'insuffisance cardiaque),

ou encore des lésions traumatiques (12 %, dont les fractures du membre inférieur, du membre supérieur, du rachis mais aussi, parfois, des complications de prothèses ou d’implants) [tableau 2].

Parmi les autres motifs fréquents de prise en charge figurent les chutes et troubles de la marche (8 %), les troubles mentaux (7 %, dont ceux liés à l’alcool ou aux substances psychoactives et les démences), ainsi que l’obésité (5 %). La répartition des séjours varie selon l’âge des patients. Pour chaque tranche d’âge, certaines

pathologies sont plus représentées. Ainsi, pour les patients de moins de 18 ans, les séjours concernent principalement la prise en charge des syndromes paralytiques (19 %) et de l’obésité (14 %). Chez les 18-34 ans, la répartition des séjours reste assez similaire, avec cependant une prévalence plus élevée de lésions traumatiques (17 % des séjours).

Les patients de 35 à 69 ans se caractérisent par davantage de séjours pour cardiopathies ischémiques (correspondant à un manque d’oxygène au niveau du muscle du cœur, 10 %). Chez les

Tableau 1 Nombre de séjours de SMR, âge moyen et âge médian à l’admission, par sexe et type de séjour en 2024

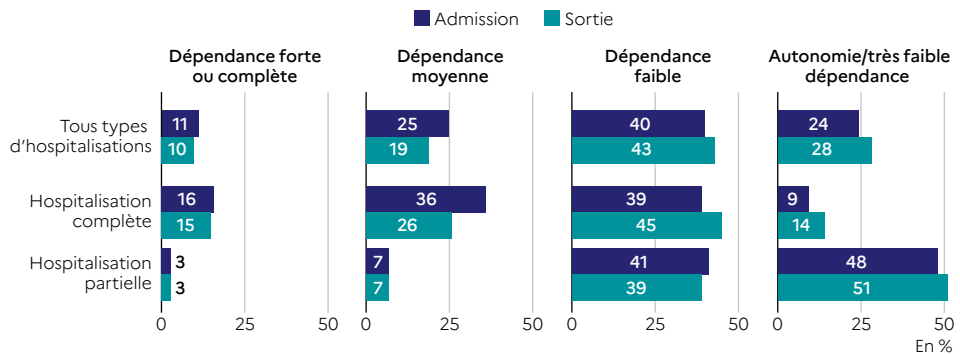
	Ensemble des séjours				Séjours d’hospitalisation complète			Séjours d’hospitalisation partielle		
	Nombre de séjours (en milliers)	Nombre de séjours (en %)	Âge moyen à l’admission	Âge médian à l’admission	Nombre de séjours (en milliers)	Nombre de séjours (en %)	Âge moyen à l’admission	Nombre de séjours (en milliers)	Nombre de séjours (en %)	Âge moyen à l’admission
Femmes	775	53	68	73	510	57	74	265	48	55
Hommes	678	47	62	66	391	43	67	287	52	54
Ensemble	1 453	100	65	70	900	100	71	552	100	55

SMR : soins médicaux et de réadaptation.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA et les maisons d’enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, tous types d’hospitalisations confondus.

Source > ATIH, PMSI-SMR 2024, traitements Drees.

Graphique 1 Répartition des séjours de SMR selon le degré de dépendance globale des patients à l’admission et à la sortie, et le type d’hospitalisation, en 2024



SMR : soins médicaux et de réadaptation.

Note > L’état de dépendance à la sortie est également renseigné pour les 2,0 % de patients décédés lors de leur hospitalisation. Ces patients sont inclus dans le graphique.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA et les maisons d’enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, tous types d’hospitalisations confondus.

Source > ATIH, PMSI-SMR 2024, traitements Drees.

70-84 ans, les séjours pour suites de poses de prothèses pour arthropathie (hanche ou genou) sont plus fréquents (17 %), tout comme ceux pour lésions traumatiques (13 %) et chutes et anomalies de la démarche et de la motilité (9 %),

qui vont croissant avec l'âge et représentent respectivement 26 % et 16 % des séjours des patients de 85 ans ou plus. Les lésions traumatiques sont également plus fréquentes dans cette tranche d'âge (26 %).

Tableau 2 Répartition des séjours de SMR selon la morbidité enregistrée à l'admission en 2024

Morbidité à l'admission	Nombre de séjours (en milliers)	Part de la pathologie (en %)					
		Tous les âges	Séjours des moins de 18 ans	Séjours des 18-34 ans	Séjours des 35-69 ans	Séjours des 70-84 ans	Séjours des 85 ans ou plus
Affections de l'appareil cardiovasculaire, dont :	175	12	0	3	17	12	9
cardiopathies ischémiques	82	6	0	1	10	5	1
insuffisance cardiaque	32	2	0	1	2	2	4
atteintes non rhumatismales des valvules cardiaques	16	1	0	0	1	1	0
Affections de l'appareil respiratoire	52	4	2	1	4	4	4
Affections du système digestif, métabolique et endocrinien, dont :	109	7	19	12	10	4	3
diabète	11	1	3	1	1	1	0
obésité et autres excès d'apport	73	5	14	11	8	1	0
Covid-19	3	0	0	0	0	0	0
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes, dont :	208	14	9	18	8	15	27
lésions traumatiques	179	12	4	17	6	13	26
Maladies du système nerveux, dont :	208	14	27	22	18	11	6
maladies cérébrovasculaires ¹	13	1	0	0	1	1	1
paralysies cérébrales et autres syndromes paralytiques	147	10	19	18	14	7	3
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif, dont :	285	20	16	21	20	24	12
arthropathies	165	11	5	11	10	17	6
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs, dont :	192	13	7	8	9	15	22
chutes, anomalies de la démarche et de la motilité	113	8	3	3	4	9	16
Troubles mentaux, dont :	102	7	9	11	7	5	7
démences (y compris maladie d'Alzheimer)	28	2	0	0	0	3	5
troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool ou de substances psychoactives	39	3	0	7	6	0	0
Tumeurs malignes, dont :	54	4	1	1	3	5	3
organes digestifs	14	1	0	0	1	2	1
tumeurs malignes de sièges mal définis, secondaires et non précisés	5	0	0	0	0	1	0
organes respiratoires et intrathoraciques	10	1	0	0	1	1	0
Autres pathologies²	54	4	10	4	3	3	4
Non précisé	12	1	0	0	1	1	2
Total	1 453	100	100	100	100	100	100

SMR : soins médicaux et de réadaptation.

1. Y compris les accidents ischémiques transitoires et les syndromes vasculaires au cours de maladies cérébrovasculaires.

2. Affections des organes génito-urinaires, de la peau ; maladies infectieuses et parasitaires, du sang ; tumeurs bénignes, etc.

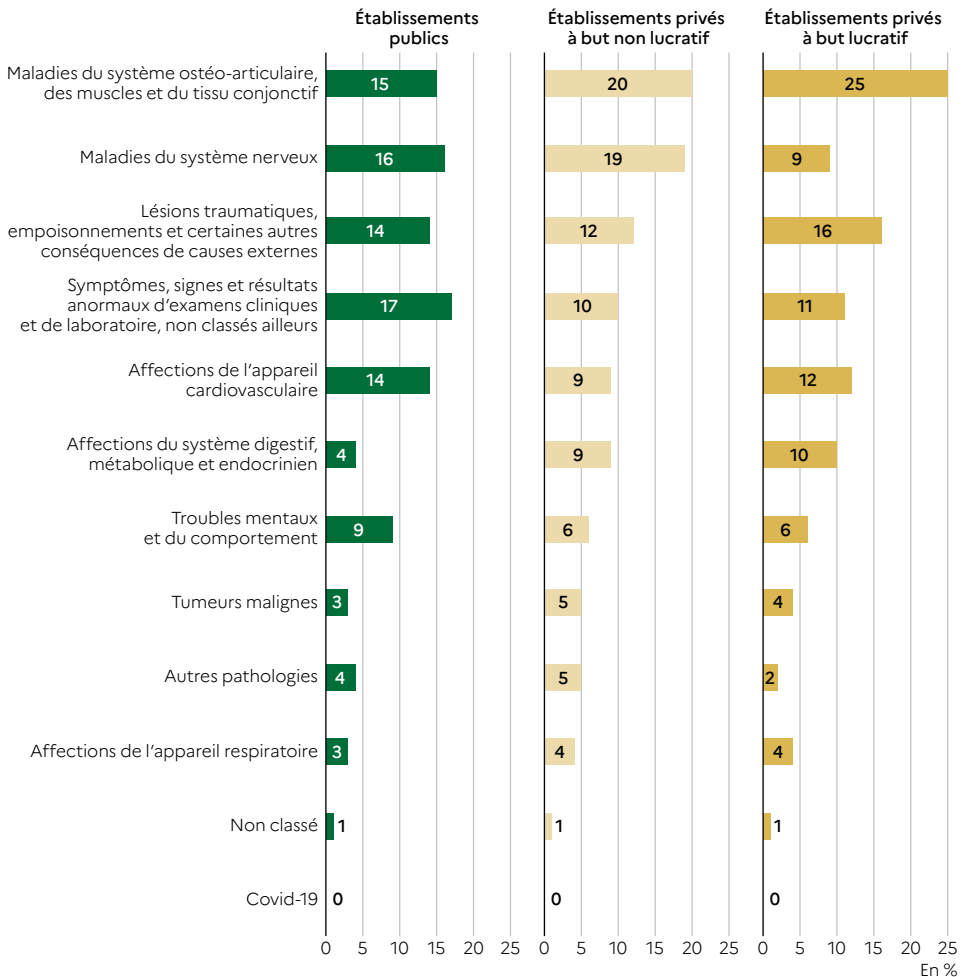
Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA et les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, tous types d'hospitalisations confondus.

Source > ATIH, PMSI-SMR 2024, traitements Drees.

Les établissements privés, à but lucratif ou non, et les établissements publics prennent en charge des séjours ayant des motifs légèrement différents (graphique 2). Comparativement aux autres secteurs, les cliniques privées à but lucratif prennent plus souvent en charge les séjours pour maladies du système ostéo-articulaire (25 % des séjours) ou pour suites de lésions traumatiques (16 % des

séjours). Les établissements privés à but non lucratif se distinguent par une part plus élevée de séjours pour suites de maladies du système nerveux (19 %), tandis que ceux du secteur public concentrent davantage de séjours liés aux troubles mentaux et du comportement (9 %), ainsi que pour suites de symptômes divers (17 %), dont les chutes et anomalies de la démarche et de la motilité. ■

Graphique 2 Répartition des séjours de SMR selon la morbidité enregistrée à l'admission et le statut juridique de l'établissement en 2024



SMR : soins médicaux et de réadaptation.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA et les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, tous types d'hospitalisations confondus.

Source > ATIH, PMSI-SMR 2024, traitements Drees.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Établissements de santé exerçant une activité de soins médicaux et de réadaptation (SMR) en 2024 en France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA) et les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires. L'activité comprend des prises en charge polyvalentes ou spécialisées, soit pour les conséquences fonctionnelles de certaines affections (appareil locomoteur, système nerveux, cardiovasculaire, etc.), soit pour des populations particulières (personnes âgées à polyopathologies, enfants, etc.). Les capacités d'accueil sont déclarées dans la statistique annuelle des établissements de santé (SAE), tandis que l'activité est enregistrée dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Les séjours comptabilisés comprennent ceux commencés en 2024 ou avant, terminés en 2024 ou après. Seules les journées de 2024 sont comptabilisées (les journées antérieures ou postérieures à 2024 sont exclues pour les séjours à cheval sur plusieurs années, dont 2024).

Sources

La SAE de la Drees décrit l'activité des établissements et les facteurs de production associés (capacités, personnel, etc.). Le 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 des établissements de santé. Le PMSI-SMR, créé en 2008, s'est développé progressivement. Depuis 2013, le recueil est considéré comme exhaustif et les données ne sont plus pondérées.

Définitions

Les informations médicales du PMSI-SMR sont la morbidité, principale et secondaire, les actes (de rééducation et médico-techniques) et l'approche de la dépendance des patients.

> **Appréciation de la morbidité principale** : elle repose sur l'association de la finalité principale de prise en charge (FPPC, ce qui a été fait au patient durant la semaine), de la manifestation morbide principale (MMP, le problème de santé sur lequel s'exerce le soin) et éventuellement de l'affection étiologique (AE, qui est le problème de santé à l'origine de la MMP).

> **Degré de dépendance** : il est évalué d'après la grille des activités de la vie quotidienne (AVQ), selon six dimensions : habillage, déplacement et locomotion, alimentation, continence, comportement, relation et communication. La dépendance physique est mesurée par les scores des quatre premières dimensions, la dépendance cognitive par les scores des deux dernières. Le score global est regroupé en quatre classes : totalement autonome ou très faiblement dépendant ; faiblement dépendant ; moyennement dépendant ; fortement ou complètement dépendant.

Pour en savoir plus

> **Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)** (2025, décembre). *Analyse de l'activité hospitalière 2024*. Note et rapport d'analyse.

> **Charavel, C., Mauro, L., Seimandi, T.** (2018, novembre). Les soins de suite et de réadaptation entre 2008 et 2016 : forte progression de l'activité, en réponse au vieillissement de la population. Drees, *Les Dossiers de la Drees*, 30.

> **De Peretti, C., Woimant, F., Schnitzler, A.** (2019, novembre). Les patientèles des SSR spécialisés pour les affections de l'appareil locomoteur et les affections du système nerveux. Drees, *Les Dossiers de la Drees*, 44.

En 2024, 13,6 millions de patients ont été hospitalisés à une ou plusieurs reprises en France. 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 plusieurs prises en charge successives, par exemple en court séjour puis en moyen séjour pour de la rééducation. Les patients hospitalisés plusieurs fois dans l'année souffrent de pathologies particulières. Les patients atteints d'affections du sang et de tumeurs représentent la plus forte proportion de ce type de parcours.

13,6 millions de patients ont été hospitalisés en France en 2024

En 2024, 13 567 700 patients ont été hospitalisés en France, dans l'un des 2 772¹ établissements de santé, publics ou privés. 664 600 patients y sont nés, 384 500 y sont décédés. Ce décompte a été réalisé à partir des données d'activité détaillées par séjour, transmises par les établissements dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) pour l'ensemble des prises en charge en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), en soins médicaux et de réadaptation (SMR), en psychiatrie et en hospitalisation à domicile (HAD).

Sept patients sur dix sont hospitalisés pour un épisode unique au cours de l'année

En 2024, près des deux tiers des patients (64 %) ont été hospitalisés une seule fois au cours de l'année et pour un seul séjour (*tableau 1*). Pour 4 % des patients, l'hospitalisation a comporté plusieurs séjours consécutifs tout en constituant un épisode unique de soins hospitaliers au cours de l'année. Il consiste en des prises en charge successives, sans interruption, dans plusieurs établissements ou plusieurs disciplines, par exemple en MCO, puis en SMR ou en HAD. 32 % des patients ont connu au moins une nouvelle hospitalisation à distance du premier séjour ou épisode. Pour 38 % de ces patients, la durée

entre deux épisodes d'hospitalisation est comprise entre deux et sept jours, pour 33 % entre huit et trente jours, pour 17 % entre un et trois mois, pour 8 % entre trois et six mois et, pour 4 % elle excède six mois (*tableau complémentaire A*). Il convient ainsi de distinguer trois grands types de parcours hospitaliers au cours de l'année (*tableau 1*) : les séjours uniques, les épisodes uniques de soins hospitaliers (avec un changement d'établissement ou de discipline au cours de la prise en charge) et les hospitalisations multiples. Les séjours uniques relèvent principalement du MCO. Pour les patients ayant effectué plusieurs séjours au cours d'un épisode unique de soins hospitaliers, les profils de parcours les plus fréquents sont un séjour en MCO qui s'est poursuivi immédiatement par une prise en charge en SMR (44 %) ou deux séjours en MCO dans deux établissements distincts (37 %). Pour les parcours constitués d'hospitalisations multiples au cours de l'année, les réadmissions uniquement dans la même discipline sont très fréquentes en MCO (86 % des hospitalisations avec réadmission en MCO) comme en psychiatrie (45 %). C'est plus rarement le cas en SMR (23 %) et en HAD (10 %), car ces parcours comportent aussi, très majoritairement, des réadmissions en MCO. Si l'on considère le champ sanitaire dans son ensemble et non plus le type de parcours interdisciplinaires, la prise en charge s'effectue

1. Il s'agit du nombre d'établissements ayant transmis les données correspondant à leur activité. Quelques établissements de psychiatrie ainsi que certains anciens hôpitaux locaux ne les ont pas fournies. Pour cette raison, ce nombre est inférieur au nombre total d'établissements (à savoir 2 962) indiqué dans la fiche 01, « Les grandes catégories d'établissements de santé ».

exclusivement en MCO pour 88,6 % des patients, en SMR pour 1,5 %, en HAD pour 0,2 % et en psychiatrie pour 1,7 %. 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.

L'hospitalisation concerne tous les âges de la vie, de façon variable selon l'âge et le sexe

Les patients sont âgés en moyenne de 50 ans (médiane à 55 ans) : 14 % d'entre eux ont moins de 18 ans, 25 % entre 18 et 44 ans, 41 % entre

45 et 74 ans et 20 % ont 75 ans ou plus. La proportion de femmes est de 54 %. Elle est naturellement plus élevée en raison des maternités (entre 18 et 44 ans), mais aussi des pathologies liées à la longévité, comme la cataracte ou les fractures du col du fémur.

Les patients ayant été hospitalisés à plusieurs reprises ou ayant eu un épisode unique de soins hospitaliers avec plusieurs séjours sont en moyenne plus âgés (respectivement 58 ans et 64 ans, contre 45 ans pour ceux ayant connu un séjour unique d'hospitalisation). Hors maternité (mères et nouveau-nés), l'âge moyen des

Tableau 1 Caractéristiques des patients en fonction des parcours de soins hospitaliers en 2024

	Ensemble des patients	Patients (en %)	Hospitalisation unique	Patients (en %)	Épisode unique hospitalier	Patients (en %)	Hospitalisations multiples	Patients (en %)
Nombre de patients	13 567 718	100,0	8 669 917	100,0	562 065	100,0	4 335 736	100,0
Âge moyen	50,2	-	45,4	-	63,7	-	58,1	-
Part des femmes (en %)	54,4	-	54,6	-	56,1	-	53,8	-
Nombre de naissances	664 583	4,9	569 117	6,6	12 358	2,2	83 108	1,9
Nombre de décès	384 458	2,8	129 821	1,5	59 394	10,6	195 243	4,5
Nombre de séjours dans l'année 2023 : médiane, p75, p90 ¹	1 / 2 / 4	-	1 / 1 / 1	-	2 / 3 / 4	-	3 / 4 / 9	-
Admission exclusivement en MCO ²	12 018 014	88,6	8 336 952	96,2	210 466	37,4	3 470 596	80,0
Admission exclusivement en SMR	201 340	1,5	153 827	1,8	1 585	0,3	45 928	1,1
Admission exclusivement en HAD	29 289	0,2	25 336	0,3	235	0,0	3 718	0,1
Admission exclusivement en psychiatrie	224 381	1,7	154 925	1,8	13 353	2,4	56 103	1,3

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

1. p75 et p90 signifient 75^e et 90^e percentiles. Parmi les patients ayant connu plusieurs hospitalisations dans l'année, 75 % ont été hospitalisés au cours de 4 séjours ou moins et 90 % l'ont été au cours de 9 séjours ou moins dans l'année.
 2. L'admission exclusivement en MCO correspond aux patients qui ont connu une ou plusieurs hospitalisations en MCO, mais qui n'en ont pas connu dans un autre champ. Un décompte analogue est effectué pour le SMR, l'HAD et la psychiatrie.

Notes > Les colonnes « Patients (en %) » donnent la proportion de patients ayant connu un séjour à l'hôpital dans l'année, pour chaque groupe de parcours de soins hospitaliers. Pour les épisodes uniques hospitaliers au cours de l'année, ceux-ci ne se font pas exclusivement dans la même discipline ou dans le même établissement.

Lecture > En 2024, 210 500 patients ayant connu un épisode unique hospitalier avec admission exclusive en MCO ont été dénombrés. Il s'agit des séjours en MCO commencés dans un premier établissement avec transfert vers un autre établissement de MCO. Ils représentent 37 % de l'ensemble des patients ayant connu un épisode hospitalier unique.

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

Sources > ATIH, PMSI-MCO, SMR, HAD, RIM-P 2024, traitements Drees.

patients hospitalisés à plusieurs reprises est de 59 ans, et celui des patients ayant eu un épisode unique composé de plusieurs séjours de 66 ans, traduisant un épisode aigu plus difficile à surmonter. L'âge moyen des patients ayant connu un séjour unique s'élève, pour sa part, à 50 ans.

Les patients souffrant d'affections du sang ou de tumeurs sont plus souvent hospitalisés plusieurs fois dans l'année

En 2024, 35 millions de séjours ont été réalisés, répartis dans dix-huit groupes médicaux de prise en charge (tableau 2), issus de l'algorithme de groupage du PMSI. Les affections du sang

Tableau 2 Groupes médicaux de prises en charge et caractéristiques des parcours de soins hospitaliers en 2024

	Nombre de séjours	Hospitalisation unique			Épisode unique hospitalier			Hospitalisations multiples		
		Nombre de patients	%	Âge ¹	Nombre de patients	%	Âge ¹	Nombre de patients	%	Âge ¹
Affections du système nerveux	1 645 853	449 568	41,6	54,2	77 288	7,2	68,8	552 971	51,2	58,0
Affections de l'œil	1 379 774	349 273	37,9	66,2	4 617	0,5	65,3	567 037	61,6	72,3
Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche	940 565	676 586	77,1	24,7	11 204	1,3	40,9	190 026	21,6	42,9
Affections de l'appareil respiratoire	1 180 822	318 589	37,9	52,1	65 502	7,8	68,3	457 271	54,3	61,9
Affections de l'appareil circulatoire	2 227 244	596 423	39,1	63,4	75 864	5,0	73,1	853 830	55,9	68,0
Affections du tube digestif, du foie, du pancréas	3 526 589	1 746 864	61,3	54,5	59 207	2,1	62,8	1 042 181	36,6	60,4
Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif	2 734 455	1 087 172	53,8	51,5	178 719	8,8	74,3	757 329	37,4	61,7
Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	981 285	477 261	57,0	46,4	23 066	2,8	65,2	335 729	40,2	60,6
Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	682 970	209 739	40,4	48,0	20 145	3,9	60,8	289 387	55,7	49,6
Affections génito-urinaires	1 805 488	723 620	53,1	46,1	33 776	2,5	67,5	605 995	44,4	60,2
Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	1 082 290	613 647	71,4	30,6	19 582	2,3	31,0	225 738	26,3	30,6
Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	691 458	571 943	86,4	0,0	12 204	1,8	0,0	78 195	11,8	0,0
Affections du sang, tumeurs de siège diffus	530 025	65 947	21,7	53,8	12 522	4,1	66,9	226 088	74,2	59,1
Maladies infectieuses et parasitaires	179 088	43 865	30,0	40,8	12 553	8,6	64,4	89 919	61,4	55,0
Maladies et troubles mentaux	1 154 207	235 472	38,0	44,3	79 640	12,9	47,6	304 620	49,1	44,3
Traumatismes, allergies et empoisonnements	476 609	109 698	38,2	38,4	27 229	9,5	46,7	149 887	52,3	47,1
Autres affections ou prises en charge	1 519 074	336 606	30,7	50,1	67 680	6,2	68,0	692 431	63,1	57,7
Traitements itératifs (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie)	12 439 347	53 508	6,1	52,0	29 027	3,3	67,9	793 773	90,6	64,9
Groupage en erreur, code diagnostic principal absent, clé de chaînage en erreur	34 054	5 259	26,7	37,7	5 102	25,9	45,5	9 332	47,4	41,2

1. Âge moyen des patients.

Notes > Les colonnes « % » donnent la proportion d'hospitalisations uniques, d'épisodes uniques hospitaliers et d'hospitalisations multiples, pour chaque groupe médical (GM). Pour les patients ayant connu plusieurs hospitalisations, le GM de prise en charge peut être différent d'une hospitalisation à la suivante. Par conséquent, la somme des décomptes de patients dans les groupes est supérieure au nombre de patients présenté dans le tableau 1, pour les épisodes uniques hospitaliers comme pour les hospitalisations multiples, soit respectivement 815 000 versus 562 000 et 8 222 000 versus 4 336 000.

Lecture > Parmi les patients ayant connu plusieurs hospitalisations non contiguës en 2024, 553 000 ont été pris en charge au moins une fois pour affections du système nerveux.

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

Sources > ATIH, PMSI-MCO, SMR, HAD, RIM-P 2024, traitements Drees.

et les tumeurs de siège diffus (tumeurs avec métastases) constituent, après les pathologies à traitements itératifs (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie), les groupes de pathologies concentrant la plus forte proportion de patients ayant été hospitalisés à plusieurs reprises dans l'année (les trois quarts). À l'opposé, le groupe des nouveau-nés, prématurés et affections de

la période périnatale fait majoritairement l'objet d'une hospitalisation unique (86 %).

Parmi les patients ayant connu plusieurs hospitalisations non contiguës, 38 % ont eu des prises en charge relevant du même groupe médical, 43 % des prises en charge relatives à deux groupes distincts et 19 % des prises en charge relevant de trois groupes ou plus. ■

Encadré Sources et méthodes

Champ

France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA). Activité d'hospitalisation complète, d'hospitalisation partielle et de séances des établissements de santé, publics ou privés. Ce champ prend également en compte les séances de dialyse, chimiothérapie et radiothérapie, afin de décrire le plus complètement possible les parcours hospitaliers ; il est plus étendu que celui d'autres fiches, notamment la fiche 03 « L'activité en hospitalisations complète et partielle ».

L'ensemble des séjours réalisés par les établissements pour leur activité d'hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) – incluant l'ensemble des nouveau-nés –, en soins médicaux et de réadaptation (SMR), en hospitalisation à domicile (HAD) et en psychiatrie a été pris en compte. Quelques établissements de psychiatrie, ainsi que certains anciens hôpitaux locaux, n'ont pas transmis les données PMSI correspondant à leur activité.

Sources

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 des établissements de santé pour chaque séjour réalisé. Les données comprennent, pour chaque séjour, une description normalisée de la prise en charge médicale (voir annexe 3, « Les grandes sources de données sur les établissements de santé »).

Méthodologie

Les établissements transmettent une description anonyme détaillée par séjour de leur activité. Chaque séjour est accompagné d'un numéro alphanumérique non signifiant, obtenu par hachage irréversible du numéro d'assuré social, de la date de naissance et du code sexe correspondant au patient pris en charge. Ce numéro permet le dénombrement des patients distincts hospitalisés au cours de la période considérée. Une seconde information permet, pour un même patient, de reconstituer le positionnement relatif de chaque séjour. Il s'agit du délai en jours entre la date de début de séjour et une date calculée. Cette seconde information, couplée à la durée de séjour, permet de calculer par différence le délai, en jours révolus, entre la fin d'un séjour et le suivant pour un même patient.

Définitions

- > **Patients distincts** : ils sont dénombrés à l'aide des numéros alphanumériques pour lesquels les tests de conformité des informations sources n'indiquent pas d'erreur (voir *supra*, partie Méthodologie).
- > **Séjours hospitaliers** : ils débutent le jour de l'admission dans un établissement et se terminent le jour où le patient en sort.
- > **Épisodes de soins hospitaliers** : lorsque deux séjours sont contigus, c'est-à-dire lorsque le délai entre le premier séjour et le séjour suivant est nul, cet ensemble est décrit comme un épisode unique de soins hospitaliers. Dans les autres cas, on parle d'hospitalisations distinctes dans l'année. Pour le SMR, l'HAD et la psychiatrie, seuls les séjours ayant effectivement débuté en 2024 ont été pris en compte ; certains de ces séjours se poursuivent en 2025. Cette modalité de décompte est propre à cette fiche sur les parcours de soins hospitaliers. ●●●



> **Groupes médicaux de prise en charge** : ils ont été constitués ici à partir du résultat de l'algorithme de groupage médico-économique appliqué automatiquement à la description médicale faite de chaque séjour (MCO) ou de chaque semaine (SMR), du code de mode de prise en charge principal (HAD) et du diagnostic principal (psychiatrie). L'algorithme de groupage est maintenu par l'ATIH.

Pour en savoir plus

> Consulter le site de l'ATIH, www.atih.sante.fr, rechercher « chaînage », le premier élément du résultat de la requête : Aide à l'utilisation des informations de chaînage.

Quelques aspects spécifiques de l'activité hospitalière

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 critiques¹ 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	1,71	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.

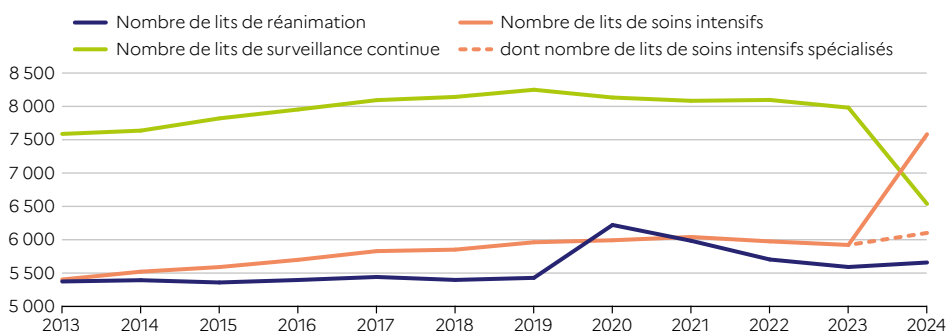
Sources > Drees, SAE 2024, traitements Drees ; ATIH, PMSI-MCO 2024, traitements Drees.

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 continue² 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

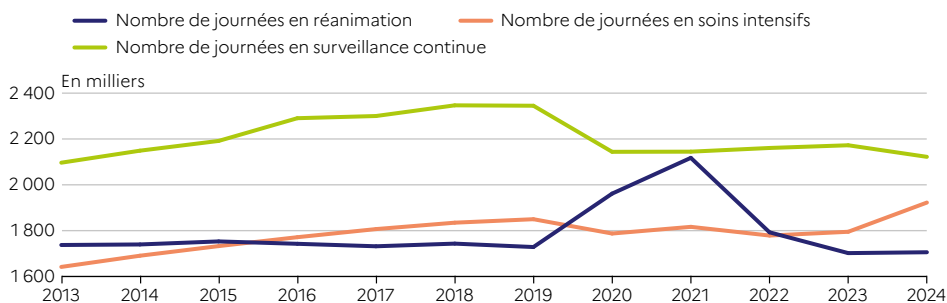
Graphique 1 Évolution du nombre de lits en soins critiques ou de surveillance continue au 31 décembre, depuis 2013



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 (+71 %) 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 2024³ (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).

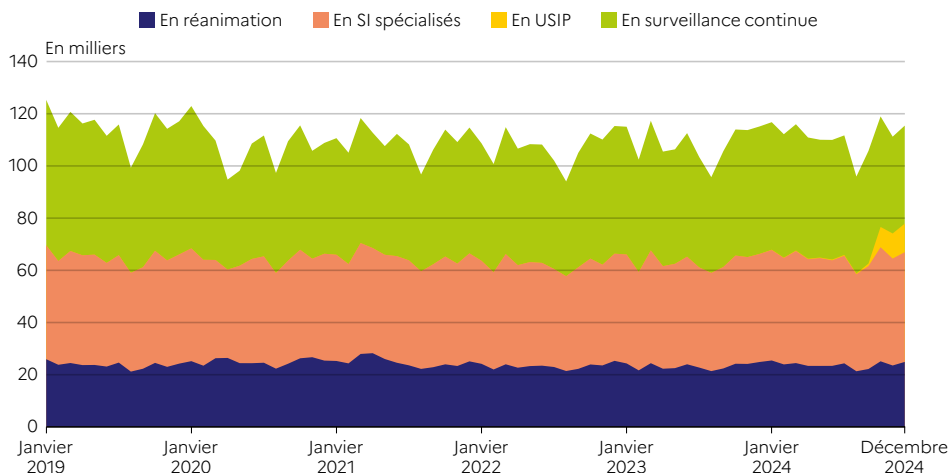
En 2024, l'activité dédiée aux patients avec diagnostic de Covid-19⁴ continue de diminuer. Elle ne représente plus que 2,9 % des journées en soins critiques ou en surveillance continue (après 4,5 % en 2023, 12,2 % en 2022, et 18,7 % en 2021).

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 41 % 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 fortement⁵ entre régions, mais les disparités se sont légèrement réduites depuis fin 2019⁶. 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.

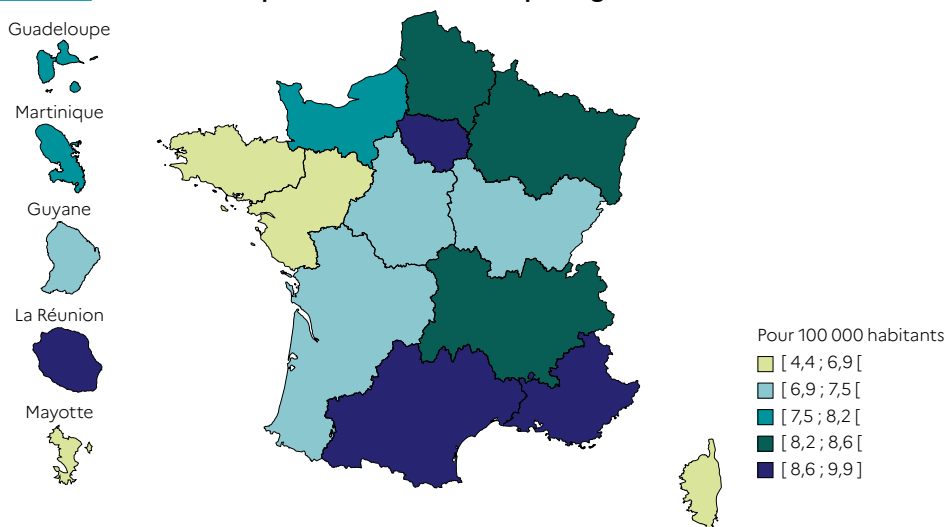
Provence-Alpes-Côte d'Azur (9,3) [carte 1]. À l'inverse, quatre régions ont une densité de lits de réanimation inférieure à 7,0 lits pour 100 000 habitants : Mayotte (4,4), les Pays de la Loire (5,2), la Bretagne (5,4), ainsi que la Corse (6,7).

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 2024⁷. 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^{er} janvier 2024.

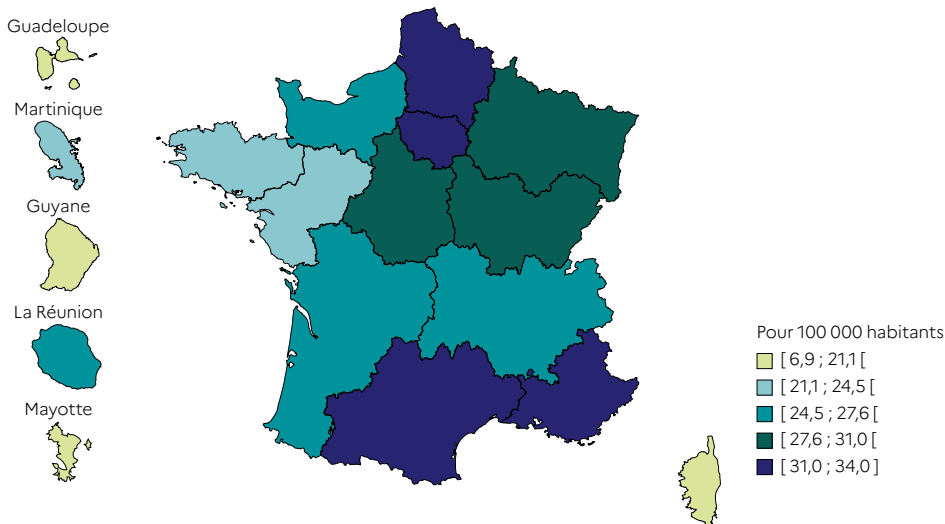
⁷ Le coefficient de variation de la densité de lits en soins critiques ou de surveillance continue, qui était de 24,8 % en 2019, baisse à 22,5 % en 2024.

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^{er} 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.

En 2024, 445 maternités sont dénombrées en France, soit 88 de moins qu'en 2014, et de l'ordre de trois fois moins qu'en 1975. En effet, depuis les années 1970, les pouvoirs publics ont accru l'encadrement des accouchements pour réduire les risques pesant sur l'enfant et la mère. Ce cadre juridique a entraîné un long processus de restructuration et de concentration des maternités, qui se poursuit avec la diminution régulière de leur nombre, l'augmentation de leur taille moyenne et l'amélioration des normes de prise en charge.

La concentration de l'offre de soins se poursuit entre 2014 et 2024 dans un contexte de baisse inédite de la natalité

En 2024, 445 maternités disposent de 13 700 lits d'obstétrique et pratiquent 646 100 accouchements¹ en France, y compris au sein du service de santé des armées (SSA) [graphique 1 et tableau complémentaire A]. Sur une décennie, leur nombre décroît légèrement moins vite que le nombre d'accouchements qu'elles réalisent ou que le nombre de naissances : -16,5 % d'établissements (soit -88 entre 2014 et 2024), contre -19,4 % d'accouchements (soit -155 500) et -19,3 % de naissances (soit -157 800). Au cours de la même période, les capacités des maternités reculent de 20,4 % (-3 500 lits) et la durée moyenne de séjour (DMS) diminue légèrement elle aussi, passant de 4,8 jours en 2014 à 4,7 jours en 2024 (voir fiche 20, « La naissance : caractéristiques des accouchements »). Toutefois, le taux d'utilisation des lits de maternité reste globalement stable, à 47 accouchements annuels par lit en 2014 comme en 2024.

Un mouvement qui s'inscrit dans la durée

La première étape de restructuration des maternités débute en 1972 avec la parution du décret Dienesch, applicable aux cliniques d'accouchement privées, qui impose des normes de sécurité très strictes pour les locaux et le plateau technique. Un minimum de quinze lits

est notamment requis pour obtenir l'autorisation d'exercice d'une maternité. La même année, des normes identiques à celles du décret Dienesch sont mises en œuvre dans le secteur public. La seconde étape est amorcée avec la parution des décrets Périnatalité du 9 octobre 1998. Ces décrets définissent de manière réglementaire trois types de maternités, qui prennent en charge les grossesses selon le niveau de risque périnatal pour la patiente et le nouveau-né. L'objectif est d'orienter les femmes enceintes vers les structures adaptées en fonction de ces niveaux de risque, grâce à un suivi prénatal précoce. Ces dispositions ont été complétées par les plans Périnatalité 1995-2000 et 2005-2007.

Dans le secteur privé, la parution du décret Dienesch a entraîné la disparition de nombreuses petites cliniques obstétricales souvent tenues par des sages-femmes. Dans le secteur public, ce sont les maternités des hôpitaux locaux, peu fréquentées et placées sous la responsabilité de médecins généralistes, qui ont été affectées. Avec l'application des décrets Périnatalité du 9 octobre 1998, la diminution du nombre de maternités ne disposant pas de service de néonatalogie (maternités de type 1, voir encadré Sources et méthodes) s'est poursuivie. La baisse du nombre de maternités s'observe ainsi sur les séries historiques réalisées sur le champ de la France métropolitaine, hors SSA :

1. 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.

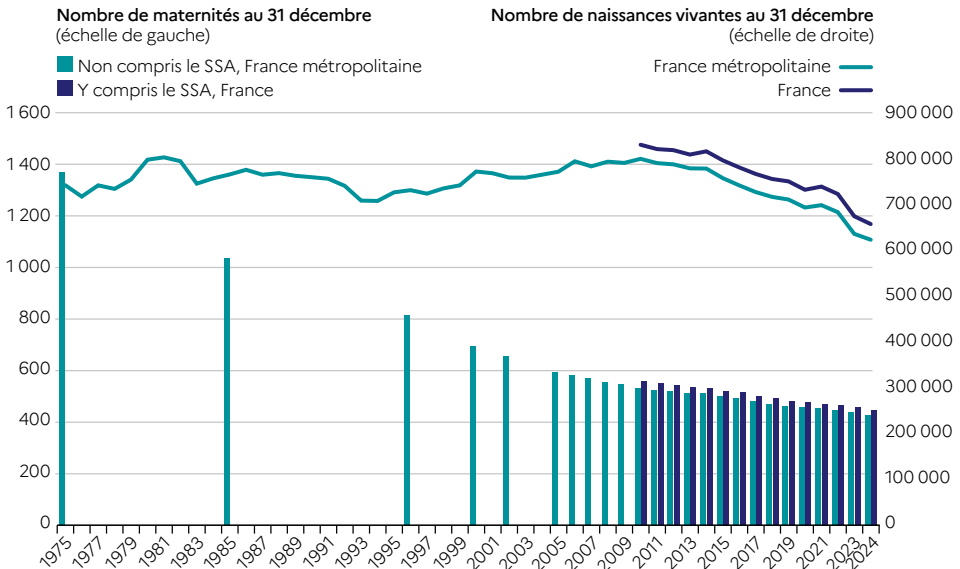
leur nombre a été divisé par trois depuis 1975, passant de 1 369 en 1975, à 511 en 2014, pour s'établir à 428 en 2024 (tableau 1).

Dans le même temps, les nombres d'accouchements et de naissances ont plutôt fluctué entre 700 000 et 800 000 par an, mais ils diminuent nettement durant la dernière décennie jusqu'à atteindre 613 000 accouchements et 626 800 naissances en 2024 (après 626 600 accouchements et 639 500 naissances en 2023) [tableau complémentaire B]. Au cours de la même période, le nombre total de lits a été divisé par deux et demi : il est passé de 32 000 en 1975 à 13 000 fin 2024. Le taux d'utilisation des lits des maternités a donc fortement augmenté, passant de 23 accouchements annuels par lit en moyenne en 1975 à 47 en 2024 comme en 2023. Dans le même temps, la durée moyenne de séjour a diminué, passant de 8,0 jours en 1975 à 4,8 jours en 2014 et 4,7 jours en 2024.

85 % des accouchements ont lieu dans les maternités de types 2 ou 3

Au 31 décembre 2024, sont dénombrées en France 150 maternités de type 1, 140 maternités de type 2a, 88 de type 2b et 67 de type 3 (y compris le SSA) [tableau complémentaire C]. Les maternités disposant d'un service de néonatalogie, de soins intensifs néonataux ou de réanimation néonatale (types 2a, 2b ou 3) représentent 66 % des 445 maternités de France (y compris le SSA). Elles concentrent 80 % des lits et 85 % des accouchements. Ces maternités sont principalement publiques ou privées à but non lucratif (79 % des maternités de types 2a et 2b et 100 % des maternités de type 3) [tableau complémentaire D]. Quant aux maternités de type 1, 71 % sont publiques ou privées à but non lucratif en 2024, contre 60 % en 2014 (tableau complémentaire E). La taille des maternités augmente avec le type de spécialisation : en 2024, le nombre moyen d'accouchements

Graphique 1 Évolution du nombre de maternités et de naissances vivantes depuis 1975



Champ > France métropolitaine hors SSA ; France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA à partir de 2010, pour les maternités.

Sources > Insee, état civil ; Drees, H74 et statistique des établissements hospitaliers privés pour 1975, EHP et H80 pour 1985, SAE 1996, 2002, 2005 à 2024, traitements Drees.

par maternité est de 646 pour les maternités de type 1, de 1 301 pour les maternités de type 2a, de 1 827 pour les maternités de type 2b, et de 3 079 pour les maternités de type 3.

La proportion d'accouchements réalisés dans les maternités publiques a progressé de 68 % en 2014 à 75 % en 2024, avec une baisse conjointe de la proportion d'accouchements en établissements privés à but lucratif, de 24 % à 17 % (tableau complémentaire F).

En 2024, 37 % des maternités de France métropolitaine (hors SSA) accueillent au moins 1 500 accouchements dans l'année, contre 13 %

en 1996 (graphique 2). À l'opposé, 4 % d'entre elles prennent en charge moins de 300 accouchements dans l'année, contre 12 % en 1996. Ces maternités se situent majoritairement dans des départements montagneux (Hautes-Alpes, Alpes-de-Haute-Provence, Savoie, Corse-du-Sud) ou ruraux (Ariège, Aveyron, Cantal, Cher, Corrèze, Vienne, Haute-Vienne). Considérant les maternités de taille intermédiaire, 41 % d'entre elles accueillent de 300 à 999 naissances en 2024 (+4 points de pourcentage en dix ans) et 18 % accueillent de 1 000 à 1 499 naissances (-4 points). ■

Tableau 1 Répartition des accouchements selon le type de maternité d'accueil en 1996, 2014 et 2024

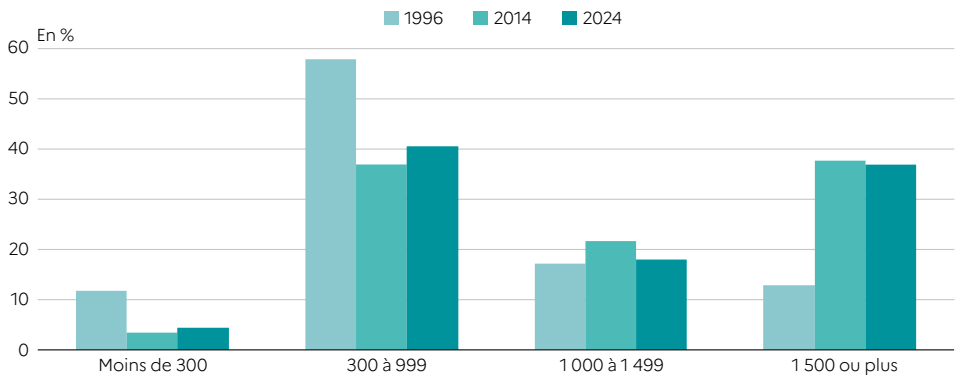
	Année	Niveaux de spécialisation				Total
		Type 1	Type 2a	Type 2b	Type 3	
Nombre d'établissements au 31 décembre	1996	564	250			814
	2014	229	140	82	60	511
	2024	147	136	85	60	428
Nombre d'accouchements	1996	409 894	315 443			725 337
	2014	190 967	221 220	160 674	190 634	763 495
	2024	94 615	177 930	155 527	184 967	613 039
Part des accouchements (en %)	1996	57	43			100
	2014	25	29	21	25	100
	2024	15	29	25	30	100

Note > En 1996, les définitions de niveaux existaient déjà, sans être réglementaires (Ruffié *et al.*, 1998).

Champ > France métropolitaine, hors SSA.

Sources > Drees, SAE 1996, 2014 et 2024, traitements Drees.

Graphique 2 Répartition des maternités selon leur nombre annuel d'accouchements en 1996, 2014 et 2024



Champ > France métropolitaine, hors SSA.

Sources > Drees, SAE 1996, 2014 et 2024, traitements Drees.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Maternités de France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy, depuis 2010), y compris le service de santé des armées (SSA), hors centres périnataux de proximité. Maternités de France métropolitaine, hors SSA, hors centres périnataux de proximité, avant 2010.

Sources

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la Drees décrit l'activité des établissements de santé (séjours et journées d'hospitalisation complète, journées d'hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel). Le nombre de naissances vivantes provient des données de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) issues de l'état civil.

Définitions

> **Maternités** : les établissements dénombrés ici sont des établissements géographiques disposant d'une autorisation d'obstétrique au 31 décembre 2024 et ayant comptabilisé au moins un accouchement dans l'année.

> **Types de maternités** : les décrets Périnatalité du 9 octobre 1998 (désormais articles D. 6124-35 et suivants du Code de la santé publique) ont posé un cadre d'organisation des soins en réseau, afin de garantir une meilleure adéquation entre le niveau de risque de la patiente et du nouveau-né et le type de la maternité d'accueil. Quatre types de maternités sont ainsi définis. Un établissement est dit de type 1 s'il possède un service d'obstétrique, de type 2a s'il dispose aussi d'un service de néonatalogie, de type 2b s'il comprend en plus un service de soins intensifs néonataux et de type 3 s'il dispose d'un service de réanimation néonatale, sur le même site que les trois services précédents (obstétrique, néonatalogie et soins intensifs néonataux).

> **Naissances** : les naissances vivantes sont les naissances d'enfants montrant un signe quelconque de vie. La notion d'enfant sans vie est définie par le décret n° 2008-800 du 20 août 2008¹ : l'acte d'enfant sans vie est établi sur la base d'un certificat médical d'accouchement, et sa naissance n'est alors pas comptabilisée parmi les autres.

1. Décret n° 2008-800 du 20 août 2008 relatif à l'application du second alinéa de l'article 79-1 du Code civil - Légifrance (legifrance.gouv.fr).

Pour en savoir plus

- > **Arnault, S., Exertier, A.** (2009, août). Les maternités : plus de trente ans d'évolution. Dans M. Chaleix, A. Exertier et C. Minodier (coord.). *Les Établissements de santé, un panorama pour l'année 2007* (p. 49-72). Paris, France : Drees, coll. Études et Statistiques.
- > **Bergonzoni, A., Simon, M.** (2021, juillet). La part des femmes en âge de procréer résidant à plus de 45 minutes d'une maternité augmente entre 2000 et 2017. Drees, *Études et Résultats*, 1201.
- > **Boisguerin, 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.
- > **Buisson, G.** (2003, mars). Le réseau des maternités entre 1996 et 2000. Un mouvement de réorientation des grossesses à risques, avec de fortes disparités régionales. Drees, *Études et Résultats*, 225.
- > **Combier, E., et al.** (2020, février). Out-of-maternity deliveries in France: A nationwide population-based study. *PLoS One* 15(2).
- > **Cour des comptes** (2024, mai). *La politique de périnatalité*. Rapport.
- > **Le Ray, C., et al.** (2022, décembre). Results of the 2021 French National Perinatal Survey and trends in perinatal health in metropolitan France since 1995. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 51(10).
- > **Thélot, H.** (2025, juillet). Les naissances en 2024. Des naissances toujours en nette baisse. Insee, *Insee Focus*, 357.

En 2024, la durée moyenne d'un séjour pour accouchement est de 4,7 jours : elle diminue d'un jour par rapport à 2003, mais reste stable par rapport à 2023. Elle s'établit à 4,3 jours pour les accouchements par voie basse, contre 6,0 jours pour les accouchements par césarienne. Par ailleurs, le taux de césariennes, stable entre 2007 et 2020, augmente et s'établit à 22,0 % en 2024. Les maternités dotées de soins intensifs néonataux représentent un tiers seulement des établissements, mais réalisent plus d'un accouchement sur deux et accueillent la grande majorité des mères et des nouveau-nés présentant le plus de risques.

Les maternités dotées de soins intensifs néonataux concentrent l'essentiel des naissances à risque

Les maternités de types 2b et 3, qui disposent d'une unité de soins intensifs néonataux, prennent en charge plus de la moitié des accouchements (57 %), bien qu'elles représentent seulement un tiers des maternités ayant réalisé au moins un accouchement en 2024 (34 %). Par ailleurs, elles accueillent la majorité des mères et des nouveau-nés présentant le plus de risques : en 2024, 77 % des naissances multiples, 74 % des naissances d'enfants de moins de 2,5 kilogrammes et 75 % des naissances prématurées ont lieu dans une maternité de types 2b ou 3 (*graphique 1*).

Lorsque les mères se trouvent dans une maternité ne disposant pas d'un environnement adapté à des conditions d'accouchement plus difficiles qu'anticipées, elles peuvent être orientées vers des structures de type supérieur. En 2024, 1 700 femmes ont ainsi été transférées vers une maternité de type 3 (0,4 % des accouchements en dehors d'une maternité de type 3) et 600 vers une maternité de type 2b¹.

Un taux de césariennes en hausse

En 2024, le taux de césariennes s'établit à 22,0 %, après 21,5 % en 2023 (*graphique 2*). Il s'était stabilisé autour de 20 % entre 2007 et 2020, après une hausse régulière entre 2000 et 2007, passant de 17,4 % à 20,2 %. En 2023, La France a le 10^e taux global de césariennes le plus bas sur 35 pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)².

Les taux de césariennes varient peu entre les différents types de maternités. En 2024, ils sont un peu plus bas dans les maternités de types 1 et 2b (21,1 %), et un peu plus élevés dans les maternités de type 3 (23,2 %). Cela s'explique par la spécialisation des maternités de type 3, qui concentrent davantage les accouchements difficiles ou de grands prématurés, lesquels se font très fréquemment par césarienne. Parmi les accouchements par césarienne, 68,0 % sont réalisés en urgence (avant ou au cours du travail) et 32,0 % sont programmés. Les établissements privés à but lucratif présentent une proportion plus élevée de césariennes programmées (37,8 %) que les établissements publics (30,3 %) et privés à but non lucratif (33,3 %).

1. Il s'agit du nombre de femmes transférées pour accouchement, dans le cadre d'une hospitalisation, depuis un autre établissement de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO). Les femmes transférées depuis une consultation externe ne sont pas comptabilisées.

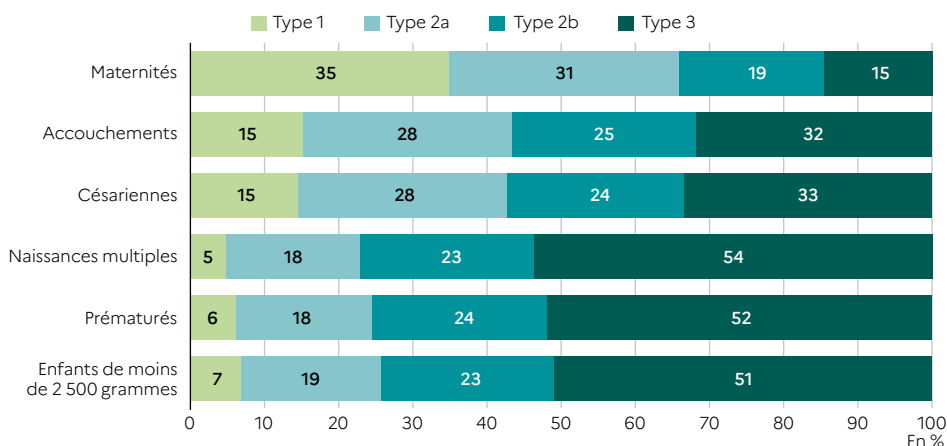
2. Données OCDE disponibles pour l'ensemble des 38 pays membres, à l'exception des États-Unis, du Japon et du Chili.

Rapportées à l'ensemble des accouchements, les césariennes programmées représentent 7,0 % des accouchements pratiqués en 2024³. Ce ratio varie de 6,6 % dans les hôpitaux publics à 9,0 % dans les cliniques privées.

Une stabilisation du nombre de naissances multiples ces dernières années

En 2024, 1,6 % des accouchements concernent des naissances multiples, une proportion relativement stable depuis 2015. Cette proportion

Graphique 1 Caractéristiques de l'activité par type de maternité en 2024



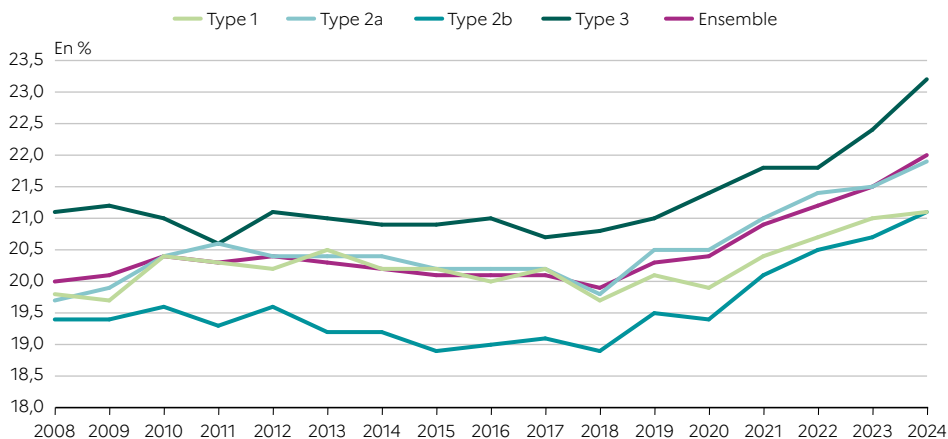
Note > Maternités ayant réalisé au moins un accouchement au cours de l'année 2024.

Lecture > En 2024, 35 % des maternités sont de type 1, elles réalisent 15 % des accouchements et 7 % des accouchements d'enfants de moins de 2 500 grammes.

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

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

Graphique 2 Évolution des taux de césariennes par type de maternité depuis 2008



Note > Maternités ayant réalisé au moins un accouchement au cours de l'année 2024.

Champ > Ensemble des accouchements en France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy ; incluant Mayotte à partir de 2011), y compris le SSA.

Sources > Drees, SAE 2008-2024 ; ATIH, PMSI-MCO 2008-2024, traitements Drees.

3. 6,8 % en se limitant aux seuls accouchements à terme (à 37 semaines d'aménorrhée ou plus), c'est-à-dire en rapportant les césariennes programmées à terme au nombre total d'accouchements à terme.

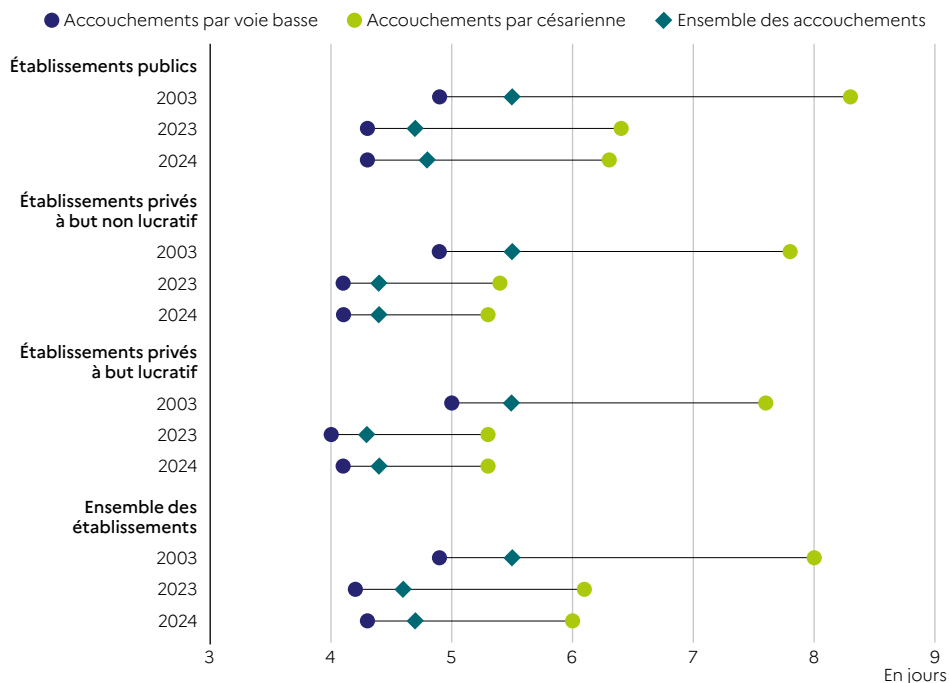
a progressé lentement mais régulièrement entre 1997, où elle s'élevait à 1,4 %, et 2015. L'augmentation observée entre 1997 et 2015 est liée au développement de l'assistance médicale à la procréation (AMP) et à l'augmentation de l'âge moyen de la maternité. Depuis 2015 néanmoins, ces deux facteurs ne semblent plus affecter la proportion de naissances multiples : le développement de l'AMP s'est poursuivi et l'âge moyen des mères à l'accouchement a progressé régulièrement, d'un peu moins d'un mois par an, comme depuis le milieu des années 1990 (passant ainsi de 29,1 ans en 1997 à 30,8 ans en 2024). Cette stabilité s'explique en partie par l'évolution des pratiques concernant l'AMP : de nouveaux protocoles de prise en charge ont permis de limiter les grossesses multiples, sans altérer les taux d'obtention d'une grossesse.

Des séjours plus courts

En 2024, la durée moyenne d'un séjour pour accouchement (DMS) est de 4,7 jours. Elle est inférieure de près d'une journée à la DMS de 2003, mais reste stable par rapport à 2023 (graphique 3). Par rapport à 2003, cette baisse concerne tous les secteurs juridiques et les deux modes d'accouchements (voie basse et césarienne). Elle est plus forte pour les accouchements par césarienne (-2,0 jours tous secteurs confondus, contre -0,6 jour pour les accouchements par voie basse) et plus élevée dans le secteur privé (-1,1 jour, tous modes d'accouchements confondus, contre -0,7 jour dans les hôpitaux publics).

Le mode d'accouchement influe sur la DMS, quel que soit le secteur juridique. Ainsi, la DMS pour un accouchement par césarienne, tous

Graphique 3 Évolution de la durée des séjours pour accouchement selon le statut de l'établissement et le mode d'accouchement en 2003, 2023 et 2024



Champ > Accouchements en France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy ; incluant Mayotte en 2023 et 2024), y compris le SSA.

Sources > ATIH, PMSI-MCO 2003, 2023 et 2024, traitements Drees.

secteurs confondus, est de 6,0 jours en 2024, contre 4,3 jours pour un accouchement par voie basse. S'il y a peu de différences selon le statut juridique de l'établissement en cas d'accouchement par voie basse (entre 4,1 jours et 4,3 jours),

en revanche, les écarts sont importants en cas d'accouchement par césarienne, où la DMS dans le secteur public en 2024 est supérieure d'un jour à celles des secteurs privés à but lucratif ou non (respectivement 6,3 jours et 5,3 jours). ■

Encadré Sources et méthodes

Champ

Maternités de France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA), hors centres périnataux de proximité. Sont retenus les établissements géographiques disposant d'une autorisation en obstétrique ayant réalisé au moins un accouchement au cours de l'année 2024, et ce, même si certains d'entre eux ne possèdent plus d'autorisation en obstétrique au 31 décembre 2024.

Sources

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la Drees décrit l'activité des établissements de santé (séjours et journées d'hospitalisation complète, journées d'hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel). 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

> **Types de maternités** : les décrets Périnatalité du 9 octobre 1998 (désormais articles D. 6124-35 et suivants du Code de la santé publique) ont posé un cadre d'organisation des soins en réseau, afin de garantir une meilleure adéquation entre le niveau de risque de la patiente et du nouveau-né et le type de la maternité d'accueil. Quatre types de maternités sont ainsi définis : un établissement est dit de type 1 s'il possède une unité d'obstétrique, de type 2a s'il dispose aussi d'une unité de néonatalogie, de type 2b s'il comprend en plus une unité de soins intensifs néonataux et de type 3 s'il dispose d'une unité de réanimation néonatale sur le même site que les trois unités précédentes (obstétrique, néonatalogie et soins intensifs néonataux).

> **Accouchements** : en cas de naissance multiple, un seul accouchement est comptabilisé.

Pour en savoir plus

- > Les données sur les indicateurs de santé périnatale sont disponibles sur l'espace Open Data de la Drees.
- > **Bergonzoni, A., Simon, M.** (2021, juillet). La part des femmes en âge de procréer résidant à plus de 45 minutes d'une maternité augmente entre 2000 et 2017. *Drees, Études et Résultats*, 1201.
- > **Combier, E., et al.** (2020, février). Out-of-maternity deliveries in France: A nationwide population-based study. *PLoS One* 15(2).
- > **Le Ray, C., Lelong, N. (dir.)** (2022, octobre). *Enquête Nationale Périnatale 2021 en France métropolitaine : Les naissances, le suivi à 2 mois et les établissements – Situation et évolution depuis 2016*. Rapport, Inserm.

En 2024, 682 structures des urgences générales ou pédiatriques situées dans 612 établissements de santé ont traité 21,3 millions de passages. Ce niveau d'activité est supérieur de 2,5 % à celui de 2023 et inférieur de 2,5 % à celui de 2019, mais supérieur de 13,7 % à celui de 2013. Aux côtés des structures des urgences hospitalières, 100 Samu/SAS (22 millions de dossiers de régulation en 2024) et 407 SMUR assurent l'orientation, la prise en charge préhospitalière et le transport des patients. Plus des trois quarts des structures des urgences relèvent du secteur public.

Depuis les décrets de mai 2006 relatifs à la médecine d'urgence, cette activité est autorisée selon trois modalités. La régulation des appels est effectuée par les services d'aide médicale urgente (Samu, ou Centre 15), assurant la prise en charge des appels urgents au sein du service d'accès aux soins (SAS) instauré par la loi du 26 avril 2021. Si leur état le nécessite, les patients sont ensuite pris en charge à domicile (ou sur la voie publique, ou sur leur lieu de travail, etc.) par des structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), qui peuvent être déployées de façon permanente ou saisonnière. Les patients pris en charge par les SMUR sont transportés vers la structure des urgences la plus proche et disposant du plateau technique le plus adapté à leur état, exceptés ceux admis directement dans une structure spécialisée (comme les unités neurovasculaires pour les accidents vasculaires cérébraux [AVC]). Dans certains territoires où 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 auprès des patients en utilisant un véhicule simple dans l'attente du SMUR, sur demande de la régulation médicale du Samu. Les structures des urgences accueillent principalement les patients se présentant directement, de leur propre initiative, ou après avis médical.

L'organisation de la médecine d'urgence

En 2024, en France, 612 établissements de santé ont une autorisation d'accueil des urgences pour un total de 682 structures (un établissement peut avoir une autorisation d'urgences générales et une autorisation d'urgences pédiatriques) [tableau 1]. À ces établissements s'ajoutent 407 structures de SMUR (hors antennes SMUR) et 100 Samu, avec une répartition proche d'un Samu par département. La médecine d'urgence est prise en charge essentiellement par le secteur public, qui concentre 77 % des structures des urgences en 2024, tandis que 17 % d'entre elles dépendent du secteur privé à but lucratif et seulement 5 % du secteur privé à but non lucratif. La quasi-totalité des SMUR (98 %) sont implantés dans des établissements publics et les Samu sont exclusivement publics. Ces éléments de répartition des structures par statut juridique sont stables depuis 2013.

Depuis la réforme des autorisations de médecine d'urgence du 29 décembre 2023, les structures des urgences ont la possibilité de mettre en place la régulation de l'accès aux urgences, dans le but de limiter l'accès libre et direct des patients. Il peut s'agir, par exemple, d'une régulation préalable à l'entrée par l'appel au Samu/SAS. La régulation préalable peut être mise en place 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Elle peut également être temporaire et concerner certains créneaux de la journée ou de la nuit tout au long de l'année, ou bien une partie de l'année.

En 2024, un tiers des structures des urgences générales et un quart des structures des urgences pédiatriques indiquent avoir utilisé cette possibilité. Il s'agit d'une régulation temporaire dans plus de la moitié des cas (trois cas sur cinq pour les urgences générales, un cas sur cinq pour les urgences pédiatriques). Cette même réforme a institué la possibilité de se constituer en antenne de médecine d'urgence (MU), permettant de ne pas être ouvert 24 heures sur 24 : fin 2024, aucune structure ne s'était constituée en AMU.

Pour la pédiatrie, des services spécialisés ou des filières d'accueil spécifiques

Les autorisations des SMUR et des structures des urgences peuvent être générales ou pédiatriques. Dans les faits, elles sont majoritairement générales. En effet, seulement 12 % des 682 structures des urgences et 7 % des SMUR

ont une autorisation d'urgences pédiatriques. Les structures des urgences générales peuvent néanmoins prendre en charge des patients de moins de 18 ans : ces derniers représentent 19 % de leurs passages en 2024. Le cas échéant, leur prise en charge est organisée au sein d'une filière de soins spécifique, en collaboration avec les services de pédiatrie de l'établissement et, au besoin, avec une structure des urgences pédiatriques. En 2024, 24 % des urgences générales indiquent avoir une filière d'accueil spécialisée en pédiatrie.

Par ailleurs, si 25 % des structures des urgences générales relèvent du secteur privé (119 structures d'établissements privés à but lucratif et 33 structures d'établissements privés à but non lucratif), c'est le cas de 2 % seulement de celles autorisées en pédiatrie (2 structures d'établissements privés à but non lucratif).

Tableau 1 Nombre d'établissements de santé sièges de structures des urgences selon le statut et l'autorisation au 31 décembre 2024

	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble
Structures des urgences				
Structures générales	376	32	119	527
Structures générales et pédiatriques ¹	69	1	0	70
Structures pédiatriques	14	1	0	15
Ensemble	459	34	119	612
SMUR				
SMUR général	356	5	1	362
SMUR général et pédiatrique ¹	18	0	0	18
SMUR pédiatrique	9	0	0	9
Ensemble²	383	5	1	389
Samu	100	0	0	100

SMUR : structure mobile d'urgence et de réanimation ; Samu : service d'aide médicale urgente.

1. Les 70 établissements comportant une structure des urgences générales et une structure des urgences pédiatriques totalisent 140 structures des urgences. De même, les 18 établissements sièges d'un SMUR général et pédiatrique totalisent 36 SMUR.

2. Dans le nombre de SMUR, les antennes de SMUR ne sont pas comptabilisées.

Note > Une structure des urgences est dite générale si elle accueille des adultes et des enfants et exclusivement pédiatrique si elle n'accueille que des enfants. 70 établissements ont une autorisation pour les urgences générales et pédiatriques. Un SMUR général prend en charge des adultes et des enfants et un SMUR exclusivement pédiatrique ne prend en charge que des enfants. 18 établissements ont une autorisation de SMUR général et pédiatrique.

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

Source > Drees, SAE 2024, traitements Drees.

Une augmentation de 2,5 % du nombre annuel de passages en 2024

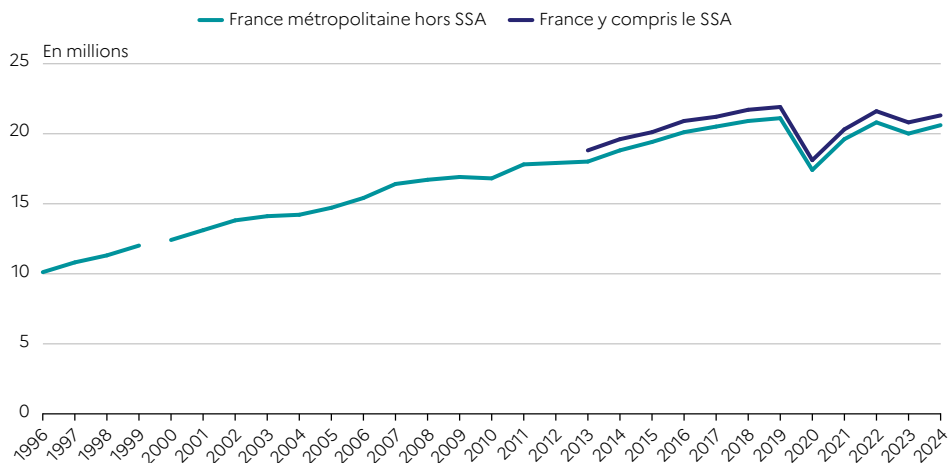
En 2024, les structures des urgences ont pris en charge 21,3 millions de passages : un nombre supérieur de 2,5 % à celui de 2023. Cette hausse a lieu en dépit de la généralisation en cours du SAS, parmi d'autres mesures mises en place pour limiter l'afflux de patients, ou en raison d'un manque de personnels : fermeture complète (à titre dérogatoire) de structures d'urgence sur certains créneaux horaires et accès au service des urgences conditionné à un appel préalable au Samu/SAS. L'augmentation entre 2023 et 2024 ne compense toutefois pas la baisse de 3,4 % entre 2022 et 2023, de sorte que le nombre de passages en 2024 reste inférieur de 2,5 % au pic du nombre de passages atteint en 2019 (*graphique 1*).

Cette augmentation du nombre de passages en 2024 par rapport à 2023 est un peu plus marquée pour les urgences pédiatriques (+2,9 %) que pour les urgences générales (+2,5 %) [*tableau 2*]. À l'inverse, la diminution entre 2022 et 2023 était moins marquée pour les urgences

générales (-2,5 %) que pour les urgences pédiatriques (-10,6 %).

En 2024, le nombre de passages augmente dans toutes les régions métropolitaines, tandis qu'il baisse dans tous les départements et régions d'outre-mer (DROM), à l'exception de La Réunion. En 2023, la diminution s'observait dans toutes les régions métropolitaines, tandis que dans les DROM, le nombre de passages augmentait. Le nombre de passages aux urgences diminue en particulier 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. Sur le long cours, l'activité des urgences augmentait régulièrement avant la crise sanitaire : entre 1996 et 2019, le nombre de passages en France métropolitaine (hors SSA)¹ a ainsi été multiplié par deux (*tableau 2*). Il a augmenté de manière continue, d'abord fortement entre 1996 et 2016 (+3,5 % par an en moyenne), puis à un rythme plus lent entre 2016 et 2019 (+1,6 % par an en moyenne, en France métropolitaine hors SSA, comme en France, SSA inclus).

Graphique 1 Évolution du nombre de passages annuels aux urgences depuis 1996



Note > La modification du questionnaire relatif aux urgences et la référence aux articles définissant l'activité de soins autorisée à compter de l'enquête SAE 2000 introduisent une rupture de série entre 1999 et 2000.

Champ > France métropolitaine hors SSA de 1996 à 2024, France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA, à partir de 2013.

Sources > Drees, SAE 1996-2024, traitements Drees.

1. Les données sur le champ de la France, y compris le SSA, ne sont pas disponibles avant 2013.

40 000 passages ou plus dans l'année pour plus d'un quart des structures

En 2024, les structures des urgences accueillent chacune, en moyenne, 31 300 patients par an, le nombre moyen de passages étant un peu plus faible dans les structures des urgences pédiatriques (27 200 passages par an) que dans les structures des urgences générales (31 900 passages par an). Par ailleurs, les structures des urgences générales des cliniques privées enregistrent moins de passages (24 500 passages par an en moyenne) que celles des hôpitaux publics (33 900 passages par an) ou que celles des établissements privés à but non lucratif (30 600 passages par an).

Tous secteurs confondus, 27 % des structures des urgences de France enregistrent 40 000 passages ou plus par an en 2024 et concentrent 49 % de l'ensemble des passages (tableau complémentaire A). À l'opposé, les structures des urgences recevant moins de 15 000 passages par an représentent 20 % du total des structures et traitent 7 % des passages. Entre 2013 et 2024, le nombre de structures des urgences a diminué de 6 %, alors que le nombre de passages progressait de 14 %, ce qui s'est traduit par une augmentation du nombre de passages par structure (tableau complémentaire B). Au cours de cette même période, le nombre de structures enregistrant

40 000 passages ou plus a progressé de 44 %, et la part relative des passages dans ces structures à forte activité a augmenté de 14 points.

Une nouvelle progression du nombre de dossiers de régulation en 2024

En 2024, les Samu/SAS ont traité 22,1 millions de dossiers de régulation, dont 17,3 millions de dossiers de régulation médicale (graphique 2). Leur nombre progresse en 2024 (respectivement +6,4 % et +5,3 % sur un an), après une stabilisation en 2023 (respectivement -0,1 % et -0,8 % sur un an), qui a suivi la forte augmentation observée en 2022 (respectivement +13,7 % et +14,5 %). Cette forte hausse est due aux mesures prises à partir de juillet 2022, en application d'une mission flash conduite sur les urgences et les soins non programmés, 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 %), notamment en raison des recommandations de contacter le Samu avant de se rendre aux urgences pendant la crise sanitaire. 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 %. ■

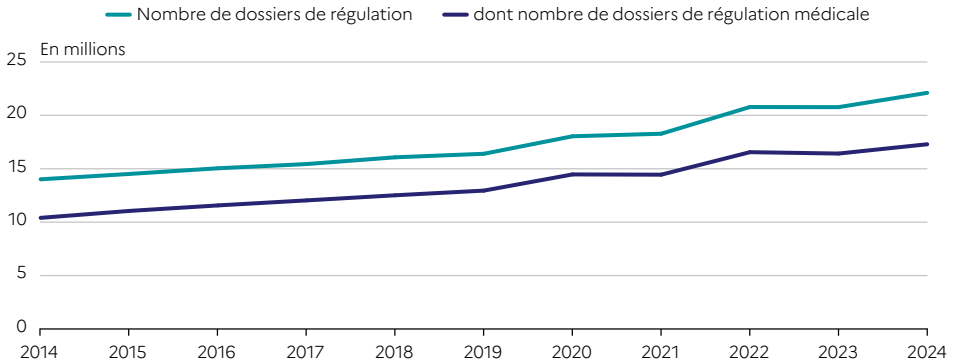
Tableau 2 Nombre de passages aux urgences selon le statut et l'autorisation en 2024

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble	
	2024	Évolution 2023-2024 (en %)	2024	Évolution 2023-2024 (en %)	2024	Évolution 2023-2024 (en %)	2024	Évolution 2023-2024 (en %)
Structures générales	11 524 283	1,7	958 722	12,6	2 911 979	2,3	15 394 984	2,4
Structures pédiatriques	603 835	2,0	50 880	0,8	0	-	654 715	1,9
Structures générales et pédiatriques, dont :	5 191 391	4,1	90 977	-40,6	0	-	5 282 368	2,8
urgences générales	3 575 530	3,8	50 044	-45,8	0	-	3 625 574	2,5
urgences pédiatriques	1 615 861	4,7	40 933	-32,8	0	-	1 656 794	3,3
Ensemble	17 319 509	2,4	1 100 579	4,3	2 911 979	2,3	21 332 067	2,5

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

Sources > Drees, SAE 2023-2024, traitements Drees.

Graphique 2 Nombre de dossiers de régulation et nombre de dossiers de régulation médicale depuis 2014



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

Sources > Drees, SAE 2014-2024, traitements Drees.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Établissements de santé en France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA), bénéficiant d'une autorisation d'accueil et de traitement des urgences (articles R. 6123-1 à R. 6123-32 du Code de la santé publique).

Sources

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la Drees décrit l'équipement, l'activité (nombre et orientation des passages) et le personnel (médecins, infirmiers et assistants de service social) des unités d'accueil et de traitement des urgences. Des corrections ont été apportées aux réponses brutes déclarées par les établissements, notamment concernant les autorisations.

Définitions

> **Nombre de passages aux urgences pour l'année** : il inclut l'ensemble des arrivées aux urgences, quels que soient les modes d'arrivée et de sortie des patients. Seuls les passages aux urgences déclarés par les établissements ayant une autorisation de soins pour les activités d'urgences générales ou pédiatriques sont pris en compte. Les passages déclarés par les établissements sans autorisation ou les structures des urgences spécialisées (psychiatriques, ophtalmologiques, etc.) ne sont pas comptabilisés.

> **Nombre de dossiers de régulation** : nombre d'appels téléphoniques reçus au centre de régulation médicale (Samu/SAS), décrochés et ayant conduit à l'ouverture d'un dossier. Un dossier de régulation regroupe l'ensemble des informations du patient (médicales et médico-sociales) portées à la connaissance du Samu/SAS, intégrant les mesures prises et leur suivi.

> **Nombre de dossiers de régulation médicale** : nombre de dossiers de régulation ayant bénéficié d'un acte de régulation médicale par application des règles spécifiées dans le règlement du Samu. Ce qui signifie que le dossier a été porté à la connaissance d'un médecin régulateur, qui a pu effectuer un interrogatoire médical et prendre ou valider une décision.

Pour en savoir plus

- > **Cazenave-Lacrouz, A., et al.** (2025, juillet). *Les évolutions démographiques ont moins de conséquences sur le nombre de passage aux urgences que les évolutions du taux de recours.* Dans *La dégradation des comptes financiers des hôpitaux publics se poursuit en 2024.* Drees, *Études et Résultats*, 1344.
- > **Cour des comptes** (2024, novembre). *L'accueil et le traitement des urgences à l'hôpital.* Rapport.
- > **Delort, L., Delage, S.** (2025, janvier). *Samu : un taux de recours en hausse à la suite de la crise sanitaire et des mesures de régulation.* Drees, *Études et Résultats*, 1325.
- > **Demoly, E., Deroyon, T.** (2026, juin). *Urgences : la moitié des patients attendent moins d'une demi-heure avant le début des soins, mais un sur dix plus de 2 heures 30.* Drees, *Études et Résultats*, 1373.
- > **Demoly, E., Deroyon, T.** (2026, juin). *Urgences : la durée de passage a augmenté en dix ans, particulièrement pour les patients aux parcours les plus longs.* Drees, *Études et Résultats*, 1372.
- > **Demoly, E., Deroyon, T.** (2025, mars). *Urgences : la moitié des patients y restent plus de 3 heures en 2023, 45 minutes de plus qu'en 2013.* Drees, *Études et Résultats*, 1334.
- > **Demoly, E., et al.** (2024, juillet). *Urgences hospitalières en 2023 : quelles organisations pour la prise en charge des patients ?* Drees, *Études et Résultats*, 1305.
- > **Dormont, B., Dottin, A.** (2024). *Does the opening of an emergency department influence hospital admissions? Evidence from French private hospitals.* *Social Science & Medicine*, 340.
- > **Khaoua, H., avec la collaboration de M. Suarez Castillo** (2024, décembre). *Passages aux urgences entre 2017 et 2023 : des dynamiques contrastées selon les départements.* Drees, *Études et Résultats*, 1320.
- > **Seimandi, T.** (2019, décembre). *Les disparités d'activité des SMUR s'expliquent en partie par les moyens dédiés et les caractéristiques des territoires.* Drees, *Études et Résultats*, 1136.

En 2024, 251 300 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en France. 139 000 IVG ont été pratiquées en établissements de santé, dont près de deux sur trois par méthode médicamenteuse. Le taux de recours est de 17,3 IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans, il est très variable d'un département à l'autre. L'indice conjoncturel, qui représente le nombre moyen théorique d'IVG que connaîtrait une femme tout au long de sa vie féconde, vaut 0,61. La part des IVG réalisées en établissements de santé continue de diminuer et représente 55 % de l'ensemble des IVG en 2024. La part des IVG réalisées après 13 semaines d'aménorrhée, rendues possibles à la suite de l'allongement du délai légal de recours à l'IVG de deux semaines en mars 2022, est estimée à moins de 2 % de l'ensemble des IVG.

En 2024, 251 300 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été pratiquées en France, dont 139 000 IVG réalisées en établissements de santé (55 %). Le nombre total d'IVG croît en 2024 de 2,9 % (soit +7 000 IVG, après +4,0 % en 2023, soit +9 300 IVG), selon un rythme proche de la hausse observée immédiatement avant la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19.

Le taux de recours poursuit sa croissance en 2024

En France, en 2024, le taux d'IVG est de 17,3 pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans (*graphique 1*). Il augmente pour la troisième année consécutive, atteignant un nouveau niveau inédit, supérieur de 2,3 points à son niveau de 2021. S'il continue d'augmenter dans toutes les régions de France métropolitaine, le taux de recours par département de réalisation¹ varie très fortement d'un département à l'autre, de 8 ‰ en Haute-Loire à 41 ‰ à Paris (respectivement 8 ‰ et 40 ‰ en 2023) [*carte 1*]. Dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), il varie de 21 ‰ à Mayotte à 47 ‰ en

Guyane (respectivement 22 ‰ et 50 ‰ en 2023). En France métropolitaine, les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur, Île-de-France et Occitanie se distinguent toujours par des taux de recours supérieurs à la moyenne des autres régions.

L'indice conjoncturel d'avortement (ICA) représente le nombre moyen théorique d'IVG que connaîtrait une femme qui aurait, à chaque âge et tout au long de sa vie féconde, une probabilité de réaliser une IVG égale au taux de recours observé sur l'ensemble des femmes de l'année². Cet indice, qui permet de gommer les effets de la déformation dans le temps de la structure d'âge des femmes, augmente : il atteint 0,61 en 2024, après 0,53 en 2021 par exemple (*graphique 2*), avec une évolution similaire au taux de recours.

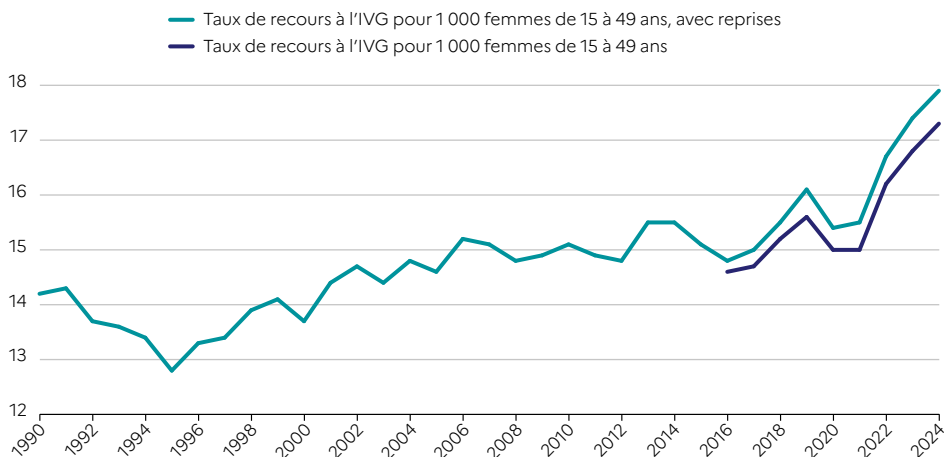
La part des IVG réalisées dans les établissements de santé diminue

Depuis l'autorisation de la pratique de l'IVG médicamenteuse en médecine libérale en 2004, qui s'est ensuite étendue aux centres de santé et centres de santé sexuelle en 2009, et

1. Il s'agit du département de réalisation de l'IVG, et non du département de résidence de la patiente concernée. Cela fait une différence, par exemple, 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, donc quasiment identique à celui de la moyenne de la France. La différence avec le taux de recours par département de réalisation s'explique par la prise en charge de patientes résidant dans les autres départements d'Île-de-France, où les parts d'IVG réalisées dans le département de résidence sont parmi les plus faibles.

2. C'est la somme des taux d'IVG de chaque âge, en supposant que les âges sont répartis de façon uniforme, pour neutraliser l'effet de structure. À 0,61, il pourrait signifier qu'en moyenne, 61 % des femmes auront recours à une IVG au cours de leur vie féconde, mais l'interprétation livre un ordre de grandeur surévalué, car le calcul ne tient pas compte des femmes qui auront recours à plusieurs IVG. Un article de recherche publié en 2014 (Mazuy, *et al.*, 2014) estimait qu'une femme sur trois a recours à l'IVG au cours de sa vie, et que celles qui y ont recours le font en moyenne 1,5 fois, des ordres de grandeur qui correspondraient à un ICA de 0,5.

Graphique 1 Évolution du taux de recours à l'IVG depuis 1990

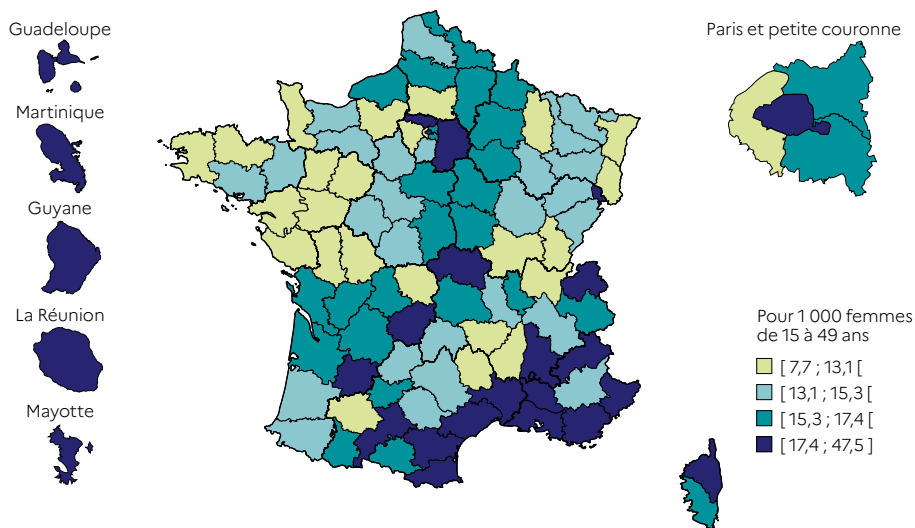


Lecture > En 2024, le taux de recours à l'IVG sans les reprises est de 17,3 pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans.

Champ > Ensemble des IVG réalisées en France (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA (y compris pour les femmes d'âge inconnu). Chiffres mis à jour en juillet 2025.

Sources > Drees, SAE ; ATIH, PMSI-MCO ; CNAM (Erasmus puis DCIR : nombre de forfaits médicaments remboursés selon la date de liquidation et pour le régime général jusqu'en 2009, selon la date des soins et pour tous les régimes depuis 2010), traitements Drees.

Carte 1 Taux de recours à l'IVG selon le département de réalisation en 2024



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

Lecture > En 2024, 8,6 IVG ont été réalisées dans le département de l'Ain, pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans résidant dans le département.

Champ > France (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA, IVG réalisées en établissements de santé et dans le secteur libéral.

Sources > SNDS, traitements Drees ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2024.

aux sages-femmes libérales en 2016 (encadré 1), le nombre d'IVG en milieu hospitalier diminue (graphique 3). En 2024, 139 000 IVG ont ainsi été réalisées en établissements de santé, contre 100 500 IVG en cabinets libéraux (y compris téléconsultations) et 11 800 en centres de santé ou en centres de santé sexuelle (ex-centres de planification et d'éducation familiale) [tableau complémentaire A]. Ainsi, la part des IVG réalisées dans les établissements de santé est de 55 % en 2024 (contre 65 % en 2021, 80 % en 2016 et 100 % en 2004).

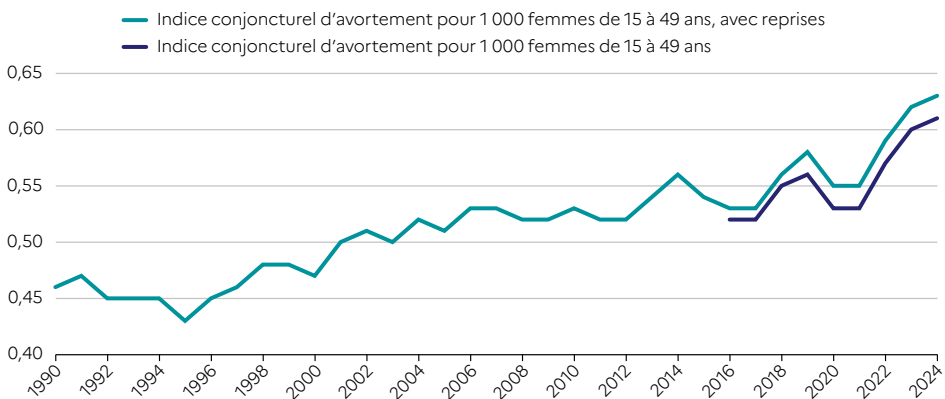
La part des IVG réalisées dans les établissements de santé demeure très inégale en fonction des départements. Plus de neuf IVG sur dix sont pratiquées en établissements de santé pour six départements (Creuse, Haute-Vienne, Sarthe, Cher, Orne et Aisne), alors qu'à l'inverse, moins d'une IVG sur deux est réalisée en établissements de santé pour vingt-cinq autres départements métropolitains, et moins d'une IVG sur trois pour sept d'entre eux (carte 2). Cette hétérogénéité des pratiques de recours peut être liée aux caractéristiques de la population ou à

un déficit d'offre de soins de ville pour les IVG dans certains départements. Dans les DROM, les taux d'IVG effectuées en établissements de santé sont plus faibles, avec des disparités moindres : ils varient de 20 % en Guyane et 28 % à La Réunion, à 51 % en Martinique et 62 % à Mayotte.

Les IVG pratiquées en centres de santé ou en centres de santé sexuelle représentent 4,7 % du total des IVG en 2024. Le recours à ces centres est davantage répandu en Île-de-France, dans les Hauts-de-France et en Auvergne-Rhône-Alpes, où ils réalisent en moyenne 6 % à 8 % des IVG, contre moins de 5 % dans les autres régions. En 2024, 252 centres de santé ou centres de santé sexuelle sont concernés, dont 113 en Île-de-France.

La méthode médicamenteuse, utilisée pour la totalité des IVG pratiquées en ville (sauf environ 150 IVG réalisées de façon instrumentale en centres de santé en 2024), concerne désormais 80 % de l'ensemble des IVG (contre 78 % en 2021 et 31 % en 2001), et 64 % des IVG réalisées en milieu hospitalier (contre 65 % en 2021).

Graphique 2 Évolution de l'indice conjonctuel d'avortement depuis 1990



Note > L'indice conjonctuel d'avortement (ICA) représente le nombre moyen théorique d'IVG que connaîtrait une femme qui aurait, à chaque âge et tout au long de sa vie féconde, une probabilité de réaliser une IVG égale au taux de recours observé sur l'ensemble des femmes de l'année.

Lecture > En 2024, l'ICA sans les reprises est de 0,61 pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans.

Champ > Ensemble des IVG réalisées en France (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA (y compris pour les femmes d'âge inconnu). Chiffres mis à jour en juillet 2025.

Sources > Drees, SAE ; ATIH, PMSI-MCO ; CNAM (Erasmus puis DCIR : nombre de forfaits médicaments remboursés selon la date de liquidation et pour le régime général jusqu'en 2009, selon la date des soins et pour tous les régimes depuis 2010), traitements Drees.

Les IVG pratiquées après 13 semaines d'aménorrhée représentent une très faible part du total des IVG

Depuis l'allongement du délai légal de recours en mars 2022 pour les IVG réalisées en établissements de santé, l'IVG peut désormais y être pratiquée avant la fin de la 14^e semaine de grossesse,

soit jusqu'à 15 semaines d'aménorrhée (SA) + 6 jours. 77 % des IVG réalisées en établissements de santé le sont entre 5 SA et 9 SA (*graphique 4*). La proportion d'IVG effectuées après 13 SA est estimée entre 2,0 % et 3,3 % des IVG en établissements de santé, soit 1 % à 2 % de l'ensemble des IVG³. En Guadeloupe, en Martinique et à Mayotte,

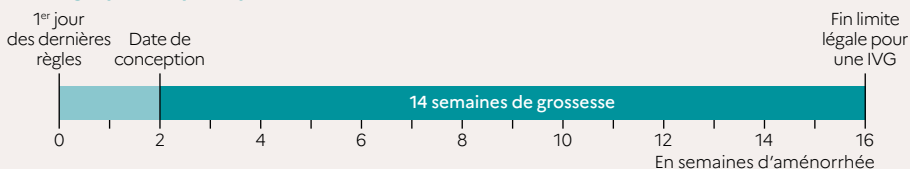
Encadré 1 Cadre historique du droit à l'IVG en France

En France, une femme enceinte peut décider d'interrompre sa grossesse avant la fin de la 14^e semaine de grossesse. Si l'IVG est pratiquée hors établissement hospitalier, ce délai est de 7 semaines. Deux méthodes existent, l'une médicamenteuse et l'autre dite instrumentale, qui correspond à une intervention chirurgicale. Ces droits et pratiques ont évolué depuis 50 ans.

La pratique de l'IVG est autorisée depuis 1975. La loi relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (loi Aubry-Guigou) du 4 juillet 2001 a porté le délai maximal de recours autorisé de 10 à 12 semaines de grossesse. L'IVG médicamenteuse est pratiquée en établissements de santé depuis 1989. La loi de juillet 2001 et ses textes d'application de juillet 2004 permettent également aux femmes de recourir à une IVG médicamenteuse dans le cadre de la médecine de ville jusqu'à 5 semaines de grossesse. Cet acte doit être effectué sous la surveillance d'un gynécologue ou d'un médecin généraliste justifiant d'une expérience professionnelle adaptée et travaillant en réseau avec un établissement de santé avec lequel il a passé une convention. La loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2008 et le décret d'application de mai 2009 ont étendu ce dispositif aux centres de santé et aux centres de santé sexuelle. Tous les actes nécessaires pour réaliser une IVG sont remboursés à 100 % depuis le 1^{er} avril 2016. Les sages-femmes peuvent pratiquer une IVG médicamenteuse depuis le décret d'application de juin 2016 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016. L'arrêté du 14 avril 2020, complétant l'arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de Covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire, puis l'arrêté du 7 novembre 2020 (modifiant l'arrêté du 10 juillet 2020) ont prolongé de deux semaines le délai légal pour les IVG en ville et permis de réaliser l'IVG médicamenteuse (avec délivrance du médicament par un pharmacien) en téléconsultation de façon dérogatoire.

Le décret du 19 février 2022 pérennise la possibilité de réaliser ces IVG en téléconsultation. La loi du 2 mars 2022, visant à renforcer le droit à l'avortement, prolonge de deux semaines le délai de recours à l'IVG. Elle peut être pratiquée avant la fin de la 14^e semaine de grossesse (soit jusqu'à 15 semaines d'aménorrhée + 6 jours) et pérennise l'allongement du délai de recours à l'IVG médicamenteuse en ville à 7 semaines de grossesse (soit 9 semaines d'aménorrhée). Les sages-femmes peuvent désormais réaliser des IVG instrumentales dans les établissements de santé. Le délai de réflexion de deux jours n'est plus obligatoire entre l'entretien psychosocial et le recueil du consentement, et un répertoire recensant les professionnels et les structures pratiquant l'IVG doit être disponible dans les agences régionales de santé (ARS). Enfin, depuis le 8 mars 2024, la liberté des femmes de recourir à l'IVG est inscrite dans la Constitution française.

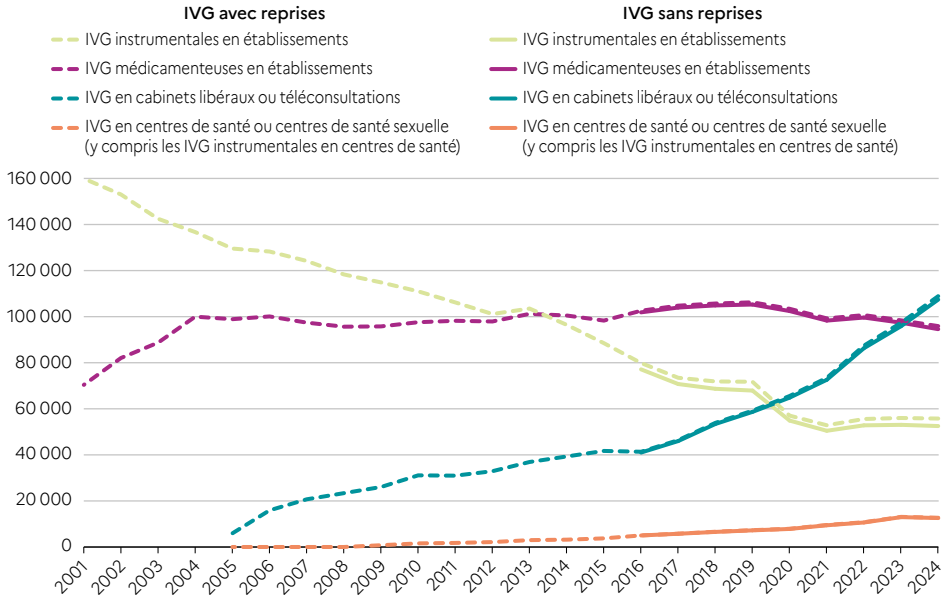
Délai légal pour la pratique des IVG



Lecture > En France, une IVG est autorisée avant la fin de la 14^e semaine de grossesse, soit 16 semaines d'aménorrhée.

3. Cette incertitude est liée au fait que pour certaines IVG réalisées à l'hôpital, les dates sont mal renseignées.

Graphique 3 Évolution du nombre d'IVG selon le lieu de réalisation depuis 2001

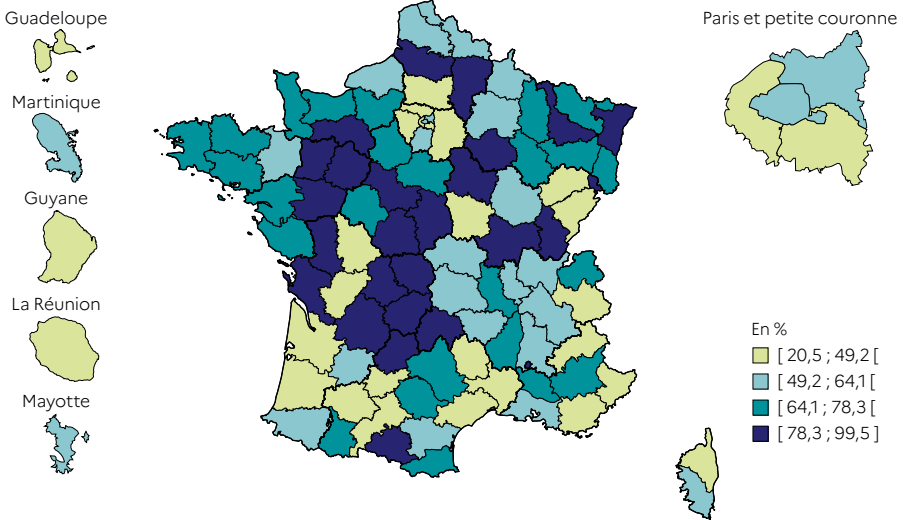


Lecture > En 2024, en excluant les reprises à la suite d'un échec de l'IVG initiale, 112 310 IVG ont été réalisées hors établissement de santé.

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

Sources > Drees, SAE ; ATIH, PMSI-MCO ; CNAM (DCIR : nombre de forfaits médicaments remboursés), traitements Drees.

Carte 2 Part des IVG réalisées en établissements de santé selon le département de réalisation en 2024



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

Lecture > En 2024, 54 % des IVG réalisées dans le département de l'Ain ont été réalisées dans un établissement de santé.

Champ > France (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA, IVG réalisées en établissements de santé et dans le secteur libéral.

Sources > SNDS, traitements Drees ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2024.

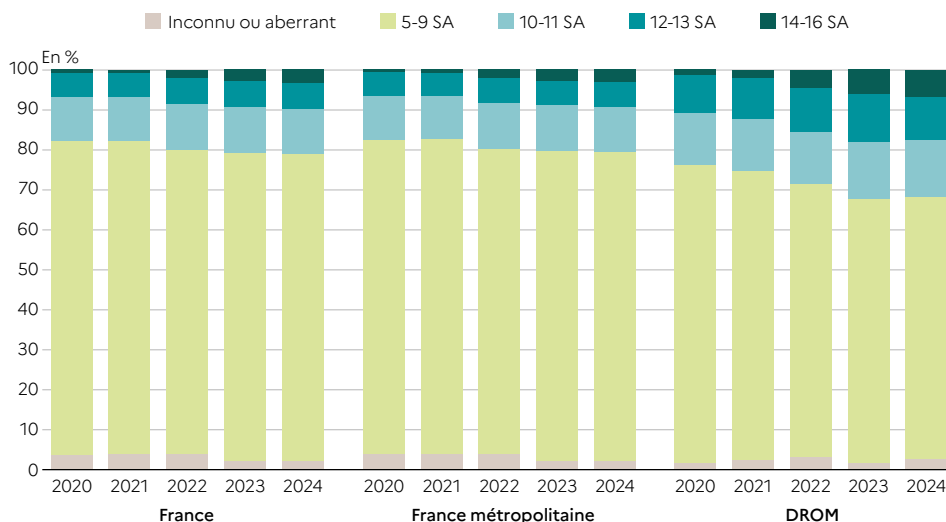
la part des IVG pratiquées après 13 SA est plus élevée qu'en France métropolitaine : elle est estimée entre 5 % et 7 % des IVG hospitalières en 2024.

En établissements de santé, la part des IVG pratiquées dans le secteur privé à but lucratif ne cesse de diminuer

Parmi les IVG réalisées en établissements de santé en 2024, 93,0 % ont lieu dans le secteur

public (90,7 % en 2021), 3,3 % dans le secteur privé à but non lucratif (3,3 % en 2021) et 3,7 % dans les établissements privés à but lucratif (6,0 % en 2021). Ces derniers réalisaient 32,8 % des IVG en 2001 et 18,3 % en 2010 : la diminution peut s'expliquer, en partie, par la réduction du nombre de maternités privées à but lucratif et par le développement de l'IVG médicamenteuse en cabinets libéraux. ■

Graphique 4 Répartition des IVG hospitalières selon leur terme depuis 2020



SA : semaines d'aménorrhée ; DROM : départements et régions d'outre-mer.

Notes > Données calculées sans les reprises (lorsqu'une IVG a donné lieu à une nouvelle intervention dans les semaines suivant la première intervention). Âge gestationnel utilisé quand la date des dernières règles est aberrante.

Lecture > En 2024, 77,5 % des IVG de France métropolitaine en établissements de santé sont réalisées avec un âge gestationnel de 5 à 9 semaines d'aménorrhée (103 002 IVG).

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

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

Encadré Sources et méthodes

Champ

France (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA).

Sources

Depuis 2014, les données sur les IVG en établissements de santé sont issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), qui précise notamment l'âge de la femme et son code commune de domicile (avec des regroupements pour les petites communes). La Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), via le système national d'information interrégimes de l'Assurance maladie (Sniiram), recueille le nombre de forfaits remboursés concernant les IVG réalisées en cabinets libéraux, centres de santé et centres de santé sexuelle, pour tous les régimes depuis 2010. ●●●



Méthodologie

À partir de 2016, si deux interventions ont été réalisées pour une même femme dans un délai inférieur à neuf semaines, seule la première intervention est comptabilisée comme une IVG. La deuxième intervention peut être une reprise d'IVG à la suite d'un échec de la première intervention, et codée par erreur comme une nouvelle IVG, ou bien une hospitalisation à la suite de complications issues de la première intervention. Ces réinterventions (8 600 en 2024) ne doivent pas être prises en compte dans les statistiques. Cette opération de « dédoublement » peut être réalisée dès lors que toutes les informations sont disponibles en temps voulu sur le même portail de données (pour la ville et l'hôpital). Elle ne peut pas être réalisée pour les femmes concernées par une procédure d'anonymisation complète.

Pour en savoir plus

- > **ARS Guyane** (2022, août). Stratégie régionale santé sexuelle Guyane 2022-2024.
- > **Battistel, M.-N., Muschotti, C.** (2020, septembre). *Rapport d'information fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur l'accès à l'interruption volontaire de grossesse*. Rapport, Assemblée nationale, 3343.
- > **Mazuy, M., Toulemon, L., Baril, E.** (2014, décembre). Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours. Ined, *Population*, 69(3), p. 365-398.
- > **Vilain, A., Fresson, J.** (2025, septembre). En 2024, 251 270 IVG ont eu lieu en France, dont 80 % sont médicamenteuses. Drees, *Études et Résultats*, 1350.

La situation économique du secteur

En 2024, la dépense pour les médicaments et dispositifs médicaux onéreux à l'hôpital s'élève à 11,4 milliards d'euros, et 7,6 milliards après déduction des remises conventionnelles et d'accès dérogatoire de médicaments versées par les laboratoires à l'Assurance maladie. Elle recouvre l'ensemble des produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux) inscrits sur la « liste en sus », c'est-à-dire pris en charge par l'Assurance maladie en supplément des prestations de séjour, ainsi que les médicaments relevant d'une autorisation d'accès précoce (AAP) ou d'accès compassionnel (AAC). En 2024, cette dépense augmente de 10,1 % (+12,3 % en déduisant les remises). Les médicaments en représentent près des quatre cinquièmes, en hausse de 12,0 %. 84 % des remboursements des médicaments de la liste en sus concernent des anticancéreux et des immunosuppresseurs. La dépense attribuée aux dispositifs médicaux atteint 2,4 milliards d'euros, et augmente moins que celle des médicaments (+3,1 %).

Le financement des médicaments et dispositifs médicaux onéreux

Dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A), le financement des médicaments et des dispositifs médicaux administrés aux patients lors de leur séjour à l'hôpital est pris en charge selon différentes modalités. De manière générale, l'Assurance maladie obligatoire (AMO) couvre ces dépenses au sein des forfaits prévus par les groupes homogènes de séjours (GHS).

Un financement dérogatoire est assuré pour certains produits (médicaments et dispositifs médicaux) inscrits sur la liste en sus, en vertu de l'article L. 162-22-7 du Code de la Sécurité sociale, qui permet leur facturation par l'hôpital à l'AMO en sus du GHS. En garantissant le financement de ces produits innovants et onéreux par l'AMO, ce dispositif favorise leur accès aux patients. La liste en sus recense 121 substances actives en 2024 au titre des médicaments et 4 700 dispositifs médicaux. Ces nombres sont quasiment stables depuis 2020. Le financement dérogatoire des produits de la liste en sus repose sur des tarifs de responsabilité (TR) fixés, pour chaque unité commune de dispensation (UCD), par le Comité économique des produits

de santé (CEPS) et publiés au Journal officiel de la République française. Les établissements de santé négocient, par ailleurs, dans le cadre des règles des marchés publics, leurs propres prix d'achat. Ceux-ci peuvent différer d'un établissement à l'autre et s'écarter du tarif de responsabilité, à la hausse comme à la baisse. Lorsque le prix d'achat est supérieur au tarif de responsabilité, l'écart est intégralement supporté par l'établissement. Lorsqu'il lui est inférieur, l'AMO rembourse l'établissement sur la base du prix d'achat, majoré d'une prime égale à la moitié de l'écart entre le tarif de responsabilité et le prix d'achat. Ce mécanisme d'intéressement, qui incite les établissements à négocier des prix inférieurs au TR, est désigné sous le terme d'écart médicament indemnisable (EMI) pour les médicaments et d'écart technique indemnisable (ETI) pour les dispositifs médicaux.

La prise en charge de certains médicaments repose sur des mécanismes spécifiques, parmi lesquels figurent les autorisations d'accès précoce (AAP) et les autorisations d'accès compassionnel (AAC). Les médicaments bénéficiant d'une AAP ou d'une AAC sont pris en charge à 100 % par l'AMO¹. Ces autorisations peuvent

1. Avant 2021, les médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation (ATU) et post-ATU bénéficiaient déjà d'une prise en charge à 100 % par l'AMO. Le système d'accès dérogatoire a été remplacé au 1^{er} juillet 2021 par les dispositifs d'AAP et d'AAC, afin de simplifier les procédures et de réduire les délais d'accès aux traitements des patients. L'ancien dispositif comportait six régimes d'autorisation, réunis sous les appellations de médicaments sous ATU, post-ATU et recommandation temporaire d'utilisation (RTU).

concerner l'indication d'un médicament en amont de l'obtention de toute autorisation de mise sur le marché (AMM), d'un médicament qui dispose déjà d'une AMM dans l'indication considérée et en amont d'une prise en charge de droit commun par l'AMO, ou d'un médicament qui dispose d'une AMM pour une autre indication. Ces médicaments disposant d'une AAP sont destinés à traiter des maladies graves, rares ou invalidantes, lorsqu'il n'existe pas d'alternative thérapeutique, que le traitement doit être commencé sans délai et que l'efficacité et la sécurité du médicament sont fortement présumées. L'AAP est délivrée pour une indication précise, sur demande du laboratoire, par la Haute Autorité de santé (HAS), après avis conforme de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) lorsque le médicament ne dispose pas d'une AMM dans l'indication considérée.

Les médicaments disposant d'une AAC sont destinés à traiter des patients souffrant de maladies sans traitement approprié, pour une indication donnée, sans avoir vocation à obtenir une AMM en France. L'ANSM peut délivrer une AAC à la demande des professionnels de santé ou de sa propre initiative, après avoir évalué le médicament pour cette indication.

Les médicaments bénéficiant d'une AAP ou d'une AAC sont fournis à l'établissement de santé par le laboratoire titulaire des droits d'exploitation, qui en fixe le prix. Les montants consacrés à ces médicaments peuvent être sujets à de fortes variations selon les années, au gré des inscriptions et radiations des médicaments.

La dépense brute de médicaments et de dispositifs médicaux onéreux évaluée dans cette

fiche correspond aux quantités consommées valorisées au prix d'achat. Elle représente le flux financier versé aux laboratoires par les établissements de santé. La dépense nette correspond à la dépense effectivement supportée par l'AMO, après déduction des remises conventionnelles et d'accès dérogatoire² que les laboratoires reversent à l'AMO dans le cadre des accords négociés par le CEPS, et après ajout des montants des EMI et des ETI. Faute de disposer de l'ensemble de ces montants pour l'année 2024, cette fiche ne présente qu'une estimation de la dépense nette. Celle-ci est calculée en déduisant de la dépense brute les seules remises conventionnelles relatives aux médicaments. Les remises afférentes aux dispositifs médicaux et les montants des EMI et des ETI ne sont pas intégrés au périmètre de la fiche cette année³.

La dépense de médicaments et de dispositifs médicaux onéreux augmente de plus de 10 % en 2024

En 2024, la dépense brute⁴ consacrée aux médicaments et dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus, et aux médicaments disposant d'une AAP ou d'une AAC s'élève à 11,4 milliards d'euros (*tableau 1*), soit 7,6 milliards une fois déduites les remises conventionnelles et d'accès dérogatoire versées par les laboratoires à l'AMO pour les médicaments. Le secteur public (intégrant ici la plupart des établissements privés à but non lucratif)⁵ concentre plus des trois quarts de cette dépense totale de médicaments et de dispositifs médicaux onéreux.

Cette dépense progresse de 10,1 % par rapport à 2023, à un rythme moins soutenu que la hausse moyenne des trois années précédentes

2. Les remises prises en compte sont les remises conventionnelles « produits » et les remises d'accès précoce et d'accès compassionnel. D'autres types de remises existent, notamment les clauses de sauvegarde, qui dépendent du chiffre d'affaires du laboratoire et ne sont pas spécifiques à un de ses produits.

3. Les remises conventionnelles relatives aux dispositifs médicaux onéreux sont évaluées par le CEPS à environ 259 millions d'euros. Le montant des EMI en 2024 est de 174 millions d'euros pour les médicaments de la liste en sus et pour ceux relevant d'une AAP ou d'une AAC. Rapportés aux remises sur les médicaments (3,8 milliards d'euros), ces montants restent marginaux, de sorte que l'estimation présentée constitue une bonne approximation de la dépense nette réelle.

4. Les dépenses relevant de la liste en sus sont estimées sur les champs de la médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) et de l'hospitalisation à domicile (HAD), tandis que les dépenses de médicaments sous AAC ou AAP sont limitées au seul champ MCO. Ces restrictions ont un impact limité sur les montants agrégés (*encadré 1*).

5. Dans cette fiche, le secteur public est défini par le mode de financement et regroupe les hôpitaux publics et la majorité des établissements privés à but non lucratif, tandis que le secteur privé à but lucratif regroupe les cliniques privées et le reste des établissements privés à but non lucratif.

(+15,1 % par an). La dépense nette des remises augmente de 12,3 % entre 2023 et 2024, un rythme un peu plus soutenu que la hausse moyenne des trois années précédentes (+10,3 % par an). Entre 2019 et 2024, la dépense nette de remises a progressé plus rapidement que l'ensemble de la consommation des soins hospitaliers (+44,7 %, contre +30,1 % sur cinq ans). Elle est, par ailleurs, nettement plus dynamique qu'entre 2016 et 2019 (*graphique 1*).

La dépense des seuls médicaments onéreux (médicaments de la liste en sus et sous AAP ou AAC) s'élève à 9,0 milliards d'euros. Après déduction

des remises, elle atteint 5,2 milliards d'euros et augmente de 17,1 % par rapport à 2023. Cette dépense représente 72 % de la dépense totale de médicaments à l'hôpital (hors rétrocession hospitalière) [voir encadré Sources et méthodes].

Le secteur public totalise 84 % de la dépense des médicaments de la liste en sus

En 2024, la dépense associée aux seuls médicaments de la liste en sus (dans le champ des activités du court séjour [MCO] et de l'hospitalisation à domicile [HAD]) s'élève à 7,5 milliards

Tableau 1 Dépenses de médicaments et dispositifs médicaux onéreux, selon le secteur et le montant des remises en 2014, puis de 2019 à 2024

		Dépenses (en millions d'euros)						Évolution (en %)
		2014	2019	2021	2022	2023	2024	2023-2024
Médicaments : liste en sus (MCO + HAD)	Ensemble	3 898,5	3 898,5	5 292,1	5 895,5	6 565,8	7 455,0	13,5
	dont secteur public	2 407,1	3 267,6	4 444,3	4 961,3	5 517,7	6 252,7	13,3
	dont secteur privé	504,2	630,9	847,7	934,2	1 048,1	1 202,4	14,7
Médicaments : AAP + AAC (MCO)	Ensemble		337,7	475,0	857,2	1 478,3	1 558,0	5,4
	dont secteur public		326,7	431,0	767,6	1 310,9	1 379,3	5,2
	dont secteur privé		11,0	44,0	89,6	167,3	178,7	6,8
Remises¹	Ensemble	375,9	997,4	2 097,8	2 632,6	3 580,7	3 787,5	5,8
	dont secteur public	315,7	837,8	1 762,2	2 211,4	3 007,8	3 181,5	5,8
	dont secteur privé	60,1	159,6	335,7	421,2	572,9	606,0	5,8
Dispositifs médicaux (MCO)	Ensemble	1 666,8	2 030,2	2 077,9	2 198,9	2 325,0	2 398,1	3,1
	dont secteur public	848,3	1 100,6	1 139,8	1 206,8	1 269,2	1 325,9	4,5
	dont secteur privé	818,5	929,6	938,1	992,1	1 055,8	1 072,3	1,6
Médicaments et dispositifs médicaux	Ensemble		6 266,7	7 845,0	8 951,6	10 369,1	11 411,2	10,1
	Ensemble net des remises¹		5 269,2	5 747,1	6 319,0	6 788,4	7 623,6	12,3
	dont secteur public		4 694,9	6 015,2	6 935,6	8 097,9	8 957,8	10,6
	dont secteur privé		1 571,5	1 829,8	2 016,0	2 271,2	2 453,4	8,0

AAP : autorisation d'accès précoce ; AAC : autorisation d'accès compassionnel ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; HAD : hospitalisation à domicile.

1. Remises conventionnelles et remises d'accès précoce et d'accès compassionnel, hors clause de sauvegarde, hors remises sur les dispositifs médicaux.

Notes > Les dispositifs médicaux utilisés au cours des consultations médicales sont exclus, tout comme les dispositifs médicaux non individualisables correspondant à un investissement de capital (appareils pour les IRM ou la radiothérapie...). Il existe deux types de dispositifs médicaux à l'hôpital : les dispositifs implantables (implants ou greffons d'origine humaine) facturés en sus des séjours et les dispositifs dont le coût est inclus dans le tarif des séjours hospitaliers (intra-groupes homogènes de séjours). Avant 2019, les dispositifs bénéficiant d'une AAP ou d'une AAC mis en avant ici correspondaient aux autorisations temporaires d'utilisation (ATU).

Lecture > En 2024, la dépense totale de médicaments et dispositifs onéreux s'élève à 11 411,2 millions d'euros, dont 8 957,8 millions d'euros dans le secteur public. La dépense de médicaments de la liste en sus s'élève à 7 455,0 millions d'euros et celle des dispositifs médicaux de la liste en sus à 2 398,1 millions d'euros.

Champ > France (hors Mayotte pour les dépenses, y compris Mayotte pour les unités administrées), y compris le SSA. Ensemble des médicaments de la liste en sus, des médicaments disposant d'une AAP ou d'une AAC et des dispositifs médicaux délivrés en MCO et en HAD pour les médicaments de la liste en sus.

Sources > ATI, traitements Drees ; données sur les remises issues des comptes de la santé.

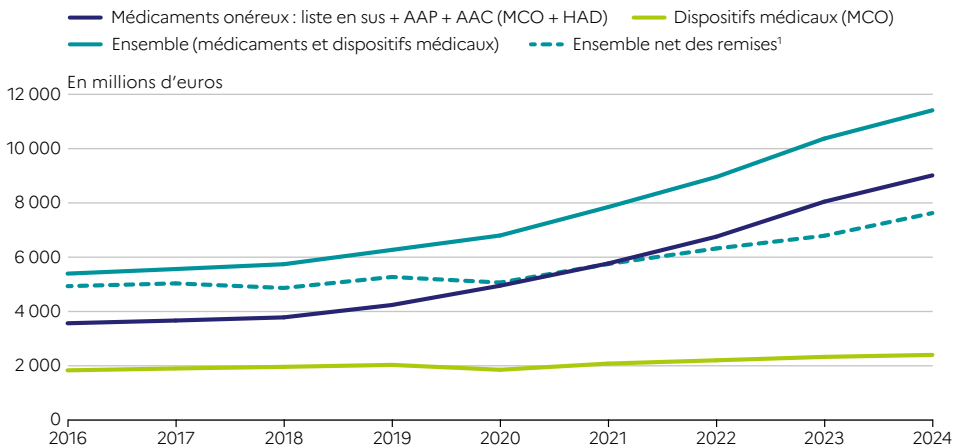
d'euros⁶, soit une hausse de 13,5 % par rapport à 2023 (tableau 1). Le nombre d'unités administrées s'élève à 6,3 millions en 2024. Après une baisse de 4,8 % entre 2021 et 2023, ce nombre augmente de 6,8 % en 2024. Le niveau d'unités administrées dépasse ainsi celui observé en 2021 et atteint son maximum sur la période récente (tableau 2).

Le secteur public totalise 84 % de la dépense des médicaments de la liste en sus, le reste étant principalement imputable aux établissements de santé privés à but lucratif.

Près de 84 % des remboursements de la liste en sus sont dédiés aux traitements anticancéreux et des maladies auto-immunes

Dans cette partie et les suivantes, l'ensemble des montants est évalué avant déduction des remises⁷. Bien que les remises conventionnelles viennent réduire plus fortement la dépense brute de certaines classes de substances actives (CEPS, 2025), leur classement en resterait globalement inchangé en dépense nette. La dépense brute demeure ainsi un indicateur pertinent

Graphique 1 Dépenses de médicaments et dispositifs médicaux onéreux depuis 2016



AAP : autorisation d'accès précoce ; AAC : autorisation d'accès compassionnel ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; HAD : hospitalisation à domicile.

1. Remises conventionnelles et remises d'accès précoce et d'accès compassionnel sur les médicaments, hors clause de sauvegarde, hors remises sur les dispositifs médicaux.

Notes > La « liste en sus » correspond aux médicaments et dispositifs médicaux onéreux qui figurent sur la liste des produits et prestations pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire en sus des prestations de séjour et d'hospitalisation, pour favoriser leur accès aux patients. Avant 2019, les dispositifs bénéficiant d'une AAP ou d'une AAC mis en avant ici correspondaient aux autorisations temporaires d'utilisation (ATU).

Lecture > En 2024, la dépense totale de médicaments et dispositifs onéreux est de 11 411 millions d'euros. La dépense de médicaments onéreux s'élève à 9 013 millions d'euros et celle de dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus à 2 398 millions d'euros.

Champ > France (hors Mayotte pour les dépenses, y compris Mayotte pour les unités administrées), y compris le SSA. Ensemble des médicaments de la liste en sus, des médicaments disposant d'une AAC ou d'une AAP et des dispositifs médicaux délivrés en MCO et en HAD pour les médicaments de la liste en sus, entre 2016 et 2024.

Sources > ATIH, traitements Drees ; données sur les remises issues des comptes de la santé.

6. Les médicaments de la liste en sus pour les soins médicaux et de réadaptation (SMR), hors champ de cette fiche, ne représentent que 8,6 millions d'euros en 2024 et n'affectent donc pas les évolutions observées. En outre, le nombre de médicaments inscrits sur la liste en sus pour les SMR a fortement diminué entre 2023 et 2024.

7. Conformément aux pratiques en vigueur et aux règles de confidentialité encadrant les relations conventionnelles entre le CEPS et les entreprises du médicament, les remises ne peuvent être analysées qu'à un niveau agrégé par grande classe thérapeutique. Les informations relatives aux remises par spécialité ne sont ni disponibles dans les données exploitées ni communicables, afin de garantir le respect du secret des affaires.

pour analyser la structure des dépenses et identifier les principaux postes de consommation⁸.

La dépense de médicaments de la liste en sus demeure très concentrée sur un faible nombre de substances actives, bien que celles-ci changent au gré des inscriptions, radiations ou évolutions de tarifs. Parmi les substances actives inscrites sur la liste en sus, les cinq qui enregistrent les plus fortes dépenses représentent 56 % de la dépense totale, hors remises. Cette part atteint 69 % pour les dix premières substances, 84 % pour les vingt premières et 92 % pour les trente premières (graphique 2).

Deux classes thérapeutiques de médicaments représentent plus de 84 % de la dépense totale de la liste en sus : les antinéoplasiques (L01, médicaments anticancéreux), qui comptent pour 70 % de la dépense totale, et les immunosuppresseurs (L04, traitements de l'activité du système immunitaire) pour 14 %.

Parmi les dix substances actives de la liste en sus générant les dépenses les plus élevées, sept sont des antinéoplasiques, pour une dépense cumulée de 4,3 milliards d'euros en 2024, hors remises. Depuis 2020⁹, les trois premiers postes de dépenses sont systématiquement occupés par des antinéoplasiques, lesquels concentrent à eux seuls près des deux tiers de la dépense de la liste en sus.

Le pembrolizumab, un anticorps indiqué notamment pour le traitement du mélanome et du cancer de la tête et du cou, se distingue nettement comme premier poste de dépense, avec 1 919 millions d'euros en 2024, en hausse de 14,6 % par rapport à 2023, et des volumes en augmentation de 18,7 %. Le deuxième poste de dépense est occupé par le daratumumab, un anticorps indiqué pour le traitement du myélome multiple. Sa dépense atteint 1 045 millions d'euros en 2024 (+13,8 % par rapport à 2023) et ses volumes

Tableau 2 Unités délivrées de médicaments et dispositifs médicaux onéreux en 2014, puis de 2019 à 2024

		Unités (en millions)						Évolution (en %)
		2014	2019	2021	2022	2023	2024	2023-2024
Médicaments : liste en sus (MCO + HAD)	Ensemble	4,8	5,4	6,2	6,1	5,9	6,3	6,8
	dont secteur public	3,9	4,5	5,2	5,2	4,9	5,2	6,1
	dont secteur privé	0,9	0,9	1,0	0,9	1,0	1,1	10,2
Médicaments : AAP + AAC (MCO)	Ensemble	0,0	0,4	0,6	0,9	1,0	0,9	-13,1
	dont secteur public	0,0	0,4	0,5	0,8	0,9	0,7	-17,2
	dont secteur privé	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	14,9
Dispositifs médicaux (MCO)	Ensemble	3,2	3,9	3,9	4,1	4,4	4,5	4,1
	dont secteur public	1,5	1,8	1,8	1,9	2,0	2,1	5,1
	dont secteur privé	1,7	2,1	2,1	2,2	2,4	2,5	3,2

AAP : autorisation d'accès précoce ; AAC : autorisation d'accès compassionnel ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; HAD : hospitalisation à domicile.

Notes > La liste en sus correspond aux médicaments et dispositifs médicaux onéreux qui figurent sur la liste des produits et prestations pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire en sus des prestations de séjour et d'hospitalisation, pour favoriser leur accès aux patients. Le secteur public est défini ici par le mode de financement et regroupe les établissements publics et la majorité des établissements privés à but non lucratif.

Lecture > En 2024, le nombre d'unités consommées de médicaments de la liste en sus est de 6,3 millions, en augmentation de 6,8 % par rapport à 2023. 4,5 millions d'unités de dispositifs médicaux onéreux ont été dispensées en 2024.

Champ > France (hors Mayotte pour les dépenses, y compris Mayotte pour les unités administrées), y compris le SSA. Ensemble des médicaments de la liste en sus, des médicaments disposant d'une AAP ou d'une AAC et des dispositifs médicaux délivrés en MCO, et en HAD pour les médicaments de la liste en sus.

Sources > ATIH, traitements Drees.

8. Dans le Dossier de la Drees 139, publié en juillet 2026, la dépense nette de médicaments est publiée pour des médicaments de classe ATC2, soit un niveau plus fin que celui présenté ici, dans le respect du secret des affaires.

9. Jusqu'en 2019, un anti-infectieux figurait parmi ces trois premiers postes de dépenses.

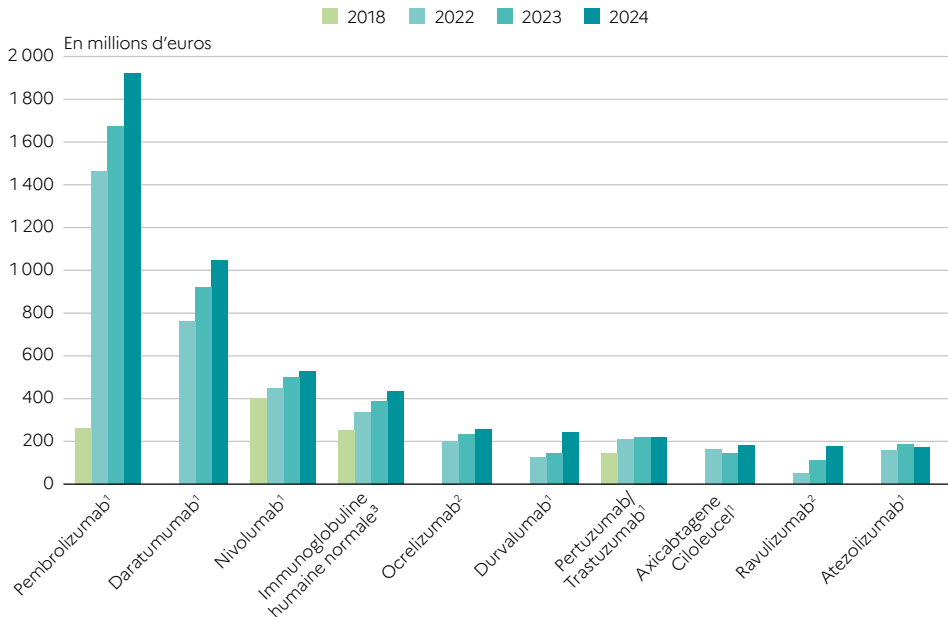
augmentent de 12,9 %. Le troisième poste de dépense correspond au nivolumab, un anticorps indiqué pour le traitement du cancer colorectal, qui enregistre également une hausse de ses dépenses (+5,6 %) et de ses volumes (+6,2 %) en 2024 (graphique 2). Comme en 2023, le quatrième poste de dépense est occupé par un anti-infectieux, l'immunoglobuline humaine. Cette dernière est inscrite sur la liste en sus depuis plus de dix ans. La dépense liée à cette substance active totalise 432 millions d'euros en 2024 (+11,1 % par rapport à 2023). Le cinquième poste

de dépense concerne une substance active de traitement des maladies du système immunitaire, l'ocrelizumab, utilisé dans le cadre du traitement de la sclérose en plaques. Ses dépenses comme ses volumes ont augmenté de 9,7 % en 2024.

Les médicaments sous AAP ou AAC coûtent près d'1,6 milliard d'euros

Les médicaments non rétrocédables¹⁰ sous AAP ou AAC représentent une dépense de 1 558 millions d'euros dans le champ du MCO en 2024¹¹, en augmentation par rapport à 2023 (+5,4 %).

Graphique 2 Dépenses pour les dix substances actives les plus coûteuses de la liste en sus en MCO et HAD en 2018, puis de 2022 à 2024



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; HAD : hospitalisation à domicile.

1. Substance active appartenant à la classe des anticancéreux (antineoplastiques).

2. Substance active appartenant à la classe des immunosuppresseurs.

3. Substance active appartenant à la classe des anti-infectieux.

Note > Le palmarès est établi à partir des dix substances actives les plus coûteuses de la liste en sus de l'année 2024. Les dépenses présentées sont brutes, soit hors remises. Conformément aux pratiques en vigueur et aux règles de confidentialité encadrant les relations conventionnelles entre le CEPS et les entreprises du médicament, les remises ne peuvent être analysées qu'à un niveau agrégé. Les informations relatives aux remises par spécialité, ou médicament, ne sont ni disponibles dans les données exploitées, ni communicables, afin de garantir le respect du secret des affaires.

Champ > France (hors Mayotte), y compris le SSA, champs MCO et HAD confondus.

Sources > ATIH, traitements Drees.

10. Les médicaments non rétrocédables sont ceux délivrés par la pharmacie hospitalière dans le cadre d'une hospitalisation. Les médicaments rétrocédables sont également délivrés par la pharmacie hospitalière, mais pour un usage au domicile du patient.

11. Les dépenses de médicaments sous AAP ou AAC, en HAD ou en SMR, non prises en compte dans cette fiche, ne s'élèvent qu'à 18 millions d'euros en 2024.

Cette hausse est bien moindre qu'en 2022 et 2023 (respectivement +80,5 % et +72,5 %), du fait de la sortie du dispositif de certains médicaments et de leur inscription à la liste en sus (CEPS, 2025)¹².

Cinq médicaments bénéficiant d'une AAP ou d'une AAC concentrent, à eux seuls, 35 % des dépenses associées à ces dispositifs et 20 % du nombre total d'unités administrées. Le premier, Keytruda® (pembrolizumab), est un médicament indiqué dans le traitement de plusieurs cancers. Il est inscrit sur la liste en sus pour plusieurs d'entre eux (comme le mélanome ou le cancer colorectal) et bénéficie d'une AAP pour plusieurs autres (comme le cancer du sein triple négatif ou le cancer de l'œsophage). La dépense correspondante s'élève à 141 millions d'euros en 2024 (-16 % par rapport à 2023). Le deuxième, Abecma®, est un médicament indiqué dans le traitement du myélome (cancer de la moelle osseuse) chez les patients adultes. Il représente une dépense totale de 132,5 millions d'euros, soit le double de son montant enregistré en 2023. Le troisième, Enhertu® (trastuzumab et deruxtecan) est aussi un médicament indiqué dans le traitement du cancer du sein. Sa dépense atteint 117,2 millions d'euros en 2024 et diminue de 36 % en un an, après une forte hausse entre 2022 et 2023. Le quatrième, Tecvayl® (teclistamab), est également indiqué dans le traitement du myélome. Il représente au total 78,1 millions d'euros (soit +18 % par rapport à 2023). L'Imfinzi®, médicament préconisé dans le

traitement du cancer du poumon, recule à la cinquième position en 2024, avec une dépense de 70,7 millions d'euros (-35 % en un an).

Les dépenses aux prix d'achat affectées aux dispositifs médicaux de la liste en sus augmentent de 3,1 %

Les dispositifs médicaux sont classés en quatre catégories, selon leur risque potentiel pour la santé publique (par exemple : compresses [catégorie I], lentilles de contact [catégorie IIa], produits de désinfection des lentilles [catégorie IIb], prothèses de hanche [catégorie III], etc.). Certains sont pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation et représentent 2,4 milliards d'euros dans le champ MCO en 2024 (le mode de financement n'existe pas en HAD), soit une hausse de 3,1 % par rapport à 2023 (tableau 1). Leur progression est plus marquée dans le secteur public (+4,5 %) que dans le secteur privé à but lucratif (+1,5 %), contrairement à 2023, où l'augmentation était plus forte dans le secteur privé à but lucratif. Depuis 2019, les dépenses affectées aux dispositifs médicaux de la liste en sus ont progressé moins vite que l'ensemble de la consommation des soins hospitaliers (+18,1 %, contre +30,1 % en cinq ans).

Les dix dispositifs médicaux les plus valorisés représentent 14,3 % de la dépense totale et concernent tous des pathologies cardiaques (valves cardiaques artificielles et stimulateurs). ■

Encadré 1 La dépense de médicaments et de dispositifs onéreux à l'hôpital au sein de la dépense hospitalière

Hors mécanisme de la rétrocession hospitalière (2,2 milliards d'euros en 2024), qui permet aux pharmacies hospitalières de délivrer des médicaments aux patients pour un usage à leur domicile, la dépense totale de médicaments à l'hôpital public peut être décomposée entre montants inclus dans les forfaits des groupes homogènes de séjours (« intra-GHS »), soit 1,5 milliard d'euros, et les dépenses des médicaments onéreux faisant l'objet de cette fiche, estimées à 4,4 milliards d'euros remises déduites¹ dans les comptes de la santé (soit 70 % de leur dépense totale).

Dans le secteur privé à but lucratif, les dépenses de médicaments onéreux sont estimées à 0,8 milliard d'euros remises déduites. En appliquant à l'ensemble des consommations intermédiaires la même part de dépenses de médicaments intra-GHS que celle observée dans le secteur public, l'ordre de grandeur des dépenses de médicaments intra-GHS peut être estimé à 0,5 milliard d'euros. ●●●

12. C'est notamment le cas du Keytruda®, qui a obtenu des autorisations de mise sur le marché pour plusieurs indications thérapeutiques (CEPS, 2025), les dernières étant des indications pour le traitement du cancer de l'endomètre puis du col de l'utérus.



Similairement, les dépenses de dispositifs médicaux à usage individuel sont estimées à 1,3 milliard d'euros pour la liste en sus à l'hôpital public, et à 3,4 milliards d'euros en intra-GHS. Dans le secteur privé à but lucratif, elles sont estimées à 1,1 milliard d'euros également pour la liste en sus, et à 1,1 milliard d'euros en intra-GHS.

Décomposition de la dépense de médicaments et de dispositifs médicaux en France en 2024

Dépense de médicaments (hors Ehpad)

Lieu de délivrance		Liste	Dépense (en milliards d'euros)	Remises ¹ (en milliards d'euros)	Dépense nette (en milliards d'euros)
Ville	Pharmacie	Remboursable	29,7	5,0	24,7
		Non remboursable	2,8	n.c.	2,8
Établissements publics ²	Pharmacie hospitalière	Rétrocession	2,2	n.e.	2,2
	Séjour	Intra-GHS	1,5	n.c.	1,5
		Liste en sus et AAP + AAC	7,6	3,2	4,4
Établissements privés	Pharmacie hospitalière	Rétrocession	0,0	n.e.	0,0
		Intra-GHS	0,5	n.c.	0,5
	Séjour	Liste en sus et AAP + AAC	1,4	0,6	0,8
		Toutes listes	45,7	8,8	36,9

Dépense de dispositifs médicaux à usage individuel (hors Ehpad et hors optique)

Lieu de délivrance		Liste	Dépense (en milliards d'euros)	Remises ¹ (en milliards d'euros)	Dépense nette (en milliards d'euros)
Ville	Pharmacie	Remboursable	12,8	n.e.	n.e.
		Non remboursable	0,6	n.e.	n.e.
Établissements publics ²	Séjour	Intra-GHS	3,4	n.e.	n.e.
		Liste en sus	1,3	n.e.	n.e.
Établissements privés	Séjour	Intra-GHS	1,1	n.e.	n.e.
		Liste en sus	1,1	n.e.	n.e.
Tous lieux		Toutes listes	20,3	0,3	20,0

Ehpad : établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ; AAP : autorisation d'accès précoce ; AAC : autorisation d'accès compassionnel ; GHS : groupe homogène de séjours ; n.c. : non concerné, les remises ne s'appliquent pas aux médicaments intra-GHS dont les prix sont négociés directement par les établissements ; n.e. : non estimé, les remises sur les médicaments rétrocédés sont comptabilisées avec les remises associées à la ville. Les remises sur les dispositifs médicaux, s'élevant à 259 millions d'euros, ne sont pas ventilées par lieu de délivrance.

1. Remises conventionnelles et remises d'accès précoce et compassionnel, hors clause de sauvegarde.

2. Établissements publics et privés à but non lucratif.

Notes > Les dispositifs médicaux utilisés au cours des consultations médicales sont exclus, tout comme les dispositifs médicaux non individualisables correspondant à un investissement de capital (appareils pour les IRM ou la radiothérapie...). Il existe deux types de dispositifs médicaux à l'hôpital : les dispositifs implantables (implants ou greffons d'origine humaine), entre autre facturés en sus des séjours, et les dispositifs dont le coût est inclus dans le tarif des séjours hospitaliers (intra-GHS). La rétrocession hospitalière correspond à la délivrance de médicaments en pharmacie, mais les remboursements associés à ces médicaments sont inclus dans l'Ondam ville. Dans les dépenses du secteur public, défini ici par le mode de financement, sont comptabilisées les dépenses de la quasi-totalité des établissements privés à but non lucratif.

Lecture > En 2024, la dépense de médicaments en ville s'élève à 29,7 milliards d'euros pour les médicaments remboursables, 2,8 milliards d'euros pour les médicaments non remboursables et 2,2 milliards d'euros pour les rétrocessions. Au cours des séjours (dans les établissements publics et privés), la dépense de médicaments représente 11,0 milliards d'euros, dont 9,0 milliards d'euros de médicaments inscrits sur la liste en sus ou sous AAP ou AAC.

Champ > France, y compris le SSA dans le secteur hospitalier et en ambulatoire, hors Ehpad sous forfait.

Sources > Comptes de la santé (et ATIH pour la dépense de médicaments et de dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus des établissements publics).

1. Les comptes de la santé (Delecourt, Didier, 2025) estiment les dépenses des médicaments onéreux à 7,9 milliards d'euros avant remises, contre 7,6 milliards d'euros dans le corps de cette fiche. Les données de médicaments des caisses nationales de santé (CNS) reposent, jusqu'à présent, sur des données comptables de l'AMO et non directement sur les prix d'achat du PMSI, comme c'est le cas dans cette fiche. Par ailleurs, sont exclus du champ de la fiche les dépenses en SMR et HAD pour les médicaments sous AAP ou AAC.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Spécialités pharmaceutiques de la liste en sus (hors rétrocession hospitalière), en France, y compris le service de santé des armées (SSA). Pour Mayotte, les données du centre hospitalier sont incluses pour le nombre d'unités administrées, mais les dépenses associées ne sont pas comptabilisées dans la mesure où cet établissement n'est pas soumis à la tarification à l'activité (T2A).

Pour les médicaments de la liste en sus, les données portent sur les champs de la médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) et de l'hospitalisation à domicile (HAD). Les médicaments de la liste en sus relevant des soins médicaux et de réadaptation (SMR), hors champ de cette fiche, ne représentent que 8,6 millions d'euros en 2024. S'agissant des médicaments sous autorisation d'accès précoce (AAP) ou sous autorisation d'accès compassionnel (AAC), les données se limitent au champ MCO. Les dépenses correspondantes en HAD ou en SMR, non prises en compte ici, s'élèvent seulement à 18 millions d'euros en 2024. Pour les dispositifs médicaux, les données portent uniquement sur le champ MCO, le dispositif de la liste en sus n'existant pas pour des dispositifs médicaux en HAD et en SMR.

Les chiffres de la dépense pour les médicaments et les dispositifs médicaux de la liste en sus et sous AAP ou AAC portent sur des données en date des soins (date de fin de séjour hospitalier).

Sources

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) [factures « H » et « P »], fichier complémentaire des médicaments onéreux (« FichComp Med »), tables des dispositifs médicaux implantables (« DMIP ») et des médicaments sous AAP ou AAC (« Medapac ») [voir annexe 3, « Les grandes sources de données sur les établissements de santé »].

Définitions

> **Groupe homogène de séjour (GHS)** : il s'agit du tarif forfaitaire destiné à couvrir les frais occasionnés par la mise à disposition de l'ensemble des prestations relatives à l'hospitalisation du patient. Cette couverture se base sur la classification en groupes homogènes de malades (GHM).

> **Classe thérapeutique** : le système de classification anatomique, thérapeutique et chimique (ATC) est utilisé pour classer les médicaments. Ces derniers sont divisés en différents groupes selon l'organe ou le système sur lequel ils agissent ou leurs caractéristiques thérapeutiques et chimiques.

> **Substance active** : elle désigne l'ensemble des composants d'un médicament qui possèdent un effet thérapeutique (qu'il s'agisse d'une substance pure chimiquement définie, d'un mélange de plusieurs substances chimiquement proches ou encore d'une substance définie par son mode d'obtention).

Dans cette fiche, la distinction entre secteur public et secteur privé à but lucratif ne repose pas sur leur statut juridique, mais sur leur mode de financement.

> **Secteur public** : il regroupe les hôpitaux publics et la majorité des établissements privés à but non lucratif.

> **Secteur privé à but lucratif** : il regroupe les établissements de santé privés à but lucratif et le reste des établissements privés à but non lucratif.

Pour en savoir plus

> **Auvigne, F., et al.** (2024, mars). *Revue des dépenses : les dispositifs médicaux*. Rapport, Igas-IGF.

> **Cadillac, M., Maugendre, E.** (2026, juillet). Innovation thérapeutique et régulation des prix : les déterminants de la hausse des dépenses de médicaments en France (2016-2024). Le coût réel du médicament. Drees, *Les Dossiers de la Drees*, 139.

> **Comité économique des produits de santé (CEPS)** (2025, décembre). *Rapport d'activité 2024*.

> **Cour des comptes** (2025, septembre). *Le bon usage des produits de santé*. Rapport public thématique.

> **Cour des comptes** (2024, juin). *Le Comité économique des produits de santé : un organisme à conforter pour une régulation plus efficace. Exercices 2019-2023*. Rapport.

> **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.

> **Direction de la Sécurité sociale** (2025, juin). *Maladie*. Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale (REPPS), données 2024.

> **Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités** (2021, juillet). Refonte du système dérogatoire d'accès aux médicaments. Autorisation d'accès précoce, autorisation d'accès compassionnel et cadre de prescription compassionnelle.

En 2024, la consommation de soins hospitaliers atteint 120,7 milliards d'euros, soit 47 % de la consommation de soins et de biens médicaux et 5,9 % de la consommation finale effective des ménages. Les soins hospitaliers augmentent en valeur à un rythme moins soutenu qu'en 2023, du fait d'un net ralentissement des prix, et les volumes de soins accélèrent légèrement. La consommation de soins hospitaliers dans le secteur public ralentit en raison du repli des dépenses énergétiques. Elle décélère aussi dans le secteur privé, en raison du ralentissement des rémunérations des cliniques privées et des honoraires de leurs praticiens libéraux. La Sécurité sociale est le principal financeur des soins hospitaliers (92,8 % du total en 2024). Elle prend davantage en charge les dépenses de l'hôpital public que celles des cliniques privées. En 2024, le reste à charge des ménages est stable dans le secteur public, à 1,0 %. Il augmente en revanche dans le secteur privé à but lucratif, à 6,7 %, après 5,9 % en 2023.

Le volume de soins hospitaliers accélère légèrement en 2024

La consommation de soins du secteur hospitalier recouvre l'ensemble des séjours et consultations à l'hôpital en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), en hospitalisation à domicile (HAD), en soins médicaux et de réadaptation (SMR) et en psychiatrie (voir encadré Sources et méthodes). En valeur, c'est-à-dire en euros courants, elle s'élevé en 2024 à 120,7 milliards d'euros, représentant 47 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et 5,9 % de la consommation effective des ménages.

La consommation des 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 (*graphique 1*). 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 %)¹. La consommation de soins hospitaliers reste néanmoins plus dynamique qu'avant la crise sanitaire

liée à l'épidémie de Covid-19 : entre 2014 et 2019, les dépenses hospitalières en euros courants augmentaient en moyenne de 1,8 % par an. Contrairement aux prix, le volume économique de soins consommés accélère légèrement (+2,3 % en 2024, après +2,1 % en 2023).

La consommation de soins ralentit fortement dans le secteur public, en raison d'une baisse marquée des prix

En 2024, la consommation de soins dans le secteur hospitalier privé à but lucratif² (voir encadré Sources et méthodes) atteint 27,1 milliards d'euros (*tableau 1*). L'activité de ce secteur ralentit (+4,1 %, après +5,2 % en 2023), mais son rythme reste supérieur à celui d'avant la crise sanitaire (+2,0 % par an entre 2014 et 2019 en moyenne). Ce ralentissement s'explique à la fois par un léger ralentissement des volumes d'activité (+3,2 %, après +3,8 % en 2023) et des prix (+0,9 %, après +1,3 % en 2023).

La consommation de soins dans le secteur hospitalier public³ (voir encadré Sources et méthodes)

1. Insee, indice des prix à la consommation.

2. Dans cette fiche, le secteur public est défini par le mode de financement et regroupe les hôpitaux publics et la majorité des établissements privés à but non lucratif, tandis que le secteur privé à but lucratif regroupe les cliniques privées et le reste des établissements privés à but non lucratif.

3. La façon de comptabiliser les dépenses n'est pas la même pour le secteur public et le secteur privé à but lucratif (voir encadré Sources et méthodes). Dans le secteur public, secteur non marchand, elle est évaluée au coût des différents facteurs de production ; dans le secteur privé à but lucratif, secteur marchand, elle est évaluée à l'aune du prix facturé par les cliniques privées en contrepartie des soins délivrés.

ralentit nettement (+2,9 %, après +6,3 % en 2023) pour atteindre 93,7 milliards d’euros. Le taux de croissance du secteur public est le plus faible depuis 2020, mais il reste supérieur à celui d’avant crise (+1,8 % par an entre 2014 et 2019 en moyenne). Le ralentissement de la consommation de soins hospitaliers publics s’explique principalement par le fléchissement des prix (+0,8 %, après +4,6 % en 2023). À l’inverse, le volume des soins hospitaliers publics accélère (+2,1 %, après +1,6 % en 2023 et -1,2 % en 2022). La part de la consommation de soins hospitaliers publics dans la CSBM diminue de 0,3 point, de 37,1 % à 36,8 %. Elle reste stable dans la consommation effective des ménages depuis 2022 (4,6 %).

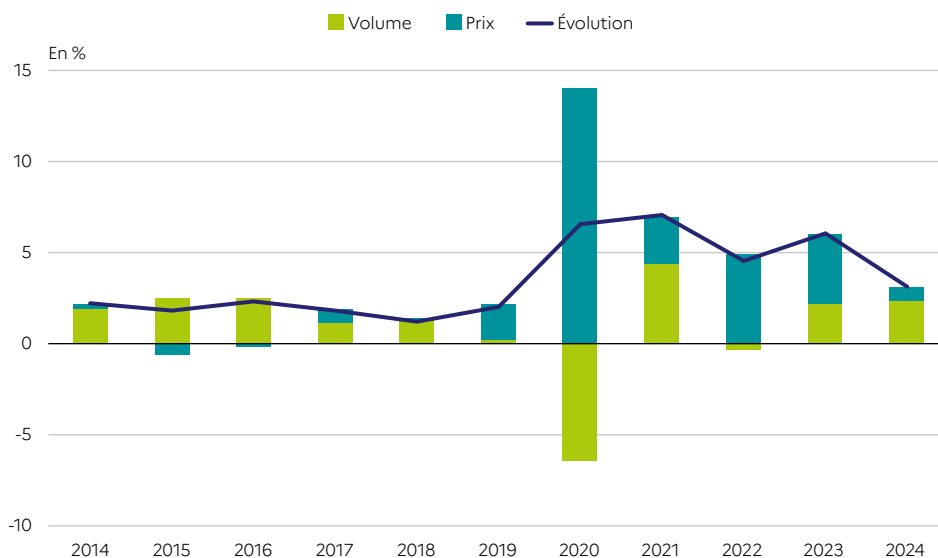
Les dépenses de consommation de soins hospitaliers publics ralentissent avec le repli des dépenses énergétiques

Le ralentissement de la consommation de soins hospitaliers publics s’observe pour ses principaux coûts de production (tableau 2), mais s’explique

pour moitié par le repli des dépenses d’énergie, chauffage et eau : ces dernières reculent de près de 30 % en 2024, après de fortes hausses observées en 2023 (+77 %) et 2022 (+13 %). Les achats de biens médicaux augmentent au contraire fortement (+7,2 %, après +5,7 %), en lien avec la forte croissance des dépenses de médicaments et dispositifs médicaux onéreux à l’hôpital (voir fiche 23, « Les médicaments et dispositifs médicaux onéreux »).

Les rémunérations du personnel hospitalier non médical représentent 48 % de la consommation de soins hospitaliers dans le secteur public, et constituent le coût de production le plus important. Elles augmentent de 3,7 % en 2024, mais ralentissent par rapport à 2023 (+4,6 %) et 2022 (+5,0 %), années de la revalorisation du point d’indice de la fonction publique (+3,5 % en juillet 2022 et +1,5 % en juillet 2023) et de la mise en place de plusieurs mesures catégorielles (hausse des indemnités de garde et de sujétion). Les rémunérations du personnel

Graphique 1 Évolution de la consommation de soins hospitaliers en valeur, volume et prix depuis 2014



Lecture > En 2024, la consommation de soins hospitaliers augmente de 3,1 % en valeur. Cette évolution se décompose en une hausse du volume de soins de 2,3 % et une hausse des prix de 0,8 %.

Champ > France (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA. Les dépenses de soins de longue durée ne sont pas incluses.

Source > Drees, comptes de la santé.

Tableau 1 Consommation de soins hospitaliers par secteur en valeur, volume et prix depuis 2014

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Secteur public (en milliards d'euros)	65,5	66,6	68,0	69,3	70,0	71,6	76,9	81,7	85,7	91,1	93,7
Évolution (en %)	2,4	1,7	2,1	1,9	1,0	2,2	7,5	6,1	4,9	6,3	2,9
Volume (en %)	2,0	2,1	1,9	0,5	0,5	0,0	-7,7	2,7	-1,2	1,6	2,1
Prix (en %)	0,5	-0,4	0,2	1,4	0,5	2,2	16,4	3,3	6,3	4,6	0,8
Part de la consommation de soins dans la CSBM (en %)	34,9	34,9	34,9	35,0	34,9	34,9	36,8	36,3	36,6	37,1	36,8
Part de la consommation de soins dans la consommation finale effective des ménages (en %)	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,7	4,7	4,6	4,6	4,6
Secteur privé à but lucratif (en milliards d'euros)	19,2	19,7	20,2	20,5	20,9	21,2	21,9	24,1	24,8	26,0	27,1
Évolution (en %)	1,3	2,2	2,9	1,3	2,0	1,5	3,2	10,0	2,9	5,2	4,1
Volume (en %)	1,5	3,5	4,4	2,9	3,2	0,8	-2,7	9,4	2,4	3,8	3,2
Prix (en %)	-0,2	-1,2	-1,4	-1,6	-1,2	0,7	6,0	0,5	0,5	1,3	0,9
Part de la consommation de soins dans la CSBM (en %)	10,2	10,3	10,4	10,3	10,4	10,3	10,5	10,7	10,6	10,6	10,6
Part de la consommation de soins dans la consommation finale effective des ménages (en %)	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,4	1,4	1,3	1,3	1,3

CSBM : consommation de soins et de biens médicaux.

Note > Le secteur public est défini par le mode de financement et regroupe les établissements publics et la majorité des établissements privés à but non lucratif. Le secteur privé à but lucratif regroupe les établissements privés à but lucratif et le reste des établissements privés à but non lucratif.

Champ > France (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris les SSA. Les dépenses de soins de longue durée ne sont pas incluses.

Source > Drees, comptes de la santé.

Tableau 2 Évolution des soins hospitaliers publics par poste de dépense depuis 2022

	En %			
	2022	2023	2024	Part en 2024
Rémunérations du personnel médical	6,4	5,5	3,0	14,7
Rémunérations du personnel non médical	5,0	4,6	3,7	47,5
Services de santé	11,6	16,9	3,0	2,9
Achats de biens médicaux	0,0	5,7	7,2	13,1
Énergie, chauffage, eau	13,2	77,3	-29,0	1,7
Autres achats de biens et de services	4,4	6,0	-0,6	8,1
Consommation de capital fixe	6,8	2,9	-1,5	5,4
Impôts nets de subventions et autres charges	6,0	4,7	8,0	6,6
Secteur public	4,9	6,3	2,9	100,0

Note > Le secteur public est défini par le mode de financement et regroupe les établissements publics et la majorité des établissements privés à but non lucratif. Les services de santé comptabilisent des dépenses de sous-traitance à caractère médical, de services extérieurs (personnels médicaux et paramédicaux), de médecins consultants exceptionnels et de transports d'usagers.

Champ > France (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA. Les dépenses de soins de longue durée ne sont pas incluses.

Source > Drees, comptes de la santé.

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).

Les rémunérations des cliniques privées et les honoraires de leurs praticiens libéraux, tous deux dynamiques, ralentissent

Dans le secteur privé à but lucratif, les rémunérations des cliniques privées (recettes générées par leurs activités de soins, hors honoraires) atteignent 20,5 milliards d'euros en 2024, soit 75,6 % du total (tableau 3). Le reste de la consommation des soins en cliniques privées correspond aux honoraires des praticiens libéraux y exerçant, évalués à 6,6 milliards d'euros.

Les honoraires des praticiens libéraux sont dynamiques mais ralentissent (+4,5 %, après +7,5 % en 2023). C'est aussi le cas des rémunérations des cliniques privées, qui augmentent de 3,9 %, après 4,4 % en 2023. Cette hausse provient d'abord de l'activité de MCO (+3,2 %) et du rebond des forfaits (-16,4 %, après -17,6 % en 2023)⁴. L'HAD est très dynamique (+11,2 %), mais son poids reste limité (1,8 % de la rémunération des cliniques privées). Les dépenses de psychiatrie décélèrent légèrement par rapport à 2023, mais sont aussi dynamiques (+3,7 %, après +4,1 % en 2023). L'activité de SMR et les dialyses progressent légèrement (autour de +1 % chacune). Les dépenses de médicaments en sus ou en accès dérogatoire augmentent de 13,6 %,

Tableau 3 Décomposition de la consommation de soins hospitaliers dans le secteur privé à but lucratif depuis 2021

	Niveaux (en millions d'euros)				Structure (en %)	Évolutions (en %)	
	2021	2022	2023	2024		2024	2023
Honoraires des praticiens	5 701,5	5 892,1	6 336,7	6 621,6	24,4	7,5	4,5
Rémunérations des cliniques	18 357,2	18 861,8	19 696,5	20 474,4	75,6	4,4	3,9
MCO	9 328,1	9 427,8	10 528,1	10 864,6	40,1	11,7	3,2
SMR	2 804,3	2 715,4	2 800,8	2 828,9	10,4	3,1	1,0
PSY	906,4	994,3	1 034,6	1 073,3	4,0	4,1	3,7
Médicaments en sus ¹	646,8	719,2	781,1	887,1	3,3	8,6	13,6
Dispositifs médicaux en sus ¹	784,0	819,4	834,3	809,7	3,0	1,8	-2,9
Forfaits et assimilés ²	1 612,9	1 783,2	1 469,9	1 710,2	6,3	-17,6	16,4
Dialyse	1 271,8	1 302,9	1 369,3	1 384,9	5,1	5,1	1,1
HAD	282,1	314,9	339,4	377,3	1,4	7,8	11,2
Cures thermales	218,7	299,7	346,0	372,4	1,4	15,5	7,6
Compensation de la perte d'activité ³	502,0	485,0	193,0	166,0	0,6	-60,2	-14,0
Secteur privé	24 058,7	24 753,9	26 033,3	27 096,0	100,0	5,2	4,1

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

1. Y compris remises.

2. Forfait activités isolées, forfait annuel prélèvements d'organes, forfait urgences, forfait journalier, forfait complémentaire santé solidaire (C2S), forfait IVG et forfait établissements situés à l'étranger.

3. Garantie de financement (GF), sécurisation modulée à l'activité (SMA).

Note > Le secteur public est défini par le mode de financement et regroupe les établissements publics et la majorité des établissements privés à but non lucratif. Le secteur privé à but lucratif regroupe les établissements privés à but lucratif et le reste des établissements privés à but non lucratif.

Champ > France (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris les SSA. Les dépenses de soins de longue durée ne sont pas incluses.

Source > Drees, comptes de la santé.

4. Les reversements au titre du coefficient prudentiel (-45 % en 2023 parmi les forfaits) et des missions d'intérêt général (Mig) et missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac) [-29 % en 2023 parmi les forfaits] ont le plus contribué à la baisse des forfaits et assimilés en 2023.

tandis que les dépenses de dispositifs médicaux en sus diminuent de 2,9 %⁵. Les dépenses de compensation de la perte d'activité⁶ des cliniques diminuent de nouveau (-14,0 % en 2024, après -60,2 % en 2023, année de l'arrêt de la garantie de financement), suivant des baisses progressives entre 2020 et 2022.

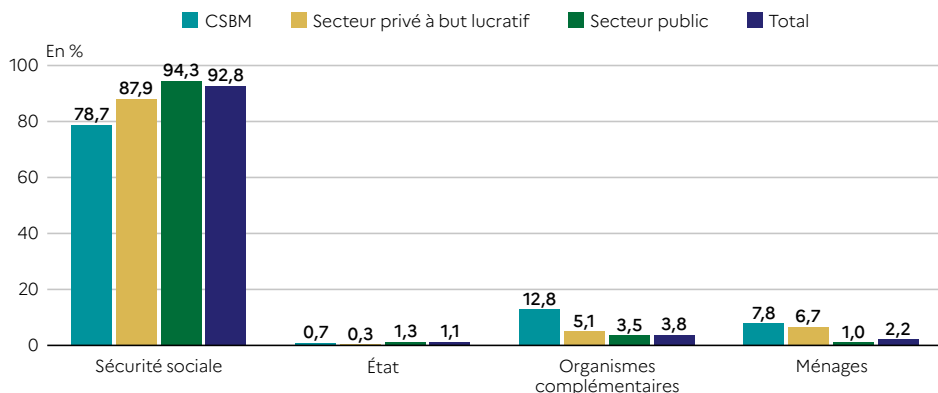
La Sécurité sociale est le principal financeur des soins hospitaliers

En 2024, sur les 120,7 milliards d'euros de consommation hospitalière, 112,1 milliards d'euros sont financés par la Sécurité sociale, soit 92,8 % (graphique 2), faisant de la Sécurité sociale le principal financeur des soins hospitaliers. Avec le financement de l'État (aide médicale de l'État [AME], hôpitaux militaires, dépenses au titre des invalides de guerre, dispositifs Covid-19), le financement des soins

hospitaliers par les administrations publiques s'établit à 113,4 milliards d'euros (93,9 %). Le financement des organismes complémentaires (OC) – mutuelles, entreprises d'assurances et institutions de prévoyance – s'élève à 4,6 milliards d'euros en 2024, soit 3,8 % des dépenses de soins hospitaliers totales, et le reste à charge des ménages – les paiements directs des ménages – à 2,7 milliards d'euros (2,2 %).

En 2024, la Sécurité sociale finance 94,3 % des soins des hôpitaux publics, et 87,9 % des soins des cliniques privées. La part de ces dépenses prise en charge par les OC est, en revanche, sensiblement plus faible dans les hôpitaux publics (3,5 %) que dans les cliniques privées (5,1 %). Le reste à charge des ménages s'établit par conséquent à 1,0 % dans le secteur hospitalier public, contre 6,7 % dans le secteur hospitalier privé à but lucratif.

Graphique 2 Financement de la consommation de soins hospitaliers par secteur en 2024



CSBM : consommation de soins et de biens médicaux.

Note > Le secteur public est défini par le mode de financement et regroupe les établissements publics et la majorité des établissements privés à but non lucratif. Le secteur privé à but lucratif regroupe les établissements privés à but lucratif et le reste des établissements privés à but non lucratif.

Champ > France (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA. Les dépenses de soins de longue durée ne sont pas incluses.

Source > Drees, comptes de la santé.

5. Voir fiche 23, « Les médicaments et dispositifs médicaux onéreux », sur un périmètre toutefois légèrement différent, car les estimations n'y intègrent notamment pas les remises sur les dispositifs onéreux d'une part, et les dépenses en SMR et HAD pour les médicaments sous autorisation d'accès précoce (AAP) et autorisation d'accès compassionnel (AAC) d'autre part. Par ailleurs, les données de médicaments des comptes de la santé reposent jusqu'à présent sur des données comptables de l'assurance maladie, et pas directement sur les prix d'achat du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), comme c'est le cas dans la fiche 23.

6. Les dépenses de compensation de perte d'activité correspondent à la garantie de financement (dispositif compensant les pertes d'activité des cliniques dues à la pandémie de Covid-19) de 2020 à 2022, puis à la sécurisation modulée à l'activité (incitation à l'activité des cliniques), qui a remplacé la garantie de financement à partir de 2023.

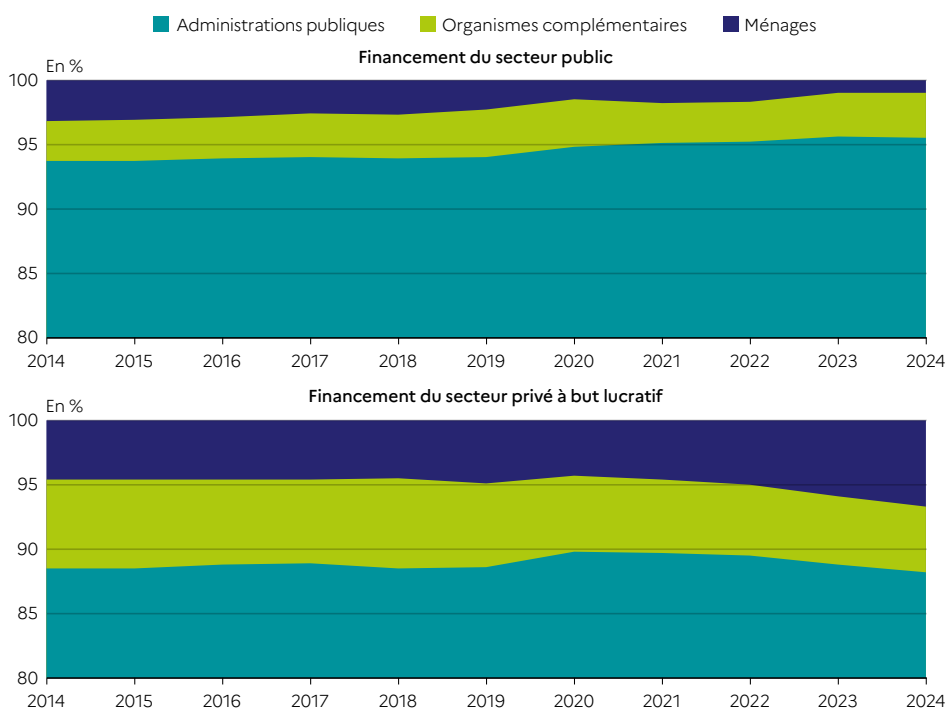
Le reste à charge des ménages diminue dans le secteur public et augmente dans le secteur privé à but lucratif

Entre 2010 et 2019, la part de financement par les administrations publiques dans les deux secteurs a été relativement stable : elle était en moyenne de 93,8 % dans le secteur public et de 88,8 % dans le secteur privé à but lucratif (*graphique 3*). Elle a augmenté avec la crise sanitaire pour s'établir à 94,8 % des soins hospitaliers publics et 89,8 % des soins des cliniques privées en 2020. Les années suivantes, la part de financement par les administrations publiques des soins hospitaliers publics a crû

régulièrement jusqu'en 2023 (95,6 %), et elle est quasiment stable en 2024 (95,5 %). Dans le secteur privé à but lucratif, elle baisse depuis 2021 et s'établit à 88,2 % en 2024.

Le reste à charge des ménages dans le secteur public est de 0,9 milliard d'euros en 2024, soit 1,0 % de la consommation de soins hospitaliers publics. Il est stable par rapport à 2023 (1,0 %). Il a nettement diminué durant la dernière décennie : en 2014, il s'établissait à 3,2 %. Cette diminution peut notamment s'expliquer par la hausse de la prévalence des affections de longue durée (ALD)⁷ au cours des dernières années. En effet, le nombre d'assurés du régime général reconnu

Graphique 3 Évolution du financement de la consommation de soins hospitaliers par secteur depuis 2014



Note > Le secteur public est défini par le mode de financement et regroupe les établissements publics et la majorité des établissements privés à but non lucratif. Le secteur privé à but lucratif regroupe les établissements privés à but lucratif et le reste des établissements privés à but non lucratif.

Champ > France (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris les SSA. Les dépenses de soins de longue durée ne sont pas incluses.

Source > Drees, comptes de la santé.

⁷ Une affection de longue durée (ALD) exonérante est une maladie qui nécessite des soins prolongés et des traitements particulièrement coûteux. Les patients reconnus en ALD bénéficient d'une prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale des soins liés à cette affection.

en ALD a augmenté de 37 % entre 2010 et 2022 (environ +2,7 % par an), en lien notamment avec le vieillissement de la population (Albertone *et al.*, 2024). Les personnes atteintes d'ALD, nécessitant des soins en moyenne plus coûteux, seraient plus souvent prises en charge dans les établissements publics qui se spécialiseraient davantage dans les interventions lourdes. Les dépenses de santé des bénéficiaires du dispositif d'ALD étant prises en charge à 100 % par la

Sécurité sociale pour les soins liés à leur affection, l'augmentation du nombre de bénéficiaires dans le secteur public contribue à la baisse du reste à charge des ménages dans ce secteur.

Le reste à charge des ménages dans le secteur privé à but lucratif augmente et atteint 6,7 % en 2024 (après 5,9 % en 2023 et 5,0 % en 2022). Cette hausse pourrait s'expliquer par l'augmentation des dépassements d'honoraires dans les cliniques privées. ■

Encadré Sources et méthodes

Champ

France (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA. Les dépenses de soins de longue durée (SLD) ne sont pas incluses.

Sources

Les résultats globaux présentés dans cette fiche sont issus des comptes de la santé, qui mesurent annuellement la consommation de soins et de biens médicaux en France, par financeur, et en décomposent la dynamique en valeur, volume et prix.

Définitions

Dans les comptes de la santé, la distinction entre les secteurs public et privé à but lucratif ne repose pas sur leur statut juridique, mais sur leur mode de financement.

> **Secteur public** : il regroupe les hôpitaux publics *stricto sensu*, les hôpitaux militaires et la majorité des établissements privés à but non lucratif (ceux auxquels s'applique la grille de tarification des hôpitaux publics). Dans les comptes de la santé, le secteur public est considéré comme un secteur non marchand. La consommation de soins hospitaliers y est donc évaluée en fonction des coûts des différents facteurs de production : rémunération des salariés, consommation intermédiaire, impôts sur la production nette des subventions et consommation de capital fixe.

> **Secteur privé à but lucratif** : il comprend les établissements privés à but lucratif (cliniques privées) ainsi que le reste des établissements privés à but non lucratif (ceux auxquels s'applique la grille de tarification des cliniques privées). Dans les comptes de la santé, le secteur privé est considéré comme un secteur marchand : la consommation de soins y est donc calculée à partir des recettes des cliniques.

> **Consommation de soins hospitaliers** : elle regroupe l'ensemble des services fournis par les établissements de santé publics ou privés à but lucratif dans le cadre du traitement de l'état de santé des patients. Elle inclut les soins des séjours et consultations, ainsi que la composante d'hébergement liée à l'hospitalisation. En revanche, elle exclut les suppléments liés aux séjours tels que la chambre particulière, la télévision ou internet, qui ne sont pas considérés comme relevant du champ de la santé. Ces soins couvrent l'ensemble des activités réalisées à l'hôpital, à l'exception des SLD, qui ne relèvent pas du périmètre de cette fiche. Ils couvrent ainsi la médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) ; les soins médicaux et de réadaptation (SMR), qui concernent notamment la prise en charge après des lésions traumatiques, des poses de prothèses, etc. ; la psychiatrie (PSY), qui accueille des patients souffrant de troubles psychiques, ainsi que l'hospitalisation à domicile (HAD) et les urgences.

> **Consommation intermédiaire** : valeur des biens et services transformés ou entièrement consommés au cours du processus de production. La consommation intermédiaire n'inclut pas l'usure des actifs fixes mobilisés pour la production (la production des soins hospitaliers dans le cas présent). Celle-ci est enregistrée dans la consommation de capital fixe. ●●●



> **Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)** : il s'agit du principal agrégat des comptes de la santé. Elle mesure le montant de dépenses nationales en biens et services considérés comme « de santé », au sens où ils traitent directement une perturbation de l'état de santé des personnes. En d'autres termes, elle représente la valeur totale des biens et services consommés concourant directement au traitement d'une perturbation de l'état de santé. Cette dépense inclut l'ensemble des biens médicaux et soins courants, y compris ceux des personnes prises en charge au titre des affections de longue durée (ALD). Elle exclut, en revanche, les dépenses relatives à la gestion et au fonctionnement du système de santé (dépenses de gouvernance), à la prévention, ainsi qu'aux SLD, comptabilisés par ailleurs dans l'agrégat plus large de la dépense courante de santé au sens international (DCSi).

> **Consommation finale effective des ménages** : elle inclut tous les biens et les services acquis par les ménages résidents pour la satisfaction de leurs besoins, que ces acquisitions aient fait ou non l'objet d'une dépense de leur part. La consommation effective des ménages comprend donc, en plus des biens et des services acquis par leurs propres dépenses de consommation finale, les biens et les services qui, ayant fait l'objet de dépenses de consommation individuelle des administrations publiques ou des institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM), donnent lieu à des transferts sociaux en nature de leur part vers les ménages.

Pour en savoir plus

> **Albertone, M., et al.** (2024, septembre). *Revue de dépenses relative aux affections de longue durée (ALD) : Pour un dispositif plus efficient et équitable*. Rapport, Igas-IGF.

> **Bonal, M., Legal, R., Vincent, R. (dir.)** (2025, octobre). *Les dépassements d'honoraires – Pratiques des médecins, part dans leurs revenus, et impacts pour les patients*. Paris, France : Irdes, coll. Les rapports de l'Irdes, 596.

> **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.

> **Lapinte, A., Pollak, C., Solotareff, R. (dir.)** (2024, juillet). *La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties – Édition 2024*. Paris, France : Drees, coll. Panoramas de la Drees-Santé.

En 2024, la dégradation des comptes financiers des hôpitaux publics se poursuit, en raison de la détérioration de leur résultat d'exploitation. Leur déficit s'élève à 2,9 milliards d'euros, après 2,4 milliards en 2023, soit 2,7 % de leurs recettes, une proportion encore jamais observée depuis 2005. Les dépenses progressent pour l'ensemble des grands titres de charges (+3,9 %), à l'exception de celles à caractère hôtelier et général. Les recettes augmentent plus modérément que les dépenses (+3,4 %), ce qui se traduit par un creusement du déficit en 2024. Après avoir culminé à 5,4 % des recettes en 2023, l'effort d'investissement se replie en 2024. Dans le même temps, les dotations aux amortissements continuent à se replier et la capacité d'autofinancement chute à nouveau, à 1,0 %. Le ratio d'indépendance financière, qui mesure la part de la dette dans les capitaux permanents, s'améliorait depuis 2020, en raison des mesures de restauration des capacités financières prévues dans le cadre du Ségur de la santé. Il diminue en 2024 et revient à son niveau de 2022.

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

En 2024, le déficit global (résultat net négatif) des hôpitaux publics atteint 2,9 milliards d'euros¹, après 2,4 milliards en 2023, ce qui prolonge l'évolution observée ces dernières années (*graphique 1*). Rapporté aux recettes, le résultat net est de -2,7 % en 2024 contre -2,3 % en 2023 (*tableau 1*) ; c'est le déficit le plus important depuis 2005, point de départ des observations. Cette nouvelle dégradation reflète l'évolution du résultat d'exploitation.

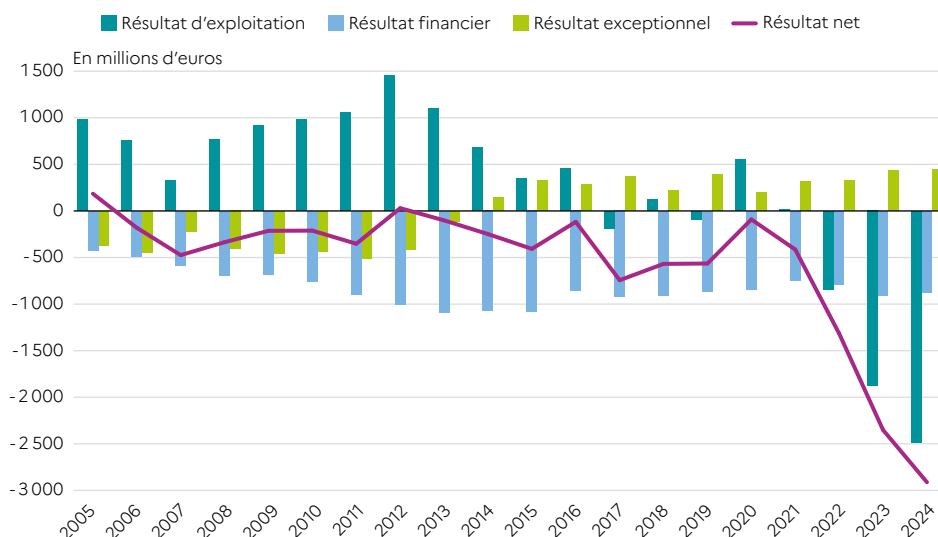
Le résultat net correspond, en effet, à la somme de trois composantes : le résultat d'exploitation (activités courantes), le résultat financier (issu des placements ou des dettes) et le résultat exceptionnel (voir annexe 1, « Glossaire économique et financier »). En 2024, leurs évolutions respectives, qui restent contrastées, confirment et exacerbent les tendances observées en 2022 et 2023. L'évolution de la situation financière des hôpitaux publics est largement attribuable à la

dégradation du résultat d'exploitation : le déficit d'exploitation, qui s'établissait à -1,9 milliard d'euros en 2023, atteint -2,5 milliards d'euros en 2024 (*graphique 1*). Cette nouvelle détérioration, quoique moindre qu'en 2022 et 2023, peut notamment s'expliquer par le non-dégel du coefficient prudentiel de 0,7 % des tarifs décidé en fin d'année et par la réduction des dispositifs de soutien mis en place pendant la crise sanitaire. Elle s'inscrit dans un contexte de hausse passée de l'inflation, mais également d'accélération du glissement-vieillesse-technicité (GVT)², à la suite des revalorisations salariales décidées lors du Ségur de la santé en 2020 (du fait, par exemple, du raccourcissement de durées d'échelons ou de l'accroissement d'écarts d'indices entre échelons). En effet, l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) estime que certaines mesures n'ont pas été entièrement compensées (à hauteur de 0,6 milliard, dont 0,1 milliard correspondant à la non-revalorisation du forfait de rémunération des internes), de même que l'accroissement du

1. Sauf indication contraire, tous les chiffres de cette publication portent sur le budget global des établissements publics de santé, c'est-à-dire sur l'ensemble des budgets (budget principal et budgets annexes) consolidés des flux internes entre budget principal et budgets annexes (voir annexe 1, « Glossaire économique et financier »).

2. L'indicateur de glissement-vieillesse-technicité (GVT) correspond à l'évolution de la masse salariale liée à l'ancienneté et à la montée en qualification des agents en poste, d'une part, et au renouvellement des agents sortants, d'autre part, indépendamment de toute mesure générale de revalorisation salariale, telle que l'évolution du point d'indice.

Graphique 1 Compte de résultat des hôpitaux publics depuis 2005



Note > Le compte 7722 (produits sur exercices antérieurs à la charge de l'Assurance maladie) est exclu du résultat exceptionnel et inclus dans le résultat d'exploitation, mais cette correction n'est pas effective entre 2006 et 2011 inclus, étant donné que le compte 772 n'est pas subdivisé sur cette période (anciennes instructions budgétaires et comptables M21).

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

Sources > DGFIP, SAE, traitements Drees.

Tableau 1 Excédent ou déficit des hôpitaux publics depuis 2015

Catégorie	2024		Excédent ou déficit de 2015 à 2024 (en % des recettes)									
	Effectif	Poids dans les recettes (en %)	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Ensemble des hôpitaux publics	797	100	-0,5	-0,1	-0,9	-0,7	-0,7	-0,1	-0,4	-1,3	-2,3	-2,7
AP-HP	1	9,2	0,5	0,7	-2,3	-1,6	-2,1	-3,0	-2,7	-3,2	-3,9	-4,2
Autres CHR	31	29,8	-1,1	-0,4	-0,1	0,2	0,5	0,8	0,3	-0,3	-1,3	-1,6
CH spécialisés en psychiatrie	81	7,2	0,3	0,8	0,9	0,7	0,8	1,2	1,3	2,2	2,0	1,4
CH ex-hôpitaux locaux	180	2,9	0,3	0,9	0,1	-0,3	-0,4	1,2	0,4	-1,3	-2,9	-1,5
Très grands CH	177	74,6	-0,5	0,1	-0,6	-0,3	-0,4	0,0	-0,4	-1,3	-2,2	-2,8
Grands CH	145	13,6	-0,6	-0,9	-1,7	-1,5	-1,3	-0,7	-0,7	-1,6	-2,4	-2,8
Moyens CH	270	9,4	-0,6	-0,9	-1,5	-1,7	-1,5	-0,4	-0,5	-1,4	-2,5	-2,6
Petits CH	205	2,4	0,1	0,6	-0,5	-0,4	-0,9	0,7	-0,1	-1,6	-3,0	-1,7

AP-HP : Assistance publique - Hôpitaux de Paris ; CHR : centre hospitalier régional ; CH : centre hospitalier.

Note > Les effectifs indiqués dénombrent des entités juridiques. Les hôpitaux publics sont classés en quatre catégories de taille, mesurées à partir de la somme des produits de leur budget global : les très grands CH (plus de 150 millions d'euros), les grands CH (plus de 70 millions d'euros), les CH moyens (entre 20 et 70 millions d'euros) et les petits CH (moins de 20 millions d'euros). En complément, certaines catégories d'établissements spécifiques ont été isolées (AP-HP, autres centres hospitaliers régionaux, centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie et centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux).

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

Sources > DGFIP, SAE, traitements Drees.

GVT qui en découle (à hauteur de 1,1 milliard) [Gratieux, Le Guillou, 2025]³.

Le résultat financier est, quant à lui, structurellement négatif en raison du paiement des intérêts des emprunts. Il s'établit à -877 millions d'euros en 2024, après -907 millions d'euros en 2023. Le déficit du résultat financier se réduit de 30 millions d'euros entre 2023 et 2024. Cette évolution s'explique, en partie, par la baisse de l'encours de la dette. À l'inverse, le résultat exceptionnel, lié à des opérations ponctuelles sans lien direct avec l'activité courante (notamment la quote-part des subventions d'investissement virée au résultat de l'exercice, les reprises sur provisions et les produits sur exercices antérieurs de gestion), est le seul excédentaire depuis 2014. Il continue d'augmenter en 2024 (447 millions d'euros, après 435 millions d'euros en 2023). Il est à son plus haut niveau depuis 2005.

Si les budgets annexes, en particulier ceux liés au grand âge, contribuaient significativement à la dégradation du résultat en 2023, c'est moins le cas en 2024 : ils y participent à hauteur de -0,2 milliard (soit 8,4 % du déficit, alors qu'ils représentent 8,6 % des recettes totales), après -0,4 milliard en 2023 (soit 17,5 % du déficit) [tableau complémentaire A].

Sept établissements sur dix restent déficitaires

La dégradation de la situation financière des hôpitaux en 2024 concerne surtout les très grands et les grands établissements⁴ : leurs résultats nets se dégradent respectivement de -2,2 % en 2023 à -2,8 % en 2024, et de -2,4 % à -2,8 % (tableau 1). Le déficit des établissements de taille moyenne (représentant 9 % des recettes) se creuse également, mais à un rythme moindre, passant de -2,5 % des recettes en 2023 à -2,6 % en 2024. À l'inverse, les petits centres hospitaliers (un peu plus de 2 % des recettes) réduisent

leur déficit global, qui s'établit à -1,7 % en 2024, après -3,0 % en 2023. Ce contraste s'observe en isolant plusieurs catégories d'établissements : quand les centres hospitaliers régionaux (CHR) et l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP), respectivement 30 % et 9 % des recettes, enregistrent une nouvelle détérioration de leur résultat net (de -1,3 % des recettes en 2023 à -1,6 % en 2024 pour les autres CHR, et de -3,9 % à -4,2 % pour l'AP-HP), les ex-hôpitaux locaux l'améliorent nettement en 2024 (de -2,9 % en 2023 à -1,5 %).

Les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie restent la seule catégorie isolée à présenter un résultat net positif en 2024, bien que celui-ci recule par rapport à 2023 : il représente +1,4 % de leurs recettes en 2024, après +2,0 % en 2023.

En 2024, 72 % des hôpitaux publics sont déficitaires, une part proche de celle observée en 2023 (75 %). Malgré ce léger recul, cette proportion reste nettement supérieure à celle précédant la crise sanitaire (58 % en 2019). Leur situation financière demeure, par ailleurs, contrastée. Le déficit cumulé des établissements déficitaires progresse nettement (-3,2 milliards d'euros en 2024, après -2,8 milliards en 2023 et -1,8 milliard en 2022). Comme l'année précédente, la moitié de ce déficit cumulé est imputable à près de cinquante établissements (49 en 2024, 48 en 2023, contre 39 en 2022). L'AP-HP concentre 13 % du déficit cumulé en 2024⁵, un niveau quasiment identique à celui observé en 2023. Quant aux établissements excédentaires, majoritairement des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie, leur excédent cumulé diminue légèrement et s'établit à 330 millions d'euros en 2024, après 421 millions en 2023. La concentration de cet excédent évolue peu : la moitié de l'excédent cumulé provient de seize établissements en 2024, après quinze en 2023.

3. Ce dernier a été réévalué depuis : la construction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) 2025 a retenu une hypothèse de GVT plus élevée que celle retenue en 2024 (respectivement +0,8 % et +0,5 %) [Direction de la Sécurité sociale, mai 2025].

4. Le terme d'« établissement » est ici utilisé pour désigner la personne morale (PM), c'est-à-dire l'entité juridique (EJ), et non l'entité géographique d'exercice (EG). En effet, les données comptables des hôpitaux publics fournies par la Direction générale des finances publiques (DGFIP) sont issues des comptes de résultats et de bilans des entités juridiques publiques.

5. En 2024, les recettes et dépenses de l'AP-HP représentent respectivement 9,2 % et 9,3 % de l'ensemble des recettes et dépenses des hôpitaux publics.

Tous les titres de produits continuent leur progression, à l'exception du titre 3

La progression des recettes totales des hôpitaux publics se poursuit en 2024 (+3,4 %, après +5,6 % en 2023). Les recettes atteignent 107,1 milliards d'euros en 2024 (après 103,6 milliards d'euros en 2023) [tableau complémentaire B]. Elles viennent pour près de 90 % du budget principal⁶, dont les produits s'élèvent à 96,8 milliards d'euros (tableau 2).

Les produits du budget principal sont usuellement répartis en trois titres de produits, et les charges en quatre titres⁷. La progression des produits du budget principal s'observe pour

l'ensemble des titres définis dans la nomenclature budgétaire, à des rythmes toutefois différents. L'Assurance maladie finance le budget principal des hôpitaux publics à hauteur de 78,1 milliards d'euros (titre 1), en hausse de 2,9 % par rapport à 2023 (75,9 milliards d'euros). La part des produits financés par l'Assurance maladie, largement majoritaire, remonte légèrement en 2024 (76,8 %), après trois années de recul (76,4 % en 2023, 77,1 % en 2022, 77,5 % en 2021), et reste supérieure à son niveau d'avant la crise sanitaire (75,2 % en 2019).

La hausse de la contribution de l'Assurance maladie au cours de la période 2020-2022 provenait

Tableau 2 Produits et charges des hôpitaux publics (budget principal) depuis 2019

En milliards d'euros

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Produits						
Total du BP – somme des comptes de produits de classe 7	74,4	79,6	85,1	88,7	93,7	96,8
Total du BP selon la nomenclature de l'EPRD, dont :	77,6	83,4	88,9	93,1	99,4	101,6
titre 1 : produits versés par l'Assurance maladie	58,3	64,5	68,9	71,8	75,9	78,1
titre 2 : produits à la charge des patients, organismes complémentaires, État	5,5	4,9	5,2	5,6	5,8	6,1
titre 3 : autres produits	13,7	14,0	14,8	15,7	17,7	17,4
Charges						
Total du BP – somme des comptes de charges de classe 6	75,1	79,8	85,4	89,7	95,6	99,4
Total du BP selon la nomenclature de l'EPRD, dont :	78,2	83,6	89,3	94,1	101,3	104,3
titre 1 : charges de personnel	47,6	51,3	54,9	57,9	60,8	63,3
titre 2 : charges à caractère médical	16,0	17,1	18,8	19,9	21,0	22,8
titre 3 : charges à caractère hôtelier et général	7,8	8,1	8,5	9,0	12,0	10,5
titre 4 : charges d'amortissement, de provisions financières et exceptionnelles	6,9	7,2	7,1	7,3	7,5	7,7

EPRD : état prévisionnel des recettes et des dépenses ; BP : budget principal.

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

Sources > DGFIP, SAE, traitements Drees.

6. Le budget principal présente les opérations financières correspondant à l'activité sanitaire hors soins de longue durée des établissements de santé, couvrant le court et moyen séjours, l'hospitalisation à domicile et la psychiatrie. Il est défini par opposition aux budgets annexes, qui présentent les opérations financières relatives aux activités de soins de longue durée ou aux activités non sanitaires des hôpitaux publics, notamment des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), des instituts de formation, des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). La somme des recettes (respectivement des dépenses) du budget principal et des budgets annexes n'est pas strictement identique aux recettes (respectivement aux dépenses) du budget global, elles-mêmes retraitées du compte 7087, qui correspond à des flux internes entre le budget principal et les budgets annexes.

7. La composition des titres de charges et des titres de produits présentée ici est définie dans la nomenclature budgétaire de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) [annexe 2 de l'instruction M21], mise à jour chaque année. Elle est usuellement présentée sur le seul budget principal, et non sur le budget global, contrairement aux autres indicateurs de cette publication. Les comptes de charges (comptes de classe 6) et les comptes de produits (comptes de classe 7) de la nomenclature M21 ne sont pas tous inclus dans cette décomposition et leur classification en titres de produits ou en titres de charges ne repose pas uniquement sur le numéro du compte. En effet, certains comptes de charges à valeur positive sont classés parmi les titres de produits et inversement pour les comptes de produits à valeur négative. C'est le cas notamment des comptes renseignant les variations de stocks, rabais, remises et ristournes. Ainsi, la somme des titres de produits (respectivement des titres de charges) définis selon les titres de l'EPRD (présentés dans le tableau 2) ne correspond pas exactement à la somme des comptes de produits (respectivement des comptes de charges).

principalement de la garantie de financement (GF)⁸, mise en place pendant la crise sanitaire afin de sécuriser les recettes des établissements. À partir de 2023, ce dispositif a été remplacé par un mécanisme transitoire de sécurisation modulée à l'activité (SMA), qui permet de poursuivre l'accompagnement des établissements ayant un niveau d'activité fragile, tout en incitant à la reprise de l'activité. Pour l'année 2023, la SMA reposait sur 70 % du montant de référence, correspondant à l'activité 2019 valorisée aux tarifs de l'année, et sur 30 % de l'activité réalisée⁹. En 2024, la répartition évolue vers 50 % du montant de référence et 50 % de l'activité réalisée¹⁰, et les montants de la SMA versés aux hôpitaux publics s'élèvent à 637 millions d'euros (Cour des comptes, 2025), après 1,2 milliard d'euros en 2023 (et 1,8 milliard d'euros de GF en 2022). Les ressources issues de la participation des assurances complémentaires et des patients aux soins hospitaliers (titre 2), en hausse de 5,4 %, atteignent 6,1 milliards d'euros en 2024 (après 5,8 milliards d'euros en 2023). Elles représentent 6,0 % des produits, soit 1,1 point de moins qu'en 2019. Les autres produits (titre 3), en baisse de 1,5 %, atteignent 17,4 milliards d'euros (après 17,7 milliards d'euros en 2023) et représentent 17,1 % des produits (contre 17,8 % en 2023 et 17,7 % en 2019). Ils correspondent, par exemple, aux recettes issues des prestations des patients et des accompagnants (comme les frais pour une chambre particulière), aux subventions d'exploitation et aux fonds reçus, dont le Fonds pour l'emploi hospitalier (FEH), à des remboursements de frais et transferts de

charges, ou encore aux produits financiers et aux produits exceptionnels liés à des cessions d'immobilisations.

Les dépenses des hôpitaux augmentent davantage que leurs recettes

La forte progression des dépenses du secteur hospitalier public, amorcée depuis la crise sanitaire, se poursuit : +3,9 % en 2024, après +6,6 % en 2023 (*tableau complémentaire B*). Les dépenses du budget global sont estimées à 110,0 milliards d'euros (après 105,9 milliards d'euros en 2023), dont 90,4 % comptabilisés dans le budget principal (99,4 milliards d'euros). La croissance des dépenses en 2024 est supérieure à celle des recettes (+3,4 %), ce qui explique le creusement du déficit.

La progression des charges du budget principal s'observe pour tous les titres définis dans la nomenclature budgétaire à l'exception du titre 3. Les dépenses de personnel (titre 1), progressent de 4,1 % en 2024, à un rythme légèrement moins soutenu que celui observé les années précédentes (+5,0 % en 2023 et +5,5 % en 2022), mais plus élevé que pendant la période précédant la crise sanitaire (+2,3 % par an en moyenne entre 2005 et 2019). Cette progression s'explique principalement par les effets en année pleine des mesures de revalorisation salariale Guerini et des dispositifs d'attractivité¹¹, notamment la revalorisation du point d'indice (PLFSS, Annexe 6)¹². Elle s'explique aussi par une légère augmentation des effectifs salariés (voir fiche 07, « Les évolutions des effectifs salariés du secteur hospitalier »). Les dépenses de personnel des hôpitaux publics

8. Ordonnance n° 2020-309 du 25 mars 2020 relative à la garantie de financement des établissements de santé et aux régimes complémentaires obligatoires de sécurité sociale. Arrêtés relatifs à la garantie de financement des établissements de santé pour faire face à l'épidémie de Covid-19 (du 6 mai 2020 pour l'année 2020 ; du 13 avril et du 17 août 2021 pour l'année 2021 ; du 10 mai et du 24 août 2022 pour l'année 2022).

9. Arrêté du 3 juin 2023 relatif au mécanisme transitoire de soutien financier aux établissements de santé mentionné à l'article 44 de la LFSS pour 2023 au titre de leurs activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 du Code de la Sécurité sociale.

10. Arrêté du 29 juin 2024 relatif aux modalités de mise en œuvre du dispositif de sécurisation modulée à l'activité pour l'année 2024.

11. Ces mesures visant à améliorer la qualité de vie au travail des soignants sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2024. À cette date, l'indemnité pour travail le dimanche et les jours fériés a été portée à 60 euros bruts par jour. Cette majoration a été pérennisée dans les hôpitaux publics et a été étendue au 1^{er} juillet 2024 aux établissements privés à but lucratif et non lucratif (ministère de la Santé, Attractivité de l'hôpital : des rémunérations revalorisées pour fidéliser les personnels, actualité du 2 janvier 2024).

12. Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026, Annexe 6, évolution des dépenses de personnel.

atteignent ainsi 63,3 milliards d'euros en 2024, après 60,8 milliards d'euros en 2023. Leur part dans les charges, dont elles constituent le principal poste, augmente légèrement (60,7 %, après 60,0 % en 2023 et 61,6 % en 2022), en raison du reflux des charges à caractère hôtelier et général (voir *infra*).

Les dépenses à caractère médical (titre 2), constituées pour l'essentiel de l'acquisition de médicaments et de fournitures médicales d'usage courant, augmentent à un rythme soutenu depuis la crise sanitaire. Elles continuent de croître en 2024 et enregistrent une hausse de 8,5 %, supérieure à celle observée les années précédentes (+5,3 % en 2023 et +6,2 % en 2022). Les dépenses à caractère médical atteignent ainsi 22,8 milliards d'euros en 2024 et représentent 21,8 % des charges (après 20,7 % en 2023 et 21,2 % en 2022). Cette hausse est notamment portée par les médicaments onéreux (sur liste en sus ou sous autorisations d'accès compassionnel ou précoce), qui représentent en 2024 de l'ordre de 4 milliards d'euros après remises (+16,5 % entre 2023 et 2024) [voir fiche 23, « Les médicaments et dispositifs médicaux onéreux »], ainsi que par la progression des achats de fournitures médicales et de petit matériel médical et médico-technique.

Les dépenses à caractère hôtelier et général (titre 3) s'élèvent à 10,5 milliards d'euros en 2024. Elles diminuent après une forte hausse en 2023 (-12,9 %, après +34,5 %). Ce recul s'explique principalement par la normalisation des coûts de l'énergie, de l'électricité et du chauffage, après les fortes hausses observées en 2022 et 2023 (PLFSS 2026, Annexe 6)¹³. Leur part dans les charges se replie à 10,1 % (-1,8 point par rapport à 2023, et +0,6 point par rapport à 2022). Les amortissements, frais financiers et dépenses exceptionnelles (titre 4), qui représentent 7,4 %

des charges, augmentent de 3,0 % en 2024, à 7,7 milliards d'euros.

L'effort d'investissement des hôpitaux marque le pas, malgré le Ségur de la santé

L'effort d'investissement des hôpitaux publics (tous types d'investissements confondus), soutenu dans les années 2000 par les plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012, a ensuite tendanciellement baissé jusqu'à atteindre un point bas à 4,4 % en 2020. Après un redressement progressif depuis 2021, il se replie en 2024 à 5,1 % des recettes (après 5,4 % en 2023) [graphique 2]. Les investissements baissent ainsi à 5,5 milliards d'euros, après 5,6 milliards d'euros en 2023. Ce léger repli traduit vraisemblablement le retard pris sur de nombreux projets, en raison de la dégradation de la situation financière des établissements, du renchérissement des coûts des projets et d'importants compléments d'instruction potentiels (Le Ludec, Mulliez, 2024).

La reprise de l'investissement hospitalier par rapport à la période précédant la crise sanitaire est l'une des conséquences des accords du Ségur de la santé signés en juillet 2020 et traduits concrètement dans la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021 (LFSS 2021, article 50). Ces dispositifs prévoient des aides destinées à soutenir le financement des investissements indispensables au fonctionnement des établissements de santé et médico-sociaux ou à leur transformation, tout en maîtrisant leur endettement. L'engagement de 19 milliards d'euros¹⁴ sur dix ans comprend 13 milliards d'euros alloués par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) pour couvrir une part donnée des échéances d'emprunts passés ou à venir des établissements pour investir, en capital et en intérêts, et 6 milliards d'euros intégrés au plan France Relance.

¹³. Dans les secteurs public et privé à but non lucratif, les dépenses d'énergie, chauffage et eau reculent de près de 30 % en 2024, après de fortes hausses observées en 2023 (+77 %) et 2022 (+13 %) [voir fiche 24 « La part des établissements de santé dans la consommation de soins »]. L'inflation énergétique s'est principalement manifestée en 2021 et 2022 et a reflué en 2023, mais les hôpitaux recourent souvent à des contrats pluriannuels pour l'électricité et le gaz, à tarifs fixes ou indexés avec décalage : en agrégé, les chocs du marché sont ressentis de façon retardée (ATIH, 2026).

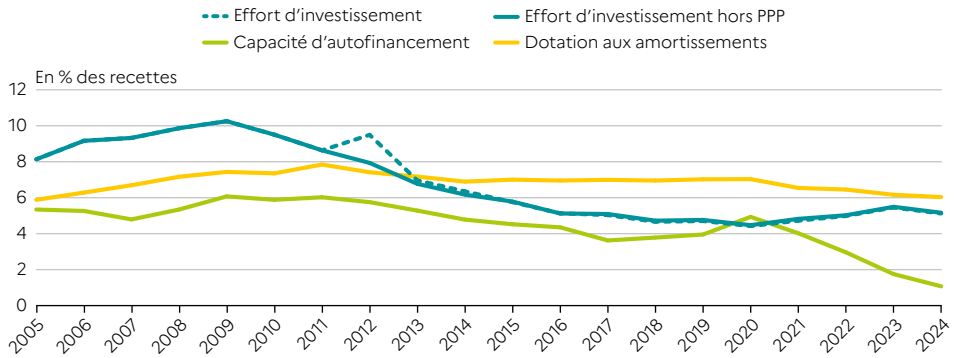
¹⁴. Cet engagement vise tous les champs : hospitalier, santé mentale, médico-social, public ou privé. Parmi ces 19 milliards d'euros, 15,5 milliards d'euros sont consacrés aux établissements de santé.

Sur l'enveloppe globale, 9 milliards d'euros ont vocation à financer directement de nouveaux investissements dans les établissements de santé : 7,5 milliards d'euros pour les investissements structurants¹⁵ et 1,5 milliard d'euros, durant la période 2021-2025, pour améliorer rapidement le fonctionnement courant des établissements de santé. Le reste de l'enveloppe comporte notamment 6,5 milliards d'euros spécifiquement consacrés à la restauration de la capacité financière (désendettement) des établissements de santé assurant le service public hospitalier, et 2 milliards d'euros en faveur du numérique en santé (dont 600 millions d'euros réservés au secteur médico-social). À l'exception des crédits dédiés au numérique en santé, les enveloppes d'aides aux investissements sont sous la responsabilité des agences régionales de santé (ARS), selon un processus décrit dans la circulaire du 10 mars 2021. En 2024, les dépenses du pilier 2 du Ségur de la santé – le seul pilier consacré à l'investissement – s'élèvent

à 1,3 milliard d'euros, dont 1,0 milliard d'euros dédié spécifiquement à l'investissement (PLFSS 2026, Annexe 5). Au total, 6,5 milliards d'euros ont été versés depuis 2020 sur les 9 milliards consacrés à ce pilier 2.

En 2024, les investissements hospitaliers évoluent de manière contrastée selon les postes. L'effort d'investissement de construction, dont l'immobilier lourd, est quasi stable (-0,1 point, après +0,2 point en 2023 et +0,3 point en 2022). Les opérations réalisées par les établissements interviennent dans un contexte de coûts élevés des matériaux et des travaux, observé depuis plusieurs années. Cet effort atteint 3,1 % des recettes en 2024 (contre 2,8 % en 2019, avant la crise sanitaire) [graphique 3]. Similairement, l'effort d'investissement en équipement reste également quasi stable en 2024 (-0,1 point, après +0,2 point en 2023). L'effort d'investissement courant, qui recouvre les dépenses de rénovation légère, diminue pour sa part de 0,2 point en 2024.

Graphique 2 Effort d'investissement, capacité d'autofinancement et dotation aux amortissements des hôpitaux publics depuis 2005



PPP : partenariat public-privé.

Notes > Les contrats de partenariat public-privé sont définis par l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat. Le compte 1675 « dettes – partenariat public-privé » a été introduit à compter de l'exercice 2011 dans l'instruction M21 afin d'immobiliser la part d'investissement des PPP en inscrivant en contrepartie une dette financière au passif. Avant 2011, les PPP figuraient hors bilan et n'étaient pas repérables, ce qui explique la rupture de série en 2011.

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

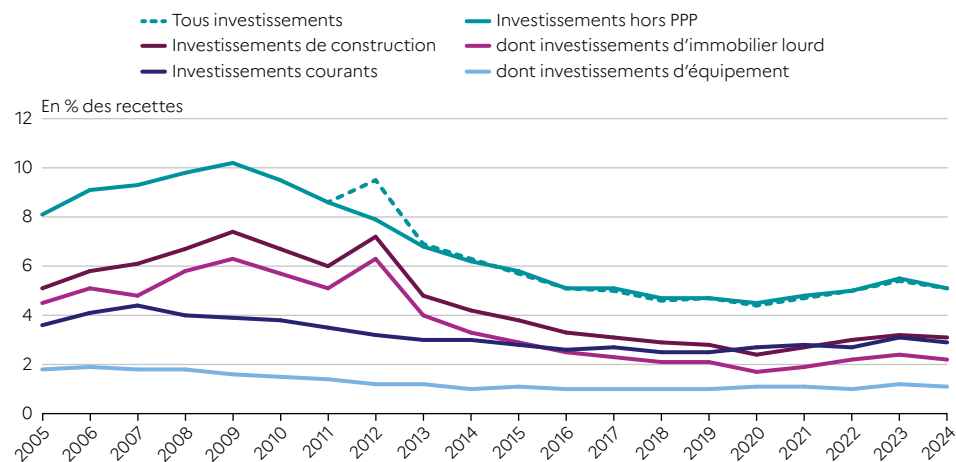
Sources > DGFIP, SAE, traitements Drees.

¹⁵. Dont 6,5 milliards alloués par la Cades. Sur ces 6,5 milliards d'euros, 0,9 milliard d'euros ont été versés aux établissements de santé depuis 2021 (16 millions en 2021, 92 millions en 2022, 398 millions en 2023 et 422 millions en 2024).

Le financement des investissements hospitaliers repose sur des sources internes (capacité d'autofinancement [CAF]) ou externes (subventions et emprunts, autres ressources). La CAF, qui représente les ressources dégagées par l'activité des établissements pour assurer le financement de leurs investissements, se replie fortement depuis 2021, en lien notamment avec la dégradation du résultat net. À 1,0 % des recettes en 2024 (après 1,7 % en 2023 et 4,9 % en 2020, son dernier point haut), elle est nettement inférieure à l'effort d'investissement, qui s'élève à 5,1 % des recettes. Cet écart est observé depuis 2005 (année 2020 mise à part), mais il se creuse, ce qui traduit une baisse de la part des investissements pouvant être financés par les ressources propres des établissements.

Enfin, la part de la dotation aux amortissements¹⁶ dans les recettes, stable autour de 7 % entre 2014 et 2020, diminue depuis pour atteindre 6,0 % en 2024 (après 6,1 % en 2023). Après plusieurs années de baisse, l'effort d'investissement diminue à nouveau en 2024, précédé d'un léger rebond en 2023. La baisse au long cours de l'investissement hospitalier, mesuré en part des recettes, s'accompagne d'une augmentation du taux de vétusté des constructions, qui renseigne sur les besoins d'investissement pour maintenir en état les constructions de l'établissement. En 2024, celui-ci atteint 59,5 % (graphique 4) pour les constructions (après 58,5 % en 2023), tandis qu'il diminue légèrement pour les équipements techniques (79,3 % en 2024, après 79,5 % en 2023).

Graphique 3 Effort d'investissement des hôpitaux publics par type d'investissement depuis 2005



PPP : partenariat public-privé.

Notes > Cette distinction des investissements par type n'est pas totalement disjointe car les investissements courants, définis comme l'ensemble des investissements hors immobilier lourd, comprennent une partie des investissements de construction.

Les contrats de partenariats public-privé sont définis par l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat. Le compte 1675 « dettes – partenariats public-privé » a été introduit à compter de l'exercice 2011 dans l'instruction M21 afin d'immobiliser la part d'investissement des PPP, en inscrivant en contrepartie une dette financière au passif. Avant 2011, les PPP figuraient hors bilan et n'étaient pas repérables, ce qui explique la rupture de série en 2011. Ces PPP concernent essentiellement les grands et les très grands centres hospitaliers (dont les centres hospitaliers régionaux).

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

Sources > DGFIP, SAE, traitements Drees.

¹⁶ La dotation aux amortissements est une charge qui ne correspond à aucun décaissement. Elle constate, comptablement, la dépréciation que subit une immobilisation dans le temps. Elle est comptabilisée parmi les charges, chaque année, pendant une durée d'amortissement fixée lors de l'inscription au bilan de l'immobilisation.

L'encours de la dette diminue pour la troisième année consécutive

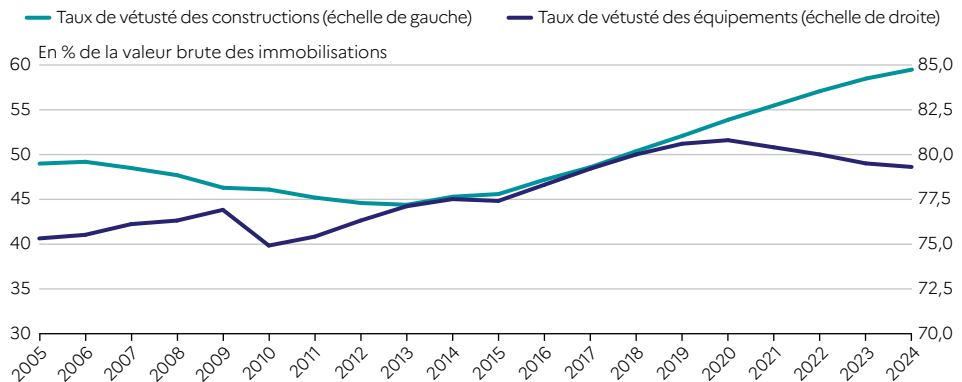
En 2024, l'encours de la dette des hôpitaux publics diminue pour la troisième année consécutive et s'établit à 29,9 milliards d'euros, après avoir atteint 31,1 milliards d'euros en 2021, son point le plus haut depuis le début des observations. Exprimé en pourcentage des recettes, l'encours de la dette s'établit à 27,9 % en 2024, après 29,0 % en 2023. Cette diminution régulière s'inscrit dans la tendance engagée depuis le point haut de 2013 (41,6 %) [graphique 5].

En 2024, le ratio d'indépendance financière des hôpitaux publics¹⁷, qui rapporte l'encours de la dette aux capitaux permanents, s'établit à 45,7 %, après 45,0 % en 2023 (et 45,7 % en 2022). Cette légère progression interrompt plusieurs années de recul depuis le point haut de 2018 (à 52,4 %). La proportion d'hôpitaux dont le ratio d'indépendance financière est supérieur à 50 % augmente légèrement (21,2 % en 2024, après 19,6 % en 2023). Elle reste nettement inférieure au niveau atteint lors du dernier point haut (33,3 % en 2018).

Ces améliorations, en dépit des déficits persistants, s'expliquent principalement par les accords du Ségur de la santé, consolidés par l'article 50 de la LFSS pour 2021, qui prévoient un engagement de 6,5 milliards d'euros pour la restauration des capacités financières des hôpitaux d'ici 2029. En 2024, 661 millions d'euros sont alloués en aides en capital, ils s'ajoutent aux 650 millions d'euros environ versés en 2023, comme en 2022, et aux 1,4 milliard d'euros versés en 2021 (PLFSS pour 2026, Annexe 6). Initialement conçue comme une reprise de la dette, cette mesure prend plus concrètement la forme d'un soutien au désendettement, par un abondement des capitaux permanents. Ces aides doivent permettre de financer les investissements, tout en réduisant le recours à l'emprunt.

La durée apparente de la dette, qui rapporte l'encours de la dette à la CAF et représente le nombre d'années nécessaire aux hôpitaux publics pour rembourser leur dette en y consacrant l'intégralité de leurs ressources propres, augmente depuis 2021. En 2024, elle atteint la durée record de 26,7 ans (après 16,8 ans en 2023),

Graphique 4 Taux de vétusté des équipements et des constructions des hôpitaux publics depuis 2005



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

Sources > DGFIP, SAE, traitements Drees.

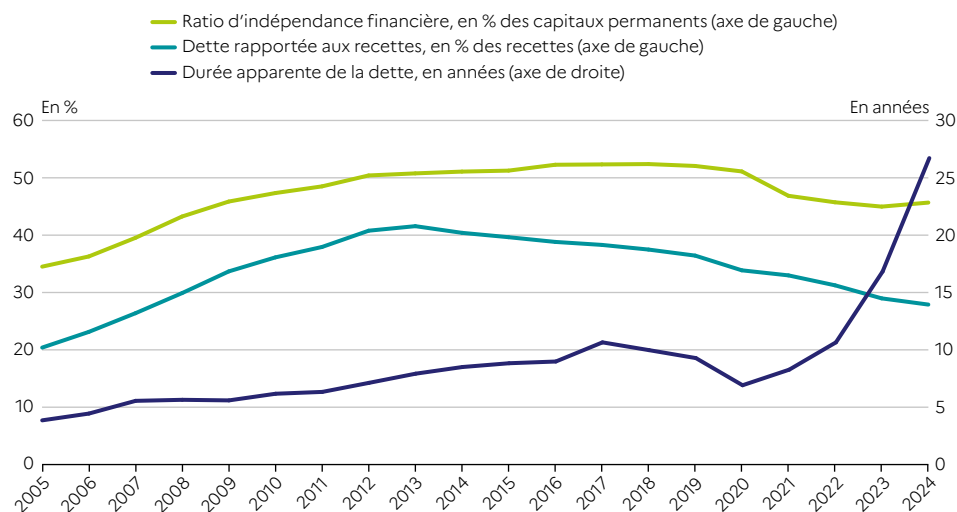
17. Le terme de « ratio d'indépendance financière » est utilisé dans l'article D. 6145-70 du Code de la santé publique. Contrairement à ce que son nom indique, il apprécie plutôt une situation de dépendance financière : plus il est élevé, plus le poids de la dette dans les capitaux permanents de l'établissement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

soit près de vingt ans de plus qu'en 2020, son dernier point bas (6,9 ans) [graphique 5]. Cependant, dans un contexte de baisse de l'encours de la dette, cette hausse reflète exclusivement la nette dégradation de la CAF.

Dans ces conditions, la part des établissements surendettés¹⁸ diminue et revient à un niveau

proche de celui observé en 2020. Elle s'établit à 33,1 % en 2024, contre 36,3 % en 2023 et 33,9 % en 2020 (graphique 6 et tableau complémentaire C). À l'inverse, la proportion d'établissements ne présentant aucun critère de surendettement ne progresse : elle atteint 33,6 % en 2024, après 32,1 % en 2023. ■

Graphique 5 Ratio d'indépendance financière, encours de la dette rapporté aux recettes et durée apparente de la dette depuis 2005



Notes > Le ratio d'indépendance financière est l'un des critères permettant d'apprécier le poids de la dette dans la situation financière des établissements. Un ratio d'indépendance financière supérieur à 50 % est l'un des trois critères de surendettement identifiés dans l'article D. 6145-70 du Code de la santé publique. Contrairement à ce que son nom indique, le ratio d'indépendance financière apprécie plutôt une situation de dépendance financière : plus il est élevé, plus le poids de la dette dans les capitaux permanents de l'établissement est lourd.

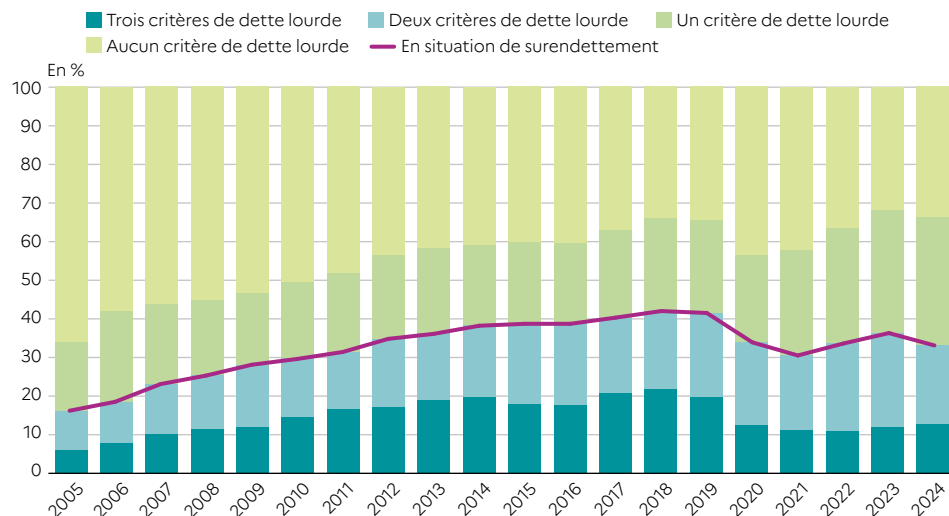
Le compte 1675 « dettes – partenariats public-privé », qui permet de retracer la part d'investissement restant due à la prise de possession ou à la mise en service des biens acquis par voie de baux emphytéotiques hospitaliers ou contrats de partenariat, a été introduit à compter de l'exercice 2011 dans l'instruction M21 dans l'objectif d'immobiliser la part d'investissement des PPP en inscrivant en contrepartie une dette financière au passif. Avant 2011, les PPP figuraient hors bilan et n'étaient pas repérables, ce qui se traduit par une augmentation plus marquée de l'encours de la dette en 2011, ainsi que des indicateurs qui en découlent (Richet, 2022).

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

Sources > DGFIP, SAE, traitements Drees.

18. Les critères de surendettement utilisés dans cet ouvrage pour caractériser le poids de la dette sont définis dans l'article D. 6145-70 du Code de la santé publique, et précisés par l'arrêté du 7 mai 2012 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé. Les établissements publics de santé dont la situation financière présente deux des trois critères de surendettement ne peuvent recourir à des emprunts de plus de douze mois sans autorisation préalable du directeur de l'ARS.

Graphique 6 Proportion d'hôpitaux publics en situation de surendettement depuis 2005



Note > Distribution des établissements avec zéro, un, deux ou trois critères de surendettement, comme définis dans l'article D. 6145-70 du Code de la santé publique : 1/ un ratio d'indépendance financière, rapportant l'encours de la dette de long terme aux capitaux permanents, qui excède 50 % ; 2/ une durée apparente de la dette qui excède dix ans ; 3/ un encours de la dette rapporté aux recettes de l'établissement toutes activités confondues supérieur à 30 %. Le cumul d'au moins deux critères définit une situation de surendettement.

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

Sources > DGFIP, SAE, traitements Drees.

Encadré Sources et méthodes

Champ

France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), hors service de santé des armées (SSA). Les établissements publics considérés sont ceux apparaissant comme des établissements publics de santé selon la nomenclature des statuts juridiques du fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess) dans les bases de la Direction générale des finances publiques (DGFIP), hors établissements des communautés d'outre-mer (sauf Saint-Martin et Saint-Barthélemy). Les établissements pour lesquels toutes les données sont nulles ou manquantes n'ont pas été conservés, ce qui représente 0,4 % des données de 2005 à 2024. Le champ n'est pas restreint à celui de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Le terme d'« établissement » est utilisé ici pour désigner l'entité juridique (EJ) et non l'entité géographique (EG). Pour l'année 2024, 797 établissements publics sont considérés dans cette étude. Les centres hospitaliers (CH) sont classés en quatre catégories, en fonction de leur taille. Celle-ci est mesurée à partir de la somme des produits de leur budget global, pour correspondre à la classification utilisée par la DGFIP : les très grands CH (plus de 150 millions d'euros), les grands CH (plus de 70 millions d'euros), les CH moyens (entre 20 et 70 millions d'euros) et les petits CH (moins de 20 millions d'euros).

Sources

Les données comptables des hôpitaux publics sont fournies par la DGFIP. Elles sont issues des comptes de résultats et de bilans des entités juridiques des établissements publics (extraction du 13 novembre 2025). Les données de la DGFIP ont été croisées avec celles de la SAE, afin d'isoler certaines catégories d'établissements (Assistance publique - Hôpitaux de Paris, autres centres hospitaliers régionaux, centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie et centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux). ●●●



Méthodologie

Les comptes définitifs des établissements publics de santé sont parfois transmis à la DGFiP avec retard. Ainsi, les chiffres obtenus pour les dernières années peuvent différer de ceux publiés dans les éditions précédentes de ce *Panorama*, en raison d'une réactualisation des données.

Pour en savoir plus

- > **Albertone, M., et al.** (2025, septembre). *Face à la gravité de la situation financière des hôpitaux publics, renforcer l'efficacité par une intégration territoriale*. Rapport, Igas-IGF.
- > **ATIH** (2026, janvier). *Situation financière des établissements de santé en 2023 - Secteurs public et privé non lucratif*. Rapport.
- > **Cour des comptes** (2025, mai). *Certification des comptes du régime général de sécurité sociale : exercice 2024*.
- > **Direction de la Sécurité sociale (DSS)** (2025, octobre). *Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026 – Annexe 5 : ONDAM et dépenses de santé*. Rapport.
- > **Direction de la Sécurité sociale (DSS)** (2025, octobre). *Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026 – Annexe 6 : Situation financière des établissements de santé et des établissements médico-sociaux financés par les régimes obligatoires de base de la Sécurité sociale*. Rapport.
- > **Direction de la Sécurité sociale (DSS)** (2025, mai). *Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2024 - Prévisions 2025*. Rapport.
- > **Fédération hospitalière de France (FHF) et la Banque postale** (2025, décembre). *Regard financier sur les hôpitaux publics. Focus entre 2019 et 2023 sur les ratios d'exploitation : quels déterminants ? Étude*.
- > **Gratieux, L., Le Guillou, Y.** (2025, juillet). *La compensation financière des revalorisations salariales et de l'inflation dans les établissements publics de santé entre 2020 et 2024*. Rapport, Igas.
- > **Lavenir, F., et al.** (2025, mai). *Causes et effets de la financiarisation du système de santé*. Rapport, Igas-IGF.
- > **Le Ludec, T., Mulliez, S.** (2024, octobre). *Pour un pilotage renforcé des investissements de santé : consolider l'expertise et la maîtrise d'ouvrage hospitalière. Mission relative à l'évolution du pilotage des investissements du Ségur de la santé*. Rapport, Igas.
- > **Richet, J.** (2022, juillet). *Apprécier la situation économique des établissements de santé*. Drees, Drees Méthodes, 3.

D'après les premières estimations pour 2024, la situation financière des cliniques privées à but lucratif poursuit sa dégradation et plus d'une clinique privée sur trois est en déficit. Leur résultat net reste bénéficiaire, mais recule pour s'établir à 1,0 % des recettes, son niveau le plus bas depuis 2006, point de départ des observations. Toutefois, cette situation 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. Pour l'ensemble des cliniques privées, les recettes s'élèvent à 20,3 milliards d'euros, contre 19,9 milliards d'euros pour les dépenses. Après un point historiquement bas en 2023, le ratio d'indépendance financière des cliniques privées cesse de s'améliorer et atteint 34,9 % des capitaux permanents. La part des cliniques privées en situation de surendettement augmente à 21 %.

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

D'après les données de l'échantillon d'analyse¹, la situation financière des cliniques privées² reste légèrement positive en 2024, bien que sa dégradation se poursuive, et ce un peu plus rapidement qu'en 2023. Leur résultat net cumulé est de 194 millions d'euros (soit un résultat net moyen de 201 000 euros par clinique), alors qu'il atteignait 331 millions d'euros en 2023. Rapporté aux recettes, il s'établit à 1,0 % en 2024, en recul par rapport à 2023 (1,7 %) et à 2022 (2,9 %), et atteint son niveau le plus bas depuis 2006, point de départ des observations (tableau 1).

Le nouveau recul du résultat net est dû pour l'essentiel à celui du résultat d'exploitation, qui atteint lui aussi son niveau le plus bas sur la série (graphique 1). Le résultat d'exploitation recule 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 (voir *infra*). Comme en 2023, la fiscalité liée à l'exploitation³ est défavorable (-0,6 % des recettes en 2024 et -0,3 % en 2023, après +1,0 % en 2022), car les subventions d'exploitation sont inférieures aux impôts, taxes et versements assimilés⁴. Ces subventions d'exploitation, qui portaient le résultat d'exploitation, et par extension le résultat net, depuis 2020, reculent à 3,6 % des recettes en 2024 (après 4,0 % en 2023 et 5,5 % en 2022). Toutefois, elles restent nettement supérieures à leur niveau d'avant la crise sanitaire (1,3 % des recettes en 2019).

Le résultat exceptionnel, positif depuis 2022, redevient déficitaire en 2024 (-0,3 % des recettes en 2024, après +0,2 % en 2023).

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

2. Cette analyse porte sur des entités juridiques (les cliniques), mais ne tient pas compte des structures de groupe (voir encadré Sources et méthodes, partie Méthodologie), alors que 9 cliniques privées sur 10 appartiennent à un groupe (Delort, Vergondy, 2026).

3. La fiscalité liée à l'exploitation correspond à la différence entre les subventions d'exploitation et les impôts, taxes et versements assimilés.

4. Les impôts, taxes et versements assimilés comprennent l'ensemble des impôts et taxes que les entreprises doivent payer auprès de l'État ou des collectivités territoriales, hors taxe sur la valeur ajoutée et impôt sur les sociétés. Il s'agit, par exemple, de la contribution économique territoriale, de la taxe sur les véhicules de société ou de la taxe sur les salaires.

Tableau 1 Compte de résultat des cliniques privées depuis 2019

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Recettes (en millions d'euros)	15 256	15 901	17 669	18 670	19 762	20 288
Nombre de cliniques	969	944	961	965	960	963
% de cliniques répondantes	80,0	82,8	82,0	81,3	79,5	74,8
Recettes moyennes (en millions d'euros)	15,7	16,8	18,4	19,3	20,6	21,1
Chiffre d'affaires (en % des recettes)	94,1	89,8	89,7	89,0	90,4	90,7
Dépenses (en % des recettes)	97,0	96,0	94,9	95,6	97,0	98,3
Dépenses (en millions d'euros)	14 802	15 260	16 764	17 856	19 167	19 935
Achats et charges de gestion courante (en % des recettes), dont :	-45,9	-45,3	-44,9	-45,5	-47,2	-48,1
achats consommés	-18,4	-18,1	-18,6	-18,8	-19,9	-20,3
autres achats et charges externes	-27,5	-27,2	-26,3	-26,7	-27,3	-27,5
Frais de personnel (en % des recettes), dont :	-39,6	-39,7	-39,4	-39,3	-39,2	-38,7
salaires bruts	-28,9	-29,0	-28,3	-28,2	-28,2	-27,8
cotisations sociales	-10,8	-10,6	-11,1	-11,1	-11,0	-10,9
Fiscalité liée à l'exploitation (en % des recettes), dont :	-3,6	0,3	0,9	1,0	-0,3	-0,6
impôts, taxes et versements assimilés	-4,9	-4,9	-4,6	-4,5	-4,3	-4,1
subventions d'exploitation	1,3	5,3	5,5	5,5	4,0	3,6
Excédent brut d'exploitation (en % des recettes)	5,1	5,3	6,3	5,1	3,7	3,4
Résultat courant de fonctionnement (en % des recettes)	5,0	5,2	6,2	5,1	3,8	3,5
Autres opérations d'exploitation (en % des recettes)	1,9	2,5	2,4	2,7	2,6	2,4
Opérations en commun (en % des recettes)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3
Dotations nettes aux amortissements (en % des recettes)	-3,9	-3,9	-3,7	-3,8	-3,9	-4,2
Résultat d'exploitation (en % des recettes), dont :	3,2	3,9	5,1	4,0	2,4	1,7
produits d'exploitation	98,0	98,1	98,2	97,9	97,4	97,3
charges d'exploitation	-94,8	-94,2	-93,2	-93,9	-95,0	-95,6
Résultat financier (en % des recettes), dont :	0,2	0,2	0,1	0,2	0,4	0,3
produits financiers	0,8	0,6	0,4	0,6	1,2	1,5
charges financières	-0,6	-0,4	-0,3	-0,4	-0,8	-1,1
Résultat exceptionnel (en % des recettes), dont :	-0,4	-0,1	0,0	0,1	0,2	-0,3
produits exceptionnels	1,2	1,3	1,4	1,5	1,4	1,2
charges exceptionnelles	-1,6	-1,4	-1,4	-1,4	-1,2	-1,5
Participation des salariés (en % des recettes)	-0,4	-0,4	-0,6	-0,4	-0,4	-0,3
Impôts sur les bénéfices (en % des recettes)	-1,0	-1,0	-1,2	-1,0	-1,0	-0,7
Résultat net (en % des recettes)	1,6	2,6	3,4	2,9	1,7	1,0

Notes > Données provisoires pour 2024. Les données de 2012 à 2024 peuvent être révisées lors des prochaines éditions du fait de la réception de données complémentaires.

Les dividendes versés aux actionnaires ne figurent pas dans ce tableau. Leur montant est très mal renseigné dans les liasses fiscales (moins de 6 % de remplissage depuis 2014).

Le nombre de cliniques correspond au nombre d'entreprises distinctes (les Siren du Système d'identification au répertoire des entreprises), pour les établissements dans la catégorie juridique « privé à but lucratif » de la SAE, et quel que soit le code d'activité principale d'exercice (APE) de l'unité légale. La proportion de répondants correspond au ratio du nombre de cliniques de la SAE ayant déposé leurs comptes auprès des greffes des tribunaux de commerce, dont le code APE prend la valeur 8610Z « activités hospitalières » (selon la nomenclature NAF, 2^e révision), et du nombre de cliniques précédemment décrit. À titre d'illustration, 87 % des liasses fiscales des cliniques du champ SAE (sans restriction sur le code APE) sont disponibles auprès des greffes pour la période 2012-2024. Voir encadré Sources et méthodes pour plus de précisions.

Champ > Cliniques privées de France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), présentes dans la SAE.

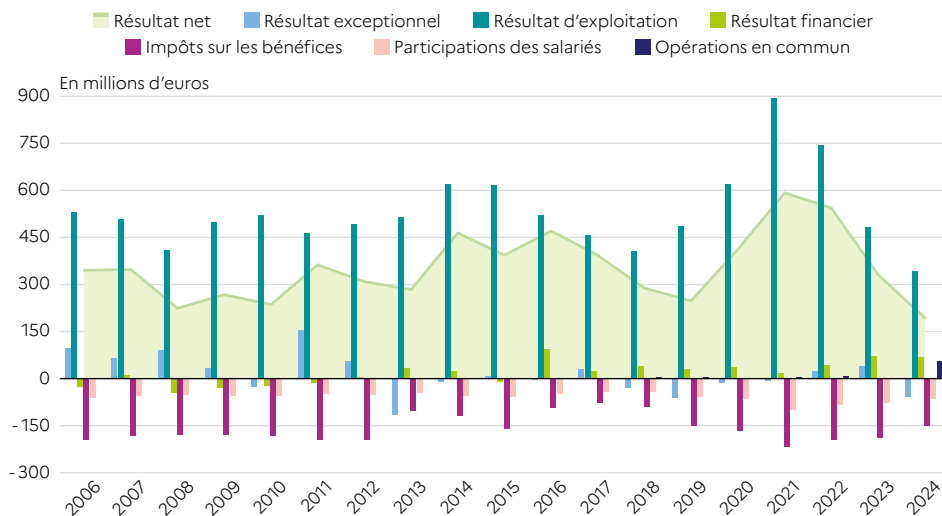
Sources > Greffes des tribunaux de commerce, SAE, traitements Drees.

Le résultat financier est stable, à 0,3 % des recettes en 2024, après 0,4 % en 2023. Le solde des opérations en commun, opérations de coopération économique effectuées dans le cadre de sociétés de participation, atteint 0,3 % des recettes en 2024, alors qu'il est usuellement négligeable, principalement en raison des sommes reportées en 2024 dans ce compte par plusieurs cliniques d'un même groupe². Finalement, le bénéfice, correspondant à la somme des résultats d'exploitation, financier et exceptionnel et du solde des opérations en commun (soit au résultat net avant impôt sur les bénéfices et participations des salariés), poursuit sa diminution et atteint 2,0 % des recettes, après 3,0 % en 2023 et 4,4 % en 2022, en dessous de son niveau d'avant la crise sanitaire (3,0 % en 2019). Le recul du bénéfice en 2024 engendre la baisse à due concurrence des impôts sur les bénéfices et des participations salariales (qui sont intégrés au résultat net, en sus du bénéfice, dans le secteur privé) [voir annexe 1, « Glossaire économique et financier »].

Le résultat net rapporté aux recettes des cliniques psychiatriques est plus de onze fois supérieur à celui des cliniques de MCO et SMR

Le niveau, comme les évolutions du résultat net rapporté aux recettes, sont très variables selon la discipline principale d'activité des cliniques privées (graphique 2). En 2024, le résultat net rapporté aux recettes se replie de 0,7 point pour les cliniques de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) et de 0,6 point pour les cliniques de soins médicaux et de réadaptation (SMR). Il diminue également de 0,6 point pour les cliniques psychiatriques, après une progression de 0,7 point en 2023. Il s'établit ainsi à 0,6 % en MCO (après 1,3 % en 2023), à 0,5 % en SMR (après 1,1 % en 2023) et à 7,2 % en psychiatrie (après 7,8 % en 2023). La poursuite de la baisse en MCO est en phase avec les évolutions observées depuis 2021, après un pic lié à la garantie de financement mise en place pour compenser la baisse d'activité pendant la crise sanitaire. Dans le secteur

Graphique 1 Compte de résultat des cliniques privées depuis 2006



Note > Données provisoires pour 2024. Les données de 2012 à 2024 peuvent être révisées lors des prochaines éditions du fait de la réception de données complémentaires.

Champ > Cliniques privées de France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), présentes dans la SAE.

Sources > Greffes des tribunaux de commerce, SAE, traitements Drees.

privé à but lucratif, cependant, la psychiatrie demeure de loin la discipline qui dégage le plus de bénéficiaires (en pourcentage des recettes) : le résultat net rapporté aux recettes des cliniques psychiatriques est plus de onze fois supérieur à celui des cliniques de MCO et de SMR. Cette situation pourrait s'expliquer par le poids élevé des charges supportées dans les spécialités techniques (en chirurgie et en radiothérapie par exemple), liées entre autres aux amortissements d'équipements, aux assurances en responsabilité civile et aux médecins collaborateurs libéraux (Cour des comptes, 2023).

Plus d'une clinique sur trois est déficitaire en 2024

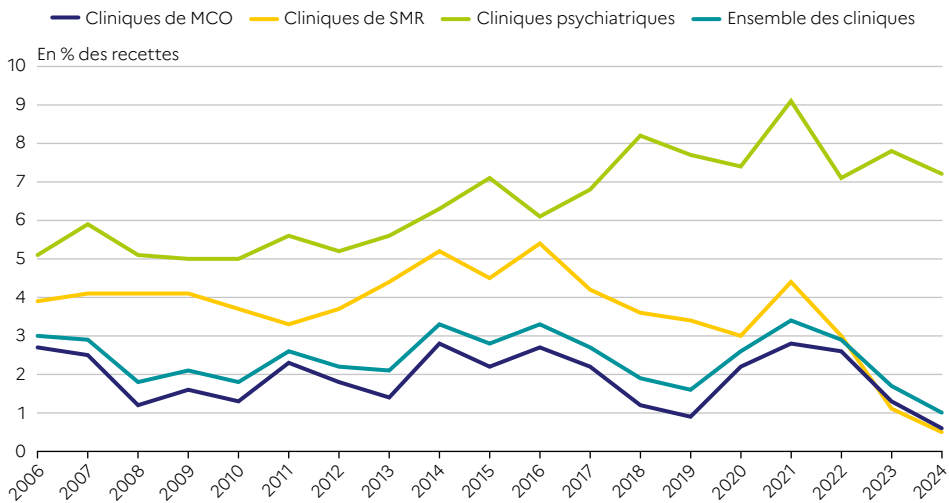
La situation économique des cliniques privées, globalement excédentaire, masque de fortes disparités. En 2024, la part des cliniques privées ayant un résultat net négatif est de 36 %, après

33 % en 2023. Cette hausse s'observe dans toutes les disciplines d'activité. Ainsi, le pourcentage de cliniques déficitaires atteint 44 % en SMR (+5 points), 37 % en MCO (+3 points) et 20 % en psychiatrie (+1 point).

Le déficit cumulé des cliniques déficitaires s'accroît (-510 millions d'euros, après -379 millions d'euros en 2023). Il se concentre sur un nombre réduit d'entre elles : la moitié du déficit cumulé est en effet imputable à 29 cliniques (entités juridiques) en 2024 (soit 4 % des cliniques), principalement des cliniques de MCO, après 37 en 2023 (soit 5 % des cliniques).

Quant aux cliniques excédentaires, leur excédent cumulé diminue légèrement (703 millions d'euros, après 710 millions d'euros en 2023). La moitié de cet excédent cumulé est imputable à 54 cliniques en 2024 (soit 8 % des cliniques), principalement des cliniques de MCO, après 78 en 2023 (soit 10 % des cliniques).

Graphique 2 Résultat net rapporté aux recettes des cliniques privées depuis 2006



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SMR : soins médicaux et de réadaptation.

Notes > Les données de 2024 sont considérées comme provisoires et s'appuient sur un échantillon de 720 cliniques (entités juridiques) ayant déposé leurs comptes, dont 424 cliniques de MCO, 193 cliniques de SMR et 103 cliniques psychiatriques. Les recettes des cliniques de MCO, de SMR et psychiatriques représentent respectivement 82 %, 13 % et 5 % des recettes de l'ensemble des cliniques privées. Les données de 2012 à 2024 peuvent être révisées lors des prochaines éditions du fait de la réception de données complémentaires.

Champ > Cliniques privées de France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), présentes dans la SAE.

Sources > Greffes des tribunaux de commerce, SAE, traitements Drees.

Les recettes des cliniques progressent encore en 2024, mais sont freinées par la fin des dispositifs exceptionnels

Les recettes⁵ 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 % par rapport à 2023 (19,8 milliards d'euros) [tableau 1] ; elle est moins marquée néanmoins que celle constatée entre 2022 et 2023 (+5,9 %). Ce ralentissement des recettes s'explique par la dynamique de l'activité des cliniques (+3,2 % en volume de soins en 2024, contre +3,8 % en 2023) et par un effet-prix (+0,9 % en 2024, après +1,3 % en 2023) [voir fiche 24, « La part des établissements de santé dans la consommation de soins »]. L'année 2024 correspond notamment à la poursuite de la sortie (ou du repli) de dispositifs mis en place (ou davantage abondés) lors de la crise sanitaire, et qui soutenaient depuis leurs recettes. Les dotations de compensation de la perte d'activité, à savoir la garantie de financement (GF) puis la sécurisation modulée à l'activité (SMA)⁶ à partir de 2023, diminuent en 2024 (-14,0 %, soit -27 millions d'euros), à 166 millions d'euros.

Les dépenses restent dynamiques

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 courante⁷, qui continuent de progresser (+4,6 %) bien qu'à un rythme moins soutenu qu'en 2023 (+9,8 %). 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).

D'après de premières estimations, l'effort d'investissement des cliniques atteindrait 8,3 % des recettes

Les indicateurs financiers relatifs aux investissements des cliniques privées sont à considérer avec précaution, particulièrement depuis 2022, les données récentes ayant fait l'objet de révisions significatives (voir encadré Sources et méthodes, partie Méthodologie). D'après les premières estimations, l'effort d'investissement des cliniques privées, correspondant au ratio des investissements réalisés dans l'année rapportés aux recettes, atteint 8,3 %, après 8,7 % en 2023, interrompant la reprise amorcée en 2021 (graphique 3). Il est supérieur à la dotation aux amortissements⁸ des cliniques privées, stable depuis plusieurs années, qui s'établit à 4,2 % des recettes en 2024. L'effort d'investissement est aussi nettement supérieur à la capacité d'autofinancement (CAF), qui représente les ressources dégagées par l'activité des établissements pour assurer leur financement et leurs investissements. La CAF se stabilise en 2024, après avoir atteint en 2023 son niveau le plus bas depuis 2006. Elle s'établit ainsi à 2,8 % des recettes, comme en 2023, après 3,7 % en 2022 et 4,5 % en 2021.

5. Les recettes correspondent à la somme des produits d'exploitation, financier et exceptionnel. À partir de 2022, les publications de la Drees mettent en avant les recettes plutôt que le chiffre d'affaires, qui figure tout de même dans le tableau 1. Le chiffre d'affaires n'inclut pas les subventions d'exploitation, qui comprennent des compensations liées à l'activité directe des établissements de santé. Il n'a donc qu'un intérêt modéré pour l'évaluation des produits des établissements de santé, mais il reste un indicateur particulièrement utilisé en comptabilité privée (Richet, 2022).

6. Ce dispositif permet de poursuivre l'accompagnement des établissements ayant un niveau d'activité fragile, tout en incitant à la reprise de l'activité, avec des versements en 2023, à 70 % sur le montant de référence et à 30 % sur les recettes d'activité de l'année, puis en 2024, à 50 % sur la valorisation de l'activité réalisée et à 50 % sur le montant de référence (PLFSS pour 2026, Annexe 6).

7. Les informations collectées dans les liasses fiscales des cliniques privées ne permettent pas de distinguer, parmi les achats et charges de gestion courante, ceux à caractère médical de ceux à caractère hôtelier et général.

8. La dotation aux amortissements est une charge qui ne correspond à aucun décaissement. Elle constate, comptablement, la dépréciation que subit une immobilisation dans le temps. Elle est comptabilisée parmi les charges, chaque année, pendant une durée d'amortissement fixée lors de l'inscription au bilan de l'immobilisation.

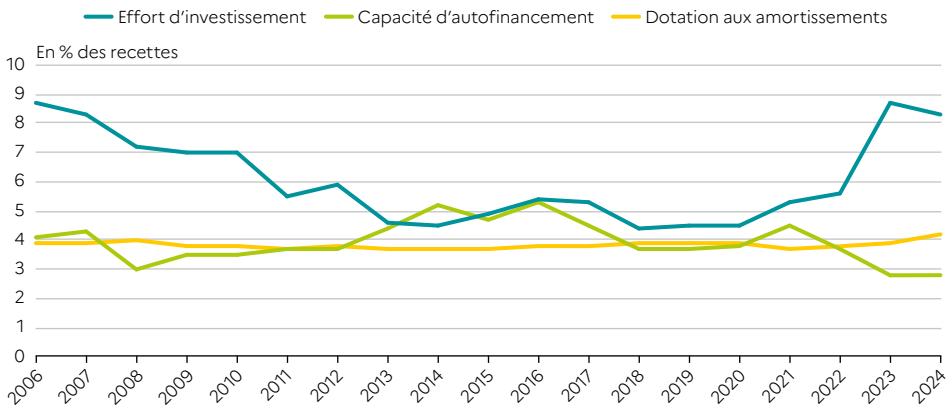
L'endettement augmente en 2024

L'encours de la dette des cliniques privées augmente (+6,0 % par rapport à 2023) et s'établit à 2,3 milliards d'euros (après 2,2 milliards en 2023). Exprimé en pourcentage des recettes, il atteint 11,5 % de ces dernières (après 11,2 % en 2023, son plus bas niveau depuis 2006) [graphique 4].

Le ratio d'indépendance financière⁹ des cliniques, qui rapporte l'encours des dettes financières aux capitaux permanents, se stabilise en 2024. Il atteint ainsi 34,9 %, après un niveau historiquement bas de 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 conservent un ratio d'indépendance financière supérieur à 50 % des capitaux permanents.

L'évolution de l'endettement est contrastée selon les types de cliniques. La baisse du ratio d'indépendance financière des cliniques de MCO s'interrompt (38,4 % en 2024, après 37,6 % en 2023, et 39,6 % en 2022), tout comme celle des cliniques de psychiatrie (20,1 % en 2024, après 13,9 % en 2023, et 16,8 % en 2022). En revanche, le ratio d'indépendance financière des cliniques de SMR continue de s'améliorer : il atteint 30,6 % en 2024 (après 31,8 % en 2023 et 35,9 % en 2022). La durée apparente de la dette, qui rapporte l'encours de la dette à la CAF, augmente en 2024, pour la deuxième année consécutive, et atteint son plus haut niveau depuis 2010, passant de 3,9 ans en 2023 à 4,2 ans en 2024 (graphique 4). La hausse de cette durée, qui représente le nombre d'années nécessaire aux cliniques privées pour rembourser leur dette en y consacrant l'intégralité de leurs ressources propres, reflète la

Graphique 3 Effort d'investissement, capacité d'autofinancement et dotation aux amortissements des cliniques privées depuis 2006



Notes > Données provisoires pour 2024. Les données de 2012 à 2024 peuvent être révisées lors des prochaines éditions du fait de la réception de données complémentaires. Les indicateurs portant sur les investissements en 2022, 2023 et 2024 sont particulièrement fragiles en raison du faible nombre d'observations, en particulier la décomposition de l'effort d'investissement par discipline d'équipement. Ils sont donc à interpréter avec précaution. Les séries peuvent être heurtées, car certaines cliniques peuvent connaître des évolutions brusques à la suite d'opérations de concentration ou lors de l'engagement d'investissements importants.

Champ > Cliniques privées de France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), présentes dans la SAE.

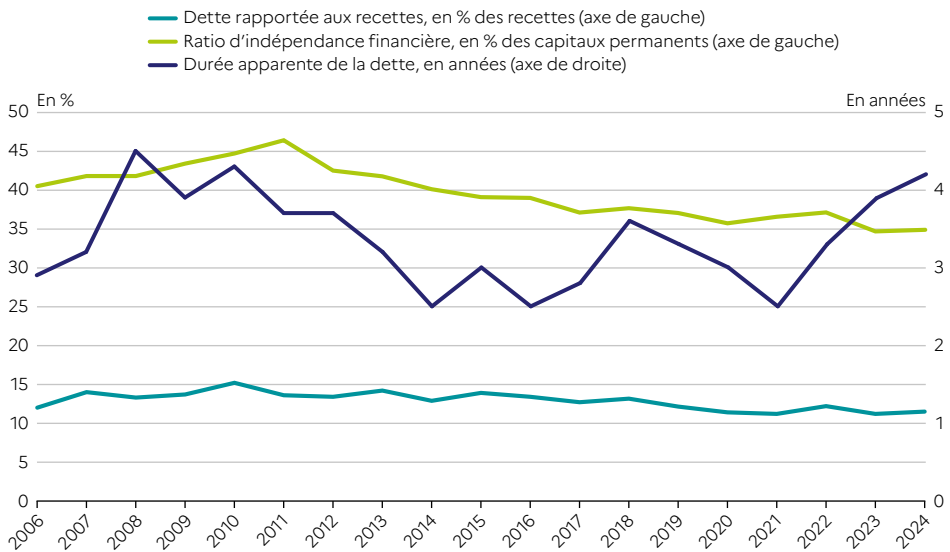
Sources > Greffes des tribunaux de commerce, SAE, traitements Drees.

9. Pour reprendre les mêmes conventions que dans le secteur public, le ratio d'indépendance financière rapporte l'encours de la dette aux capitaux permanents, qui incluent les capitaux propres hors résultat de l'exercice comptable, les provisions pour risques et charges, ainsi que le montant de la dette. Contrairement à ce que son nom indique, le ratio d'indépendance financière apprécie plutôt une situation de dépendance financière : plus il est élevé, plus le poids de la dette rapporté aux capitaux permanents de l'établissement est lourd.

dégradation continue de la CAF, en raison notamment de la hausse des dépenses. La proportion de cliniques privées surendettées¹⁰ augmente également et atteint 21 % en 2024, après 19 % en

2023 (graphique 5 et tableau complémentaire A). Plus de la moitié des cliniques n'ont aucun critère de surendettement en 2024 (56 %, après 57 % en 2023). ■

Graphique 4 Encours de la dette rapporté aux recettes, ratio d'indépendance financière et durée apparente de la dette des cliniques privées depuis 2006



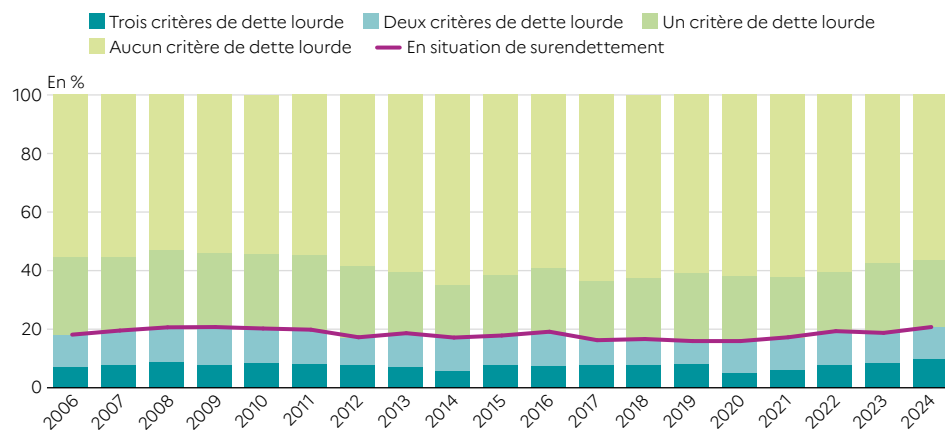
Notes > Données provisoires pour 2024. Les données de 2012 à 2024 peuvent être révisées lors des prochaines éditions du fait de la réception de données complémentaires. Les séries peuvent être heurtées car certaines cliniques peuvent connaître une augmentation (ou une diminution) brusque de l'encours de la dette à la suite d'opérations de concentration ou lors de l'engagement d'investissements importants.

Champ > Cliniques privées de France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), présentes dans la SAE.

Sources > Greffes des tribunaux de commerce, SAE, traitements Drees.

10. Les critères de surendettement sont définis par analogie avec ceux du secteur public, eux-mêmes définis dans l'article D. 6145-70 du Code de la santé publique. Les établissements publics de santé dont la situation financière présente deux des trois critères de surendettement suivants ne peuvent recourir à des emprunts de plus de douze mois sans autorisation préalable du directeur de l'Agence régionale de santé (ARS) : 1/ un ratio d'indépendance financière, rapportant l'encours de la dette de long terme aux capitaux permanents, qui excède 50 % ; 2/ une durée apparente de la dette qui excède dix ans ou qui est négative ; 3/ un encours de la dette rapporté aux recettes de l'établissement toutes activités confondues supérieur à 30 %. Ces trois critères sont définis précisément à partir des comptes de l'instruction M21 par l'arrêté du 7 mai 2012 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé. Ces trois critères sont utilisés dans cet ouvrage pour définir le poids de la dette. À partir des publications de la Drees postérieures à 2023, le critère 2 inclut les établissements dont la durée apparente de la dette est négative, car cela fait état de l'absence de ressources d'autofinancement de cet établissement pour rembourser sa dette.

Graphique 5 Proportion de cliniques privées en situation de surendettement depuis 2006



Notes > Données provisoires pour 2024. Les données de 2012 à 2024 peuvent être révisées lors des prochaines éditions du fait de la réception de données complémentaires. Distribution des établissements avec zéro, un, deux ou trois critères de surendettement, comme définis dans l'article D. 6145-70 du Code de la santé publique (par symétrie avec le secteur public) : 1/ un ratio d'indépendance financière, rapportant l'encours de la dette de long terme aux capitaux permanents, qui excède 50 % ; 2/ une durée apparente de la dette qui excède dix ans ou qui est négative (absence de ressources d'autofinancement pour le remboursement de la dette) ; 3/ un encours de la dette rapporté aux recettes de l'établissement toutes activités confondues supérieur à 30 %. Le cumul d'au moins deux critères définit une situation de surendettement.

Champ > Cliniques privées de France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), présentes dans la SAE.

Sources > Greffes des tribunaux de commerce, SAE, traitements Drees.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Les données comptables des cliniques sont relatives aux établissements de santé privés à but lucratif de France (y compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy), dont le statut juridique a été confirmé après croisement avec les données de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE).

Les comptes des cliniques sont disponibles par numéro unique d'identification au répertoire des entreprises (numéro Siren), tandis que les données de la SAE sont collectées par numéro d'inscription au répertoire des établissements sanitaires et sociaux (numéro Finess). Au niveau juridique, la correspondance est en théorie de « un pour un » entre le répertoire Finess et le répertoire Sirene, ce qui n'est pas toujours le cas en pratique. À titre d'illustration, cette correspondance est de « un pour un » dans plus de 90 % des cas.

Les liasses fiscales des cliniques privées, disponibles par numéro Siren, sont déposées auprès des greffes des tribunaux de commerce. Elles sont parfois transmises avec du retard. Les données de 2012 à 2024 ont été extraites le 14 avril 2026. Les indicateurs calculés sur cette période peuvent ainsi différer de ceux publiés dans les éditions précédentes, du fait d'une réactualisation des données. Par ailleurs, les données pour 2024 sont considérées comme provisoires. À titre d'illustration, en moyenne annuelle, 87 % des liasses fiscales des cliniques du champ SAE sont disponibles auprès des greffes des tribunaux de commerce, pour la période 2012-2023, contre 82 % pour l'année 2024. Le redressement des données par le recours à un calage sur marges (voir *infra*) permet cependant de rendre l'échantillon plus représentatif de l'ensemble des cliniques du champ SAE. Pour l'étude des indicateurs relatifs aux investissements, seules les cliniques ayant renseigné des investissements non nuls ont été considérées et un redressement spécifique des données a été effectué. En effet, certaines cliniques déposent leurs comptes annuels mais fournissent des données incomplètes, notamment concernant le montant des investissements, qui est connu pour 72 % à 80 % des cliniques présentes dans la SAE entre 2012 et 2021. En 2022, 2023 et 2024, le nombre de cliniques ayant ●●●



renseigné le montant de leurs investissements est particulièrement faible (respectivement 57 %, 67 % et 63 % des cliniques présentes dans la SAE). Les indicateurs portant sur les investissements entre 2022 et 2024, extrapolés à l'ensemble des cliniques du champ SAE, sont donc fragiles, d'autant que les cliniques ne renseignant pas leurs investissements n'ont sans doute pas le même profil d'investisseurs que celles qui le font. Ils sont donc à considérer avec précaution.

Sources

Les données comptables et financières des cliniques privées sont mises à disposition par la société Altares – D&B. Elles proviennent des liasses fiscales des cliniques privées. La SAE est mobilisée pour classer les établissements selon la nature de leur activité.

Méthodologie

Des étapes supplémentaires de retraitement des données ont été menées sur les données de 2006 à 2018. Pour ces années, les données de deux sources différentes ont été rapprochées (données des liasses fiscales transmises par les entreprises Diane et Altares – D&B) afin de corriger les erreurs liées à la lecture automatique des liasses fiscales.

La présente fiche intègre les résultats de travaux menés en vue d'améliorer la correspondance entre les Finess juridiques et les numéros Siren à partir des données de la SAE 2022, dont les résultats ont été extrapolés aux années 2020 à 2024. Les indicateurs relatifs à ces années peuvent donc différer de ceux publiés dans les éditions précédentes de ce *Panorama*.

La disponibilité des comptes uniquement au niveau de l'ensemble de l'entité juridique, et non au niveau de l'entité géographique, constitue une difficulté pour analyser les résultats, notamment pour les grands groupes ayant plusieurs activités (par exemple une même société qui gérerait à la fois une clinique privée et une maison de retraite, dont les données comptables au niveau de l'entité juridique ne permettraient pas de distinguer les flux correspondants à chacune des deux activités). Pour limiter les biais et exclure les sociétés dont l'activité principale est très éloignée d'une activité sanitaire, l'analyse se limite ici aux entités juridiques dont l'activité principale d'exercice (APE) est hospitalière. Toutefois, il subsiste des entités juridiques avec une APE hospitalière, ayant également une activité secondaire non sanitaire, par exemple de maison de retraite. Dans ces cas-là, ces activités sont comprises dans les résultats financiers.

Concrètement, les indicateurs sont produits à partir des seules cliniques dans le champ SAE, dont les liasses fiscales sont disponibles, et dont le code APE de l'unité légale prend la valeur 8610Z correspondant à des « activités hospitalières » selon la nomenclature NAF, 2^e révision. Un redressement des données par le recours à un calage sur marges permet, par repondération, de rendre l'échantillon représentatif de l'ensemble des cliniques du champ SAE, y compris de celles dont le code APE n'est pas « activités hospitalières ». La pondération repose sur des indicateurs relatifs uniquement à l'activité sanitaire de ces cliniques, afin de ne capter, dans la mesure du possible, que les flux financiers liés à cette activité. Cette méthodologie donne une estimation plus précise des différents indicateurs financiers.

Une décomposition des indicateurs par discipline principale d'équipement des cliniques est proposée après croisement des données comptables de l'entité juridique avec la SAE, afin d'identifier la discipline d'équipement « majoritaire » de l'entité. Plus précisément, les cliniques ont été réparties par discipline en tenant compte de la part d'activité réalisée (journées et séances) pour chaque grand domaine (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie [MCO], psychiatrie, soins médicaux et de réadaptation [SMR]). Là aussi, l'exercice est délicat : pour les entités ayant une activité importante dans plusieurs disciplines, l'intégralité des comptes est considérée comme étant du ressort de la discipline d'équipement majoritaire. Les cliniques de SMR et celles de psychiatrie correspondent ainsi aux cliniques dont l'activité est respectivement à dominante SMR et psychiatrie. Les cliniques de MCO regroupent celles à dominante MCO, ainsi que les cliniques de dialyse, de radiothérapie et d'hospitalisation à domicile (HAD). Comme les données financières concernent l'ensemble de l'entité juridique, et non chaque unité médicale ou discipline d'équipement, des imprécisions subsistent sur cette catégorisation.

Enfin, la plupart des cliniques privées sont intégrées à des groupes de sociétés, dont l'organisation interne peut fortement influencer l'analyse des performances au niveau de chaque société fille de ce groupe. Par exemple, si les dettes de long terme et les projets d'investissements lourds d'un groupe sont tous portés par une société fille distincte de la société fille gérant la clinique privée, le taux d'endettement ou l'effort d'investissement calculé pour cette clinique privée seront sous-estimés.

Pour en savoir plus

- > **Cour des comptes** (2023, octobre). *Les établissements de santé publics et privés, entre concurrence et complémentarité*. Rapport.
- > **Delort, L., Vergondy, L.** (2026, janvier). En 2022, neuf cliniques privées sur dix font partie d'un groupe. Insee, *Insee Première*, 2089.
- > **Direction de la Sécurité sociale (DSS)** (2025, octobre). *Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026 – Annexe 6 : Situation financière des établissements de santé et des établissements médico-sociaux financés par les régimes obligatoires de base de la Sécurité sociale*. Rapport.
- > **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.
- > **Richet, J.** (2022, juillet). Apprécier la situation économique des établissements de santé. Drees, *Drees Méthodes*, 3.

ER

Vue d'ensemble
Fiches thématiques

Annexes ◀

Annexe 1

Glossaire économique et financier

Ce glossaire précise les définitions des indicateurs mobilisés pour l'analyse de la situation économique et financière des établissements de santé, ainsi que les définitions des termes nécessaires à leur bonne compréhension. Sauf mention contraire, les termes définis sont communs aux secteurs public et privé.

Budget principal (secteur public uniquement) : il présente les opérations financières correspondant à l'activité sanitaire hors soins de longue durée des établissements de santé, couvrant le court et le moyen séjour, l'hospitalisation à domicile et la psychiatrie.

Budget annexe (secteur public uniquement) : distinct du budget principal, il présente les opérations financières relatives aux activités de soins de longue durée ou aux activités non sanitaires des hôpitaux publics, notamment des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), des instituts de formation, des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Les différents budgets annexes sont définis dans l'annexe 2.3 de l'instruction budgétaire et comptable M21.

Budget global (secteur public uniquement) : ensemble des budgets (budget principal et budgets annexes) du secteur public, consolidés des flux internes entre les différentes unités : par exemple, la rétrocession de médicaments d'un service de l'hôpital à une unité de soin de longue durée (USLD) rattachée à cet hôpital n'est pas comptabilisée dans les ventes de l'hôpital.

Recettes : ensemble des produits d'un établissement, incluant les produits directement liés à l'activité de l'établissement (produits d'exploitation), ceux liés aux opérations financières (produits financiers) et ceux liés aux opérations exceptionnelles, telles que des cessions immobilières (produits exceptionnels).

Les recettes excluent les flux internes à l'établissement : par exemple, la rétrocession de médicaments d'un service de l'hôpital à une USLD rattachée à cet hôpital n'est pas comptabilisée dans les ventes de l'hôpital. Dans les budgets principal et annexes du secteur public, les recettes correspondent plus précisément à la somme des comptes de produits (commençant par le chiffre 7 de la nomenclature M21). Dans le budget global du secteur public, cette somme exclut le compte 7087, qui correspond aux remboursements de frais par les comptes de résultats annexes, afin de ne pas comptabiliser de flux financiers internes à l'entité juridique.

Dépenses : ensemble des charges d'un établissement, incluant les charges directement liées à l'activité de l'établissement (charges d'exploitation), celles liées aux opérations financières (charges financières) et celles relatives aux opérations exceptionnelles (charges exceptionnelles). Elles excluent les flux internes à l'établissement : par exemple, l'achat de médicaments à un hôpital par une USLD rattachée à cet hôpital n'est pas comptabilisé dans les dépenses de l'hôpital. Dans les budgets principal et annexes du secteur public, elles correspondent plus précisément à la somme des comptes de charges (commençant par le chiffre 6 de la nomenclature M21). Dans le budget global du secteur public, cette somme est majorée du compte 7087, qui correspond aux remboursements de frais par les comptes de résultats annexes, afin de ne pas comptabiliser de flux financiers internes à l'entité juridique.

Chiffre d'affaires (CA) (secteur privé uniquement) : il correspond aux produits de la vente de biens et de services par l'entité juridique, il est égal aux produits bruts d'exploitation, dont on soustrait la production stockée et immobilisée et les subventions d'exploitation.

Autres charges et produits de gestion courante : il s'agit de charges et de produits liés à l'activité de l'établissement mais qui ne sont pas directement reliés à son cœur d'activité. Ils comprennent ainsi les redevances pour concessions, brevets ou licences, les redevances de crédit-bail, les loyers perçus par les établissements, notamment lorsqu'ils logent leur personnel, etc. Ils entrent dans le calcul du résultat d'exploitation et de la marge brute, mais pas dans celui de l'excédent brut d'exploitation. Dans le secteur public, ils correspondent aux comptes 75 (autres produits de gestion courante) et 65 (autres charges de gestion courante). Dans le secteur privé, ils correspondent à la case « autres achats et charges externes » de la liasse fiscale.

Produits d'exploitation : produits directement liés à l'activité de l'établissement, par exemple les paiements de l'Assurance maladie pour la prise en charge de patients ou les suppléments payés par les patients pour avoir une chambre individuelle.

Produits courants de fonctionnement : produits directement liés à l'activité de l'établissement, hors produits calculés, qui ne sont pas des produits encaissés mais correspondent à des opérations comptables. Les produits courants de fonctionnement sont donc égaux aux produits d'exploitation hors reprises sur amortissements, dépréciations et provisions.

Produits bruts d'exploitation : produits directement liés au cœur d'activité de l'établissement, hors produits calculés qui ne sont pas des produits encaissés mais correspondent à des opérations comptables. Les produits bruts d'exploitation sont donc égaux aux produits

courants de fonctionnement, à l'exclusion de certains produits de gestion courante dénommés « autres produits de gestion courante », par exemple les redevances pour concessions ou brevets, les revenus immobiliers, notamment issus de la location d'appartements à certains salariés. Les autres produits de gestion courante représentent une faible part des produits courants de fonctionnement (environ 2 % entre 2006 et 2019).

Résultat d'exploitation : il fait référence aux recettes et dépenses liées à l'activité de l'établissement. Il correspond à l'excédent brut d'exploitation auquel sont ajoutés les autres produits et charges de gestion courante (qui ne correspondent pas au cœur d'activité de l'établissement, mais sont quand même liés à son fonctionnement, par exemple les loyers payés par les salariés logés par l'établissement), ainsi que les produits et charges calculés (qui sont des concepts comptables, et qui correspondent aux dotations aux amortissements, dépréciations et provisions, et aux reprises). Pour le secteur public, il inclut les produits sur exercices antérieurs à la charge de l'Assurance maladie, quand ce compte existe en comptabilité hospitalière (en 2005 et à partir de 2012). Pour le secteur privé, selon le plan comptable général, le résultat d'exploitation inclut les produits sur exercices antérieurs à la charge de l'Assurance maladie.

Résultat financier : il concerne les recettes et les dépenses qui se rapportent directement à l'endettement et aux placements financiers des établissements.

Résultat exceptionnel : il comprend notamment des opérations de gestion ou de capital (cessions d'immobilisations), ainsi que les dotations aux amortissements et aux provisions pour les opérations exceptionnelles. Il n'inclut pas les produits sur exercices antérieurs à la charge de l'Assurance maladie, sauf lorsque ces comptes ne sont pas isolables : pour le secteur public, c'est le cas entre 2006 et 2011.

Résultat net : solde final entre les dépenses et les recettes de l'exercice. Dans le secteur public, il correspond à la somme des résultats d'exploitation, exceptionnel et financier. Dans le secteur privé, il faut ajouter à cette somme le solde des opérations en commun, les impôts sur les bénéfices, ainsi que les participations des salariés aux résultats de la clinique, participations qui permettent de redistribuer aux salariés une partie des bénéfices réalisés par la clinique et qui sont calculées directement à partir des bénéfices.

Excédent brut d'exploitation (EBE) : aussi appelé marge d'exploitation, il s'agit du solde généré par l'activité courante de l'établissement, sans prendre en compte la politique d'investissement et la gestion financière. Il correspond au résultat d'exploitation, hors produits et charges calculés (qui sont des concepts comptables, et qui correspondent aux dotations aux amortissements, dépréciations et provisions, ainsi qu'aux reprises), et hors autres produits et charges de gestion courantes (qui ne correspondent pas au cœur d'activité de l'établissement, mais sont quand même liés à son fonctionnement, par exemple les loyers payés par les salariés logés par l'établissement).

Marge brute (ou résultat courant de fonctionnement) : différence entre les produits courants de fonctionnement et les charges courantes de fonctionnement. Symétriquement aux produits courants de fonctionnement, les charges courantes de fonctionnement sont définies comme les charges d'exploitation dont sont retirées les charges calculées (dotations aux amortissements, provisions et dépréciations). La marge brute correspond donc à la somme de l'EBE et des autres produits et charges de gestion courante (qui ne correspondent pas au cœur d'activité de l'établissement, mais sont quand même liés à son fonctionnement, par exemple les loyers payés par les salariés logés par l'établissement).

Taux de marge brute : il rapporte la marge brute aux produits courants de fonctionnement. Ce

concept, fréquemment utilisé en comptabilité hospitalière, peut prêter à confusion pour les habitués de la comptabilité privée. En effet, en comptabilité privée, la marge brute désigne la différence entre le prix de vente hors taxe d'un bien et son coût de revient. Les taux de marge brute ne sont pas directement comparables entre les établissements privilégiant le recours au crédit-bail et ceux recourant à l'emprunt pour financer leurs investissements. En effet, cette décision ne reflète pas les mêmes choix économiques et le recours au crédit-bail a un impact non négligeable sur la marge brute et sur les ratios liés à l'investissement.

Effort d'investissement : investissements rapportés aux recettes.

Capacité d'autofinancement (CAF) : ensemble des ressources générées par l'établissement qui restent à disposition à la fin de son exercice comptable pour assurer son financement, son investissement et les dividendes versés aux actionnaires (pour les cliniques privées à but lucratif). Dans le secteur public, la CAF est définie précisément en comptabilité hospitalière par l'arrêté du 7 mai 2012, comme le résultat net hors produits et charges calculés et non décaissés (dotations aux amortissements et provisions pour risques et charges et reprises). Par symétrie avec le secteur public, la même définition est reprise dans le secteur privé.

Dotations aux amortissements : charge qui ne correspond à aucun décaissement mais constate, comptablement, la dépréciation que subit une immobilisation dans le temps. Elle est comptabilisée parmi les charges, chaque année, pendant une durée d'amortissement fixée lors de l'inscription au bilan de l'immobilisation.

Taux de vétusté des investissements : montant des amortissements, ou perte de valeur comptable des immobilisations au fil du temps, rapporté à la valeur brute des immobilisations. Cet indicateur n'est pas calculable dans le secteur

privé car les données sur les amortissements ou immobilisations sont insuffisamment renseignées.

Encours de la dette : montant total des emprunts contractés.

Capitaux permanents : ils incluent les capitaux propres (hors résultat de l'exercice comptable), les provisions pour risques et charges et l'encours de la dette.

Taux d'endettement (secteur privé uniquement) : encours de la dette rapporté à la somme des capitaux permanents et du résultat net.

Ratio d'indépendance financière : encours de la dette rapporté aux capitaux permanents. Le terme « d'indépendance » financière, bien que contre-intuitif, est fixé réglementairement (article D. 6145-70 du Code de la santé publique). Un ratio d'indépendance financière élevé est signe d'un poids important de la dette dans les capitaux permanents.

Durée apparente de la dette : encours de la dette rapporté à la capacité d'autofinancement. Il correspond donc au nombre d'années nécessaire à l'établissement pour rembourser sa dette s'il y consacrait l'intégralité de sa capacité d'autofinancement.

Annexe 2

Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé

Les établissements de santé constituent un ensemble de structures qui se différencient par leurs statuts juridiques, leurs activités et leurs modes de financement. Ils relèvent à tout le moins d'une autorisation de soins délivrée par leur agence régionale de santé (ARS) [encadré 1]. Le cadre juridique et institutionnel a sensiblement évolué avec la promulgation de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (LMSS). Cette annexe présente celui qui prévaut en 2026, tandis que l'année de référence des données fournies dans l'ouvrage est 2024. De petites différences peuvent donc exister entre le cadre législatif et réglementaire exposé dans cette annexe et les données publiées dans les fiches, notamment pour les catégories d'établissements ou de personnels. La présentation traditionnelle – établissements publics, établissements privés à but non lucratif et cliniques privées (établissements privés à but lucratif) – est conservée dans certaines fiches, sans nécessairement distinguer, au sein des établissements de santé privés à but non lucratif, ceux ayant fait le choix du service public hospitalier. Ces derniers sont désormais qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic).

Après être revenu sur le statut et les missions des établissements de santé, cette annexe décrit les statuts diversifiés de leurs personnels, puis la manière dont l'offre sanitaire est organisée et financée.

Le statut des établissements publics de santé

Les établissements publics de santé, aussi dénommés « hôpitaux publics », sont des personnes morales de droit public ayant une autonomie administrative et financière, ils sont soumis au contrôle de l'État. Leur statut est défini par l'article L. 6141-1 du Code de la santé publique (CSP), qui précise que leur objet principal n'est ni industriel ni commercial, qu'ils sont

dotés d'un conseil de surveillance et dirigés par un directeur assisté d'un directoire. Ils sont créés par décret lorsque leur ressort est national, inter-régional ou régional et par arrêté du directeur général de l'ARS dans les autres cas.

Trois grands types d'hôpitaux publics sont à distinguer :

- les centres hospitaliers, qui ont une vocation régionale liée à leur haute spécialisation et qui figurent sur une liste établie par décret, sont dénommés centres hospitaliers régionaux (CHR). Ils assurent également les soins courants à la population proche (article L. 6141-2 du CSP) ;

- lorsque les CHR ont passé une convention avec une université comportant une ou plusieurs unités de formation et de recherche (UFR) médicales, pharmaceutiques ou odontologiques, ils sont dénommés centres hospitaliers universitaires (CHU). Aujourd'hui, 31 des 32 CHR sont des CHU. Ce sont des centres de soins où sont organisés, dans le respect des malades, les enseignements publics médical, pharmaceutique et post-universitaire. Les CHU participent également à la recherche médicale et pharmaceutique et aux enseignements paramédicaux, sans porter préjudice aux attributions des autres établissements de recherche et d'enseignement (article L. 6142-1 du CSP) ;

- les autres hôpitaux qui n'ont pas le statut de CHR (ni donc de CHU) sont dénommés simplement centres hospitaliers (CH).

Les établissements publics de santé peuvent, par ailleurs, créer une ou plusieurs fondations hospitalières dotées de la personnalité morale, pour la réalisation d'une ou plusieurs œuvres ou activités d'intérêt général et à but non lucratif, afin de concourir à certaines activités de recherche (article L. 6141-7-3 du CSP). Ces fondations disposent de l'autonomie financière et sont soumises aux mêmes règles que les fondations d'utilité publique.

Le statut des établissements privés de santé

Les établissements privés de santé sont des personnes morales de droit privé. Ils sont soit à but lucratif, soit à but non lucratif. Dans ce dernier cas, ils sont généralement issus de mouvements religieux, caritatifs ou mutualistes. Pour les cliniques privées, plusieurs personnes morales peuvent coexister : l'une possédant le patrimoine immobilier, l'autre assurant l'activité d'hospitalisation, d'autres encore organisant ou possédant des éléments du plateau technique (appareillages de chirurgie, etc.).

Les établissements privés à but non lucratif peuvent être qualifiés d'Espic dès lors qu'ils assurent le service public hospitalier (article L. 6161-5 du CSP). C'est notamment le cas de tous les centres de lutte contre le cancer (CLCC) définis à l'article L. 6162-1 du CSP.

Les missions des établissements de santé

Les missions générales liées à l'hospitalisation et aux soins

Les établissements hospitaliers sont dénommés établissements de santé par l'article L. 6111-1 du CSP, qui définit leurs missions générales. Quel que soit leur statut, ils « assurent dans les conditions prévues au présent code, en tenant compte de la singularité et des aspects psychologiques des personnes, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes, et mènent des actions de prévention et d'éducation à la santé. Ils délivrent les soins, le cas échéant palliatifs, avec ou sans hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile, le domicile pouvant s'entendre comme le lieu de résidence ou bien l'établissement avec hébergement relevant du Code de l'action sociale et des familles (CASF). Ils participent à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux, dans le cadre défini par l'ARS, en concertation avec les conseils départementaux pour les compétences qui les concernent. Ils participent à la mise en

œuvre de la politique de santé et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire. Ils mènent, en leur sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale ». Les établissements de santé peuvent développer des alternatives à l'hospitalisation, pour éviter une hospitalisation à temps complet ou en diminuer la durée. Les prestations ainsi dispensées, décrites à l'article R. 6121-4, se distinguent de celles délivrées lors de consultations ou de visites à domicile. Elles comprennent les activités de soins dispensées par :

- les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit, y compris en psychiatrie, pour « des investigations à visée diagnostique, des actes thérapeutiques, des traitements médicaux séquentiels et des traitements de réadaptation fonctionnelle, ou une surveillance médicale » ;
- les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires, pour « des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire ».

Les établissements de santé peuvent également développer une activité d'hospitalisation à domicile (HAD), visant à assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés (article R. 6121-4-1). Ils se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes. Par ailleurs, dans le cadre du projet régional de santé (PRS), les établissements « mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la mise en œuvre de leurs droits » (article L. 6111-1-1 du CSP). Les établissements sont « responsables collectivement de la permanence des soins en établissement dans le cadre de la mise en œuvre du schéma régional de santé et de l'organisation territoriale de la permanence des soins » (article L. 6111-1-3).

L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Les établissements de santé publics et privés élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, et une gestion des risques visant à prévenir et à traiter les événements indésirables liés à leurs activités. Dans ce cadre, ils organisent la lutte contre les événements indésirables, les infections associées aux soins et l'iatrogénie (c'est-à-dire toutes les conséquences néfastes pour la santé résultant de l'intervention médicale), ils définissent une politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles, et ils mettent en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux (article L. 6111-2), de l'imagerie, etc.

Par ailleurs, la Haute Autorité de santé (HAS) conduit une démarche de certification qui concerne tous les établissements de santé, publics ou privés, quelles que soient leur taille et leur activité. Dispositif d'évaluation externe, indépendant et obligatoire, cette démarche de certification a lieu tous les quatre à six ans, avec pour objectif de porter une appréciation sur le niveau de qualité des prestations et soins délivrés aux patients et sur la dynamique d'amélioration mise en œuvre par les établissements. Enfin, depuis 2006, la HAS propose aux médecins de s'engager de façon volontaire dans une démarche de gestion des risques : l'accréditation. Elle vise à améliorer la qualité des pratiques professionnelles et la sécurité du patient. La démarche d'accréditation peut s'envisager individuellement ou en équipe.

Les autres missions générales

Aux activités générales d'hospitalisation des patients confiées à tous les établissements de santé s'ajoutent d'autres missions également définies au dernier alinéa de l'article L. 6111-1 du CSP. D'après cet article, les établissements peuvent participer à la formation, à l'enseignement universitaire et post-universitaire, à la recherche et à l'innovation en santé. Ils peuvent également participer au développement professionnel continu des professionnels de santé et du personnel paramédical.

Enfin, les établissements de santé peuvent aussi créer et gérer des services et des établissements sociaux et médico-sociaux, comme des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ainsi que des centres de santé (article L. 6111-3 du CSP).

Le service public hospitalier, une mission spécifique

Ces missions peuvent être réalisées, sans que cela constitue une obligation, dans le cadre du service public hospitalier défini à l'article L. 6112-1 du CSP. Dans cette situation, les établissements publics de santé et les hôpitaux des armées, par obligation légale, ainsi que les établissements qui en ont fait le choix et ont été habilités à cette fin par le directeur général de l'ARS, sont tenus de respecter trois types d'obligations (article L. 6112-2 du CSP) :

- des garanties accordées aux patients pour faciliter l'accès aux soins, dont notamment l'absence de dépassement d'honoraires (hors prise en charge à la demande expresse du patient, et après approbation par celui-ci d'un devis comprenant les honoraires et les dépassements éventuels, dans le cadre de l'activité libérale intrahospitalière des praticiens statutaires exerçant à temps plein) ;
- des obligations dans le fonctionnement de l'établissement, afin d'en rendre la gestion plus transparente (transmission des comptes) et de prendre en compte la parole des usagers (participation des usagers à la gouvernance de l'établissement) ;
- des garanties contribuant à la qualité et à l'accessibilité des soins au niveau des territoires.

Les groupements de coopération sanitaire

Le groupement de coopération sanitaire (GCS), créé par les ordonnances de 1996, a connu de nombreuses évolutions juridiques, jusqu'à devenir l'un des outils de coopération privilégiés des établissements de santé. Il sert de cadre, non seulement à des coopérations entre les secteurs public et privé, mais également entre la médecine de ville et l'hôpital. Doté de la

personnalité morale publique ou privée, le GCS a pour particularité de devoir inclure au minimum un établissement de santé, quelle que soit sa nature juridique, et d'être ouvert à tout acteur concourant à la réalisation de son objet. Le GCS permet de mutualiser des moyens de toute nature : moyens humains en vue de constituer des équipes communes de professionnels médicaux ou non médicaux, équipements, moyens immobiliers, systèmes d'information, etc. Les GCS concernent potentiellement tous les secteurs : activités support (informatique, logistique, fonctions administratives ou immobilières), activités médico-techniques (pharmacie à usage intérieur, laboratoire, imagerie, blocs opératoires), activités de soins (interventions médicales croisées, permanence des soins) ou encore de recherche et d'enseignement. Ces coopérations poursuivent des objectifs variés et complémentaires : recherche de qualité, acquisition d'équipements innovants ou encore performance interne.

La mise en commun de moyens peut également être au service de l'exploitation d'autorisations d'activités de soins ou d'équipements matériels lourds (EML), par le GCS lui-même (article L. 6133-1 du CSP) sur un site unique et pour le compte de ses membres, qui restent titulaires des autorisations. Ces GCS de moyens dits « exploitants » peuvent même opter pour une facturation directe sur autorisation du directeur général de l'ARS. Ce dispositif issu de l'ordonnance n° 2017-28 du 12 janvier 2017 a vocation à proposer un cadre adapté aux projets les plus intégrés. Les GCS peuvent détenir en propre certaines activités de soins sans être érigés en établissements de santé (article R. 6133-21-1 du CSP). Les GCS peuvent également être constitués en établissements de santé (GCS-ES). Ceux-ci restent en nombre très limité, compte tenu du degré d'intégration requis.

La vocation mixte des GCS (associant secteurs public et privé) apparaît complémentaire à la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT), qui constituent l'instrument privilégié des partenariats au sein du secteur public.

Les groupements hospitaliers de territoire

Le groupement hospitalier de territoire (GHT), créé en 2016 et dont le dispositif légal et réglementaire a été complété par l'ordonnance n° 2021-291 du 17 mars 2021 et le décret n° 2021-675 du 27 mai 2021, constitue un nouveau mode de coopération entre les établissements publics de santé à l'échelle d'un territoire. En 2026, 136 GHT sont recensés. L'objectif est de garantir à tous les patients un meilleur accès aux soins en accentuant la coopération entre hôpitaux publics autour d'un projet médical partagé. En renforçant l'inscription des hôpitaux publics dans une vision partagée de l'offre de soins, le GHT vise à mieux organiser les prises en charge au niveau du territoire, et à présenter un projet médical répondant au mieux aux besoins de la population, définissant l'organisation des activités entre chaque établissement selon des filières de prise en charge. L'établissement support du groupement est compétent pour assurer la gestion des systèmes d'information, des achats, du département de l'information médicale (DIM), la coordination des écoles et instituts de formation paramédicale, et la coordination des plans de formation et développement professionnel continu, ainsi que la définition d'orientations stratégiques communes pour la gestion du personnel médical, pour le compte des autres établissements du GHT.

Les statuts diversifiés des personnels travaillant dans les établissements de santé

Le personnel des disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques

Les personnels intervenant dans les établissements publics sont en grande majorité salariés (*tableau 1*).

Les personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires exercent une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche. Ils sont régis par le décret n° 2021-1645 du 13 décembre 2021 relatif au personnel enseignant et hospitalier des centres hospitaliers et universitaires¹ et comprennent :

1. Ce décret statutaire abroge les décrets n° 84-135 du 24 février 1984 et n° 90-92 du 24 janvier 1990.

– des personnels titulaires relevant, au titre de leurs fonctions universitaires, de la fonction publique d'État – professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) et maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers (MCU-PH) –, qui sont des fonctionnaires en leur qualité de personnels enseignants titulaires des universités ;

– des praticiens hospitaliers universitaires (PHU), qui exercent leurs fonctions à titre temporaire ;

– des personnels non titulaires – chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux (CCU-AH) et assistants hospitaliers universitaires (AHU).

Les praticiens hospitaliers (PH) ne relèvent pas de la fonction publique hospitalière (FPH), leurs statuts spécifiques sont régis par le Code de la santé publique (CSP). Le décret n° 2021-134 du 5 février 2022 a fusionné les statuts de PH à temps plein et à temps partiel en un statut unique de PH, avec une quotité de temps variable (entre 50 % et 100 %). L'exercice des praticiens contractuels, des assistants des hôpitaux, des praticiens attachés et des cliniciens est aussi régi par les dispositions statutaires prévues par le CSP. Ces médecins interviennent dans l'ensemble des centres hospitaliers. Jusqu'au 31 décembre 2022, les établissements publics de santé pouvaient également recruter,

Tableau 1 Statuts et lieux d'exercice des médecins : tableau théorique

■ Peu fréquent ■ Situation majoritaire ■ Situation impossible

Statuts		Lieux d'exercice et types d'établissements		
		Établissements publics	Établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic), dont CLCC	Autres établissements privés
Salarié	Fonctionnaire (PU-PH et MCU-PH), personnel temporaire (PHU), personnel non titulaire (CCU-AH et AHU)	Article L. 952-21 du Code de l'éducation. Article 1 ^{er} du décret n° 2021-1645 du 13 décembre 2021 relatif au personnel enseignant et hospitalier des centres hospitaliers et universitaires	Affectation dans le cadre d'une convention d'association (article L. 6142-5 du Code de la santé publique)	Affectation dans le cadre d'une convention d'association (article L. 6142-5 du Code de la santé publique)
	Praticien hospitalier, nouveau statut de praticien contractuel	Articles R. 6152-1 et suivants, R. 6152-334 et suivants du Code de la santé publique	Détachement de PH (article R. 6152-51 du Code de la santé publique)	Détachement de PH (article R. 6152-51 du Code de la santé publique)
	Assistant des hôpitaux	Articles R. 6152-501 et suivants du Code de la santé publique		
	Praticien associé et praticien associé contractuel temporaire	Articles R. 6152-901 et R. 6152-934 à R. 6152-963 du Code de la santé publique	Possibilité de mise à disposition d'un praticien associé	
Salarié de droit privé				
Profession libérale		Possible (article L. 6146-2 du Code de la santé publique)	Article L. 6161-9 du Code de la santé publique et articles L. 162-22-6 b et c du Code de la Sécurité sociale	Article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale
En formation (interne)		Article R. 6153-8 du Code de la santé publique	Article R. 6153-9 du Code de la santé publique	Article R. 6153-9 du Code de la santé publique

CLCC : centre de lutte contre le cancer ; PU-PH : professeur des universités-praticien hospitalier ; MCU-PH : maître de conférences des universités-praticien hospitalier ; PHU : praticien hospitalier universitaire ; CCU-AH : chef de clinique des universités-assistant des hôpitaux ; AHU : assistant hospitalier universitaire ; PH : praticien hospitalier.

sous certaines conditions, du personnel médical associé, c'est-à-dire n'ayant pas le plein exercice et non inscrit à l'ordre. Il s'agissait notamment des praticiens attachés associés et des assistants associés dont les statuts ont été mis en extinction. Les praticiens à diplôme hors Union européenne (Padhue) relèvent désormais du statut de praticien associé (décret n° 2021-365 du 29 mars 2021) pour la réalisation d'un parcours de consolidation des compétences à l'issue de leur réussite aux épreuves de vérification des connaissances (EVC). L'introduction, par la loi du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels, d'une autorisation temporaire d'exercice d'une durée de treize mois maximum, renouvelable une fois, permet aux Padhue et non lauréats des EVC d'exercer temporairement en établissement de santé. Le statut de praticien associé contractuel temporaire (PACT) a été créé fin 2024 pour permettre le recrutement de ces professionnels.

Depuis la mise en œuvre de la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) de 2009, les conditions d'exercice des praticiens libéraux au sein des établissements publics ont aussi été élargies. Ils sont désormais autorisés, dans l'ensemble des établissements publics, à participer à l'exercice des missions de service public ainsi qu'aux activités de soins (article L. 6146-2).

Depuis la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, les médecins, sages-femmes et odontologistes peuvent aussi être admis à exercer à titre bénévole (les dispositions réglementaires sont en cours de publication). Le directeur d'un établissement public de santé peut en décider sur proposition du chef de pôle et après avis du président de la commission médicale d'établissement.

Des auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral peuvent également participer aux activités de l'établissement lorsque les soins sont délivrés au domicile des patients usagers de l'établissement public concerné. Les honoraires de ces professionnels de santé se fondent sur les seuls tarifs opposables de l'Assurance maladie, c'est-à-dire sans dépassement. Ils sont à la charge

de l'établissement public de santé, qui peut recourir à des conditions de rémunération particulières, autres que le paiement à l'acte, pour les auxiliaires médicaux libéraux intervenant en hospitalisation à domicile (HAD). Dans les cliniques privées, les médecins exercent majoritairement en tant que libéraux et perçoivent donc directement la rémunération correspondant aux actes médicaux qu'ils réalisent.

Quant aux Espic, dont les centres de lutte contre le cancer (CLCC), ils accueillent majoritairement des salariés de droit privé. Depuis l'entrée en vigueur de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (LMSS), ils peuvent accueillir des praticiens, notamment des médecins en contrat à durée déterminée (CDD), en dérogation au Code du travail (quant à la durée et à l'objet des CDD), pour renforcer leur organisation et offrir aux patients un meilleur accès aux soins. Des professionnels libéraux peuvent également y intervenir. Par ailleurs, un praticien hospitalier peut être détaché, en qualité de salarié, dans les cliniques privées chargées d'une ou plusieurs des missions de service public hospitalier mentionnées aux articles L. 6111-1 et L. 6112-1, dès lors qu'il exerce ses fonctions dans le cadre d'une ou plusieurs de ces missions, ou auprès de certains établissements médico-sociaux accueillant notamment des personnes âgées dépendantes (article R. 6152-51).

Un établissement de santé public peut recruter un assistant des hôpitaux et, par voie de convention de coopération, le mettre à disposition d'un Espic durant une partie de son temps de travail (articles R. 6152-501 et R. 6152-502). Le personnel hospitalo-universitaire, quant à lui, peut être affecté dans un établissement privé associé à son CHU de rattachement, dans le cadre d'une convention d'association.

L'exercice en qualité de praticien non titulaire a connu une réforme importante en février 2022. En effet, l'entrée en vigueur du décret n° 2022-135 du 5 février 2022 relatif aux nouvelles règles applicables aux praticiens contractuels se traduit par l'extinction des trois anciens statuts de praticien contractuel, praticien attaché et clinicien à la date

du 7 février 2022. Tout nouveau recrutement intervient désormais sous une unique forme de contrat de praticien contractuel, qui se substitue aux trois précédents, selon les nouvelles règles prévues aux articles R. 6152-334 et suivants du CSP. L'enjeu de cette réforme est à la fois de simplifier le cadre de la gestion des ressources humaines médicales et de préciser les motifs et conditions de recours à l'emploi médical contractuel, complémentaire à l'exercice principal sous statut de praticien hospitalier. Toutefois, les praticiens relevant des trois anciens statuts et sous contrat à la date du 7 février 2022 restent régis par les dispositions de leur statut et de leur contrat jusqu'au terme de celui-ci. Aucun renouvellement ni aucun avenant ne peuvent être conclus pour les contrats en cours, exception faite des praticiens attachés en contrat triennal qui, à la date du 7 février 2022, bénéficient d'un droit à renouvellement par contrat de praticien attaché à durée indéterminée. Ces derniers conservent ce droit, et pourront donc bénéficier d'une poursuite de leur contrat triennal, à la date d'échéance de celui-ci, par un contrat à durée indéterminée (CDI) sous le statut de praticien attaché.

Enfin, les établissements publics et les Espic accueillent des médecins en cours de formation (étudiants de 2^e cycle, internes et docteurs juniors pour le 3^e cycle des études médicales), à condition toutefois d'être agréés pour les accueillir. Depuis la loi HPST de 2009, les autres établissements privés ont également la possibilité d'accueillir des internes.

Le personnel non médical

Le personnel non médical des établissements publics de santé relève de la fonction publique hospitalière (FPH), régie par le Code général de la fonction publique (CGFP). Environ 80 % du personnel non médical est fonctionnaire, mais les établissements peuvent également avoir recours à des agents contractuels, à durée déterminée ou indéterminée, lorsque la nature des fonctions ou les besoins du service le justifient, notamment pour assurer des fonctions pour lesquelles il n'existe pas de corps correspondants, pour des remplacements temporaires ou pour faire face à des hausses momentanées d'activité.

Les établissements peuvent également avoir recours à l'intérim pour assurer la continuité de service. Ressort également de la FPH, et donc du CGFP, le personnel des établissements publics sociaux et médico-sociaux relevant du CASF : hébergement de personnes âgées ou handicapées, aide sociale à l'enfance, centres d'hébergement et de réadaptation sociale.

Le personnel non médical des établissements de santé privés est, quant à lui, soumis aux dispositions du Code du travail, avec des conventions collectives distinctes selon le statut des établissements (privé à but lucratif ou non) et des clauses particulières selon le contrat de travail.

L'organisation de l'offre sanitaire

Les missions des agences régionales de santé

Les agences régionales de santé (ARS) pilotent le système de santé en régions. Ce sont des établissements publics de l'État à caractère administratif, autonomes moralement et financièrement, placés sous la tutelle des ministères chargés des affaires sociales et de la santé. Elles sont dotées d'un conseil de surveillance et sont dirigées par un directeur général (article L. 1432-1 du CSP).

Leurs missions s'organisent en deux grandes catégories définies à l'article L. 1431-2 du CSP. Elles sont d'abord chargées de mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé, en liaison avec les autorités compétentes dans les domaines de la santé au travail, de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle et infantile. Dans ce cadre :

- a) elles organisent l'observation de la santé dans la région, en s'appuyant, en tant que de besoin, sur les observatoires régionaux de la santé (ORS). Elles organisent également la veille sanitaire, en particulier le recueil, la transmission et le traitement des signalements d'événements sanitaires ;
- b) elles contribuent à l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des situations de crise sanitaire, dans le respect des attributions du représentant de l'État territorialement compétent et, le cas échéant, en relation avec le ministre des Armées ;

c) elles établissent un programme annuel de contrôle du respect des règles d'hygiène, en fonction des orientations et des priorités définies par le représentant de l'État territorialement compétent, réalisent ou font réaliser les prélèvements, analyses et vérifications prévus dans ce programme, et procèdent aux inspections nécessaires ;

d) elles définissent et financent des actions visant à promouvoir la santé, à informer et à éduquer la population à la santé, à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie, et veillent à leur évaluation.

Les ARS ont également pour mission de réguler, d'orienter et d'organiser l'offre de services de santé, notamment en concertation avec les professionnels de santé et les acteurs de la promotion de la santé. L'objectif est de faire évoluer cette offre, pour qu'elle réponde aux besoins en matière de prévention, de promotion de la santé, de soins et de services médico-sociaux, aux besoins spécifiques des Armées et qu'elle garantisse l'efficacité du système de santé.

a) Elles contribuent à évaluer et à promouvoir les formations de différents acteurs de santé : les professionnels de santé, les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé, les personnels qui apportent une assistance dans les actes quotidiens de la vie, au domicile des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées ou dans certains établissements de formation ou médico-sociaux mentionnés aux 1^o et 3^o de l'article L. 314-3-1 du CASF, les aidants et les accueillants familiaux (articles L. 441-1 et L. 444-1 du CASF). Elles contribuent également à évaluer et à promouvoir les actions d'accompagnement des proches aidants, les actions de formation et de soutien des bénévoles qui favorisent le lien social des personnes âgées ou en situation de handicap et les actions de modernisation de l'aide à domicile.

b) Elles autorisent la création et les activités des établissements de santé (*encadré 1*)

et des installations de chirurgie esthétique (définies aux articles L. 6322-1 à L. 6322-3) ainsi que des établissements et services médico-sociaux mentionnés au b) de l'article L. 313-3 du CASF. Elles contrôlent leur fonctionnement et leur allouent les ressources qui relèvent de leur compétence. Elles attribuent également les financements aux porteurs de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (article L. 113-3 du CASF) ainsi qu'aux groupes d'entraide mutuelle (articles L. 114-1-1 et L. 144-3 du CASF) et s'assurent du respect des cahiers des charges décrits respectivement à l'article L. 113-3 et au I de l'article L. 14-10-5 du même code.

c) Elles veillent à ce que la répartition territoriale de l'offre de prévention, de promotion de la santé, de soins et médico-sociale permette de satisfaire les besoins de santé de la population. Elles contribuent à la constitution de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) mentionnées à l'article L. 1434-12 et assurent la mise en place du projet territorial de santé mentale mentionné à l'article L. 3221-2.

d) Elles contribuent à mettre en œuvre un service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé.

e) Elles veillent à la qualité des interventions en matière de prévention et de promotion de la santé, à la qualité, à la sécurité et au contrôle des actes médicaux, de la dispensation et de l'utilisation des produits de santé ainsi que des prises en charge et accompagnements médico-sociaux, et elles procèdent à des contrôles à cette fin. Elles contribuent, avec les services de l'État compétents et les collectivités territoriales concernées, à la lutte contre la maltraitance au sens de l'article L. 119-1 du CASF² et au développement de la bientraitance dans les établissements et services de santé et médico-sociaux.

2. Cet article fait référence à une atteinte au développement, aux droits, aux besoins fondamentaux ou à la santé d'une personne en situation de vulnérabilité dans le contexte d'une relation de confiance, de dépendance, de soins ou d'accompagnement.

Encadré 1 Les activités de soins et les équipements matériels lourds soumis à autorisation

En 2024, à la suite de la réforme du droit des autorisations d'activité de soins entrée en vigueur le 1^{er} juin 2023, les activités de soins soumises à autorisation sont les suivantes :

1. médecine ;
2. chirurgie ;
3. gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale ;
4. psychiatrie ;
5. soins médicaux et de réadaptation ;
6. activité de médecine nucléaire ;
7. soins de longue durée ;
8. greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques, à l'exception des greffes exceptionnelles soumises au régime d'autorisation complémentaire prévu à l'article L. 162-30-5 du Code de la Sécurité sociale ;
9. traitement des grands brûlés ;
10. chirurgie cardiaque ;
11. activités interventionnelles sous imagerie médicale, en cardiologie ;
12. neurochirurgie ;
13. activités interventionnelles sous imagerie médicale en neuroradiologie ;
14. médecine d'urgence ;
15. soins critiques ;
16. traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale ;
17. activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités de diagnostic prénatal ;
18. traitement du cancer ;
19. examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales ;
20. hospitalisation à domicile ;
21. activité de radiologie interventionnelle.

Pour indiquer les services offerts par les établissements de santé, le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess) les identifie à l'aide d'un quintuplet composé des éléments suivants : activité/modalité/mention/pratique thérapeutique spécifique/déclaration. Par exemple, un établissement peut être autorisé pour une activité de traitement du cancer (activité), pour la chirurgie oncologique (modalité), plus spécifiquement la chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe (mention) pour l'œsophage ou la jonction gastro-œsophagienne (pratique thérapeutique spécifique). Cette autorisation peut relever d'une demande exceptionnelle dérogatoire pour exception géographique (déclaration).

Par ailleurs, en 2024, les équipements matériels lourds soumis à autorisation sont les suivants (article R. 6122-26) :

- > appareil d'imagerie par résonance magnétique nucléaire à utilisation médicale ;
- > scanographe à utilisation médicale ;
- > caisson hyperbare ;
- > cyclotron à utilisation médicale.

f) Elles veillent à assurer l'accès à la prévention, à la promotion de la santé, aux soins de santé et aux services psychosociaux des personnes en situation de précarité ou d'exclusion.

g) Elles définissent et mettent en œuvre, avec les organismes d'assurance maladie et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), les actions régionales déclinant le plan national de gestion du risque et d'efficacité du système de soins ou le complétant. Ces actions portent sur le contrôle et l'amélioration des modalités de recours aux soins et des pratiques des professionnels de santé, en médecine ambulatoire et dans les établissements et services de santé et médico-sociaux. À ce titre, elles publient un bilan annuel, quantitatif et qualitatif, des séjours et de l'activité des établissements de santé, portant notamment sur les actes et les interventions chirurgicales. La personne publique désignée par l'État (article L. 6113-8) en publie, chaque année, une analyse nationale et comparative par région.

h) Elles encouragent et favorisent, au sein des établissements, l'élaboration et la mise en œuvre d'un volet culturel, en relation avec les autorités compétentes de l'État et les collectivités territoriales qui le souhaitent.

i) Elles évaluent et identifient les besoins sanitaires des personnes en détention. Elles définissent et régulent l'offre de soins en milieu pénitentiaire.

j) Elles sont chargées d'organiser les dispositifs d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes (articles L. 6327-1 et L. 6327-2).

k) Elles favorisent des actions tendant à rendre les publics cibles acteurs de leur propre santé. Elles visent, dans une démarche de responsabilisation, à permettre l'appropriation des outils de prévention et d'éducation à la santé.

l) Elles participent, en lien avec les universités et les collectivités territoriales concernées, à l'analyse des besoins et de l'offre en matière de formation pour les professionnels des secteurs sanitaire et médico-social. Elles se prononcent sur la détermination par les universités des objectifs pluriannuels

d'admission en 1^{re} année du 2^e cycle des études de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique.

m) Elles s'associent avec l'ensemble des acteurs de santé, les universités, les établissements publics à caractère scientifique et technologique ou tout autre organisme de recherche pour participer à l'organisation territoriale de la recherche en santé.

n) Enfin, dans le respect des engagements internationaux de la France et en accord avec les autorités compétentes de l'État, elles sont autorisées à développer des actions de coopération internationale en vue de promouvoir les échanges de bonnes pratiques avec leurs partenaires étrangers.

Le projet régional de santé centré sur les évolutions à apporter au système de santé pour répondre aux besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux régionaux

Le projet régional de santé (PRS) définit, en cohérence avec la stratégie nationale de santé (SNS) et dans le respect des lois de financement de la Sécurité sociale, les objectifs pluriannuels de l'ARS dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre (articles L. 1434-1 à L. 1434-7 du CSP). Le PRS est constitué de trois documents :

a) un cadre d'orientation stratégique, qui détermine des objectifs généraux et les résultats attendus à dix ans ;

b) un schéma régional de santé (SRS), établi pour cinq ans sur la base d'une évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux, et qui détermine des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels, pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y compris en matière de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social. Ces objectifs portent notamment sur la réduction des inégalités sociales et territoriales en matière de santé, sur l'amélioration de l'accès des personnes les plus démunies à la prévention et aux soins, sur le renforcement de la coordination, de la qualité, de la sécurité, de la continuité et de la pertinence des prises

en charge sanitaires et médico-sociales ainsi que sur l'organisation des parcours de santé, notamment pour les personnes atteintes de maladies chroniques et pour les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie. Ils visent également à organiser la préparation du système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles dans le cadre du dispositif d'organisation de la réponse du système de santé en cas de situation sanitaire exceptionnelle (Orsan), mentionné à l'article L. 3131-11. Ils peuvent être mis en œuvre par les contrats territoriaux de santé (article L. 434-12), par les contrats territoriaux de santé mentale (article L. 3221-2) ou par les contrats locaux de santé (article L. 1434-10) ;

c) un programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS).

Dans les territoires frontaliers ainsi que dans les départements et les régions d'outre-mer (DROM), le PRS organise, lorsqu'un accord-cadre international le permet, la coopération sanitaire et médico-sociale avec les autorités du pays voisin. Le SRS a pour objectif de structurer les évolutions à apporter aux organisations des acteurs du système de santé dans une logique de transversalité et de complémentarité au service des parcours de santé :

- il indique les besoins en implantations pour l'exercice des soins de premier et de second recours (articles L. 1411-11 et L. 1411-12), dans le respect de la liberté d'installation, les dispositions qu'il comporte à cet égard n'étant pas opposables aux professionnels de santé libéraux³ ;
- il fixe les objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre de soins, précisés par activité de soins et par équipement de matériel lourd (EML), les créations et suppressions d'activités de soins et d'EML, et enfin les transformations, les regroupements et les coopérations entre les établissements de santé ;
- il fixe les objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre des établissements et services médico-sociaux, sur la base d'une évaluation des besoins ;

– il définit l'offre d'examen de biologie médicale, en fonction des besoins de la population. Les objectifs quantitatifs de l'offre de soins sont définis sur la base des zones du SRS donnant lieu à la répartition des activités de soins et d'EML soumis à autorisation. Pour l'offre de biologie médicale, la répartition se fait sur la base des zones du schéma définies pour l'application aux laboratoires de biologie médicale des règles de territorialité. Ces deux zonages ne doivent pas être confondus avec les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou particulièrement élevée, mentionnées à l'article L. 1434-4 du CSP, qui concernent les professionnels de santé de ville.

Le PRS est soumis à concertation et consultation auprès notamment des instances de démocratie sanitaire. En effet, cette démocratie sanitaire vise à associer l'ensemble des représentants des acteurs de la santé, des représentants de l'État, des élus et des usagers au sein d'instances, pour élaborer et mettre en œuvre les politiques de santé. L'objectif de ces instances est de favoriser la concertation et le débat public, d'améliorer l'implication de tous et de promouvoir le respect des droits individuels et collectifs des usagers. Ces instances sont présentes à deux échelles :

- à l'échelle régionale, via la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) [article L. 1432-4 du CSP] ;
- à l'échelle territoriale, via les conseils territoriaux de santé (CTS) [articles L. 1434-10 et L. 1434-11 du CSP], installés par les ARS sur les territoires de démocratie sanitaire (TDS) qu'elles ont arrêtés à l'échelle infrarégionale.

Le financement

Les modalités historiques de financement des établissements de santé

Depuis la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2004, les modes de financement des établissements de santé sont déterminés par les disciplines exercées et par leur statut juridique.

3. Les ARS ne peuvent pas contraindre les médecins à l'installation, mais elles disposent de leviers financiers pour les y inciter.

S'agissant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), le modèle de financement est principalement fondé sur une tarification à l'activité (T2A). Celle-ci a été introduite en 2004 dans les établissements publics et privés à but non lucratif financés antérieurement par dotation globale (dits « établissements ex-DG ») et en 2005 dans les établissements privés (à but lucratif ou non) jusqu'alors rémunérés par des prix de journée et des forfaits techniques (dits « établissements antérieurements sous objectif quantifié national » ou « ex-OQN »). La T2A rémunère l'activité de soins produite dans ces disciplines, quels que soient le type de séjour (hospitalisation complète, partielle, à domicile) et le statut de l'établissement, à l'exception des centres hospitaliers de Mayotte et de Saint-Pierre-et-Miquelon.

Si la T2A s'applique aussi bien aux établissements ex-DG qu'aux établissements privés ex-OQN et se trouve régulée avec des objectifs communs aux deux secteurs d'établissements, des tarifs différents sont néanmoins appliqués à chaque secteur, car ils ont des périmètres comptables distincts. En effet, les tarifs des établissements ex-OQN n'incluent pas les honoraires perçus par les médecins, comptabilisés par ailleurs dans les dépenses de soins de ville de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) et non dans les dépenses hospitalières. Ces tarifs sont toutefois calculés selon une méthodologie commune. Le périmètre de la T2A a été élargi au service de santé des armées (SSA) depuis le 1^{er} janvier 2009 et aux établissements de Guyane depuis le 1^{er} janvier 2010, avec une mise en œuvre progressive prenant fin en 2018.

Les activités de soins médicaux et de réadaptation (SMR), de psychiatrie, ainsi que les unités de soins de longue durée (USLD), quant à elles, sont historiquement financées *via* une dotation annuelle de financement (DAF) pour les établissements publics ou privés à but non lucratif, ou *via* des prix de journée pour les établissements privés à but lucratif (ainsi que pour les établissements privés à but non lucratif ayant opté pour ce mode de tarification).

Une évolution progressive des modalités de financement des établissements de santé portée par la stratégie de transformation du système de santé

Les modalités de financement des établissements de santé ont fait l'objet de plusieurs évolutions ces dernières années, et continuent d'évoluer. Les réflexions sur la réforme du financement des établissements de santé engagés dans le cadre du plan « Ma Santé 2022 » ont permis d'établir une feuille de route prévoyant la refonte ou l'amélioration des modes de financement de la quasi-totalité des champs d'activité à horizon cinq ans. Avec la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19, un dispositif temporaire de garantie de financement (GF), puis de sécurisation modulée à l'activité (SMA) permettant d'accompagner la reprise de l'activité hospitalière, a également été mis en place (*encadré 2*). Si la crise sanitaire a ainsi décalé l'application de certaines réformes, les objectifs poursuivis ont été réaffirmés dans le cadre du Ségur de la santé en juillet 2020 et une refonte globale des modèles de financement des établissements de santé a été mise en œuvre à partir de 2025, afin d'évoluer vers la cible de 50 % des ressources des établissements établies hors T2A.

Les réformes instaurées combinent :

- une part importante de financements fondés sur des critères populationnels afin de réduire les inégalités de ressources entre territoires et d'améliorer l'adéquation entre offre et besoins de santé. Depuis 2022, c'est le cas pour les activités de psychiatrie, d'urgences et, depuis 2023, pour les activités de soins médicaux et de réadaptation (SMR), qui bénéficient d'une dotation populationnelle répartie par région, mais aussi pour les hôpitaux de proximité, au travers d'une garantie de financement tenant compte, notamment, des besoins de santé du territoire ;
- le développement de financements distribués à partir d'indicateurs de qualité dans chacun des champs d'activités *via* l'extension et la refonte du dispositif d'incitation financière à la qualité (Ifaq) ou bien au sein de dispositifs spécifiques à certaines activités comme le

financement des services d'urgences, et la prise en compte de cette dimension dans le financement des hôpitaux de proximité ;

- des modalités de financement à l'activité revues, dans le but de favoriser la pertinence des soins et l'adéquation aux besoins des patients. Ainsi, le financement des établissements de psychiatrie prend en compte la file active des patients suivis, incitant à mettre l'accent sur les prises en charge ambulatoires, tandis que la partie financement à l'activité des urgences prend mieux en compte l'intensité

des prises en charge au travers de forfaits selon l'âge du patient. Depuis 2023, les modalités de financement des SMR permettent également de mieux valoriser les moyens mobilisés pour les prises en charge spécialisées ;

- des financements à l'activité basés sur des classifications revues ou améliorées (par exemple, prise en compte de la lourdeur pour les urgences, classification renouvelée en SMR) ;
- des financements ciblés pour soutenir l'innovation, la recherche, ainsi que les activités dites d'expertise ou de recours.

Encadré 2 Le financement des établissements de santé en 2023 : la sécurisation modulée à l'activité remplace la garantie de financement introduite en 2020

En raison des perturbations occasionnées par la crise sanitaire liée au Covid-19 sur l'activité et les ressources financières des établissements de santé (déprogrammations, recentrage temporaire sur la réanimation), l'ordonnance publiée le 26 mars 2020 crée un dispositif destiné à garantir le financement des établissements de santé provenant de l'Assurance maladie obligatoire pour leur activité de mars à décembre 2020.

Le dispositif vise à sécuriser les recettes perçues à travers la tarification à l'activité ou les prix de journée, en fixant un plancher de recettes fondé sur l'année 2019. À ce titre, les établissements sous dotation (DAF, DFG) ne sont pas concernés par le dispositif, dans la mesure où ils bénéficient, par ailleurs, de dotations garantissant leurs recettes indépendamment de leur éventuelle baisse d'activité. L'arrêté du 6 mai 2020 précise le périmètre d'application et les modalités de calcul et de versement de la garantie.

Les modalités de mise en œuvre diffèrent selon le statut de l'établissement :

- > pour les établissements ex-DG, dont le financement repose sur la valorisation mensuelle, un versement mensuel forfaitaire est réalisé sur la base des recettes de l'année 2019, puis des régularisations sont effectuées au fur et à mesure afin de verser les compléments éventuels de recettes découlant d'une activité supérieure au niveau minimum ;

- > pour les établissements ex-OQN et OQN, dont le financement repose sur la facturation au fur et à mesure, un système d'avances de trésorerie est mis en place sur la base des recettes de l'Assurance maladie 2019 (hors honoraires des praticiens libéraux), en complément de la continuité des facturations, lesquelles sont comparées en fin de période garantie au niveau minimum calculé et font, le cas échéant, l'objet d'une régularisation compensatoire.

Le dispositif de garantie de financement (GF) mis en œuvre en 2020 a été reconduit en 2021 et 2022, afin de poursuivre l'accompagnement des établissements de santé toujours mobilisés dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire liée au Covid-19.

À compter du 1^{er} janvier 2023, un nouveau dispositif de sécurisation des recettes remplace la garantie de financement, la sécurisation modulée à l'activité (SMA). Il s'applique sur le champ du MCO, car dans le cadre de l'application des réformes de financement sur les champs de la psychiatrie et des SMR, ces activités bénéficient de dispositifs *ad hoc* visant à sécuriser de manière transitoire leurs recettes.

Il conjugue une proportion de financement au montant de référence (à hauteur de 70 % en 2023) et un financement à l'activité (30 %), et permet de revenir progressivement aux mécanismes de valorisations de l'activité antérieurs. En 2024, ce dispositif est reconduit avec une répartition 50 % montant de référence et 50 % de financement à l'activité. Il est supprimé à partir de 2025.

Par ailleurs, le Ségur de la santé, intervenu en 2020, est venu massivement revaloriser et consolider les ressources des établissements en sus de ces engagements pluriannuels, avec en particulier la mobilisation de :

- près de 6,9 milliards d’euros destinés aux revalorisations salariales et à la restauration de l’attractivité au bénéfice des professionnels opérant en établissements de santé ;
- près de 19 milliards d’euros destinés à la consolidation financière et à la restauration des capacités des établissements à réaliser les investissements nécessaires sur les dix prochaines années.

Le financement à la qualité

Afin de mieux tenir compte de la qualité des soins délivrés par les établissements de santé, l’article 51 de la LFSS pour 2015 a permis de compléter la T2A d’une dimension consacrée à la qualité et à la sécurité des soins. En 2016, un forfait visant l’Ifaq a ainsi été mis en place. Cette démarche, instaurée à titre expérimental dès 2014, a été généralisée à partir de 2016 à tous les établissements du champ du MCO, ainsi qu’à l’hospitalisation à domicile (HAD), la psychiatrie et les SMR. Ce modèle permet de faire de la qualité de la prise en charge des patients l’un des critères d’allocation de la ressource budgétaire aux établissements de santé.

Le dispositif Ifaq a pris de l’ampleur depuis. S’il faisait l’objet en 2018 d’une enveloppe de 50 millions d’euros, celle-ci a progressivement été portée à 200 millions d’euros en 2019 et 450 millions d’euros en 2021. À compter de 2022, le dispositif s’étend au champ de la psychiatrie et l’enveloppe consacrée à l’Ifaq s’établit à 700 millions d’euros. Ce montant est reconduit en 2023 et en 2024. À compter de 2026, le mécanisme des groupes de comparaison utilisé pour déterminer le montant de la dotation Ifaq est supprimé.

Les évolutions propres au champ du MCO

Les adaptations des modalités de financement sur le champ du MCO visent essentiellement à réduire la part de financement à l’activité des établissements et à mieux répondre aux besoins des patients.

À ce titre, un forfait « activités isolées » (FAI) a été introduit par la LFSS pour 2014. Opérationnel depuis 2015, il permet de contrebalancer les limites de la T2A pour les établissements dont l’activité, bien qu’indispensable, est insuffisante pour en équilibrer le financement. Il repose sur l’instauration de critères objectifs, permettant de qualifier l’isolement de l’établissement, et il est calculé à partir d’un niveau d’activité manquant pour atteindre l’équilibre financier. Il est éventuellement complété d’une part variable, restant à l’appréciation de l’ARS via le Fonds d’intervention régional (FIR), en contrepartie d’engagements de l’établissement, notamment en matière de coopération.

La loi relative à l’organisation et à la transformation du système de santé (OTSS), adoptée en 2019, a redéfini le rôle de l’hôpital de proximité au travers des missions qu’il exerce : premier niveau de la gradation des soins hospitaliers en médecine, il a aussi vocation à constituer une ressource pour les professionnels de ville, afin de proposer le niveau de technicité nécessaire au maintien des patients au plus près de leur domicile. S’ajoute à cela une dotation de responsabilité territoriale, qui vise à sécuriser notamment l’activité de consultation des hôpitaux de proximité, le soutien à l’exercice mixte des médecins libéraux et l’exercice de missions partagées avec les acteurs du territoire.

Le déploiement de la réforme a débuté au second semestre 2021, avec de premières labellisations en région, et s’est poursuivi tout au long de l’année 2022, première année d’application du modèle de financement dérogatoire conçu pour ces établissements. Par ailleurs, depuis le 1^{er} octobre 2019, un forfait « pathologies chroniques » a été instauré concernant la prise en charge par les établissements de santé (MCO) des patients atteints de maladie rénale chronique (MRC) aux stades 4 et 5. L’objectif est de favoriser, par un financement forfaitaire, la mise en place d’une équipe pluriprofessionnelle de suivi autour du patient (en permettant notamment le financement de personnel paramédical ou socio-éducatif) et de développer une prise en charge tout au long de l’année dans une logique de parcours patient. Ces mesures visent à lutter contre la progression de la maladie et à limiter les complications liées à cette pathologie.

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024 (article 49) a prévu une refonte du financement des activités de MCO à compter du 1^{er} janvier 2025. Le nouveau modèle de financement se décline en trois compartiments : la tarification à l'activité (T2A), les dotations relatives à des objectifs territoriaux et nationaux de santé publique (dotations OSP) et les dotations relatives à des missions spécifiques et des aides à la contractualisation (dotations MS). Les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac) sont supprimées et réparties entre ces deux compartiments de dotation. Les modalités d'application ont été précisées par le décret n° 2024-1267 du 31 décembre 2024, entré en vigueur à compter de l'exercice 2025, et complétées par le décret n° 2025-186 du 26 février 2025 fixant la liste des activités susceptibles de donner lieu à l'allocation des dotations OSP et MS. Il est prévu également de réformer le financement des activités de dialyse et de radiothérapie à compter de 2027.

La réforme du financement pour les urgences

Jusqu'au 31 décembre 2020, le financement des services d'urgence (SU) autorisés reposait principalement sur l'activité réalisée : il combinait un financement forfaitaire, le forfait annuel urgences, calibré sur le nombre de passages de l'année précédente, avec un financement à l'activité associant un forfait « accueil et traitement des urgences » (ATU) et une facturation des actes réalisés pour les passages non suivis d'une hospitalisation. Les passages suivis d'une hospitalisation, que ce soit dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) ou dans une unité d'hospitalisation, faisaient l'objet d'une facturation T2A. Le service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) était pour sa part financé par des crédits de missions d'intérêt général (MIG) et par des facturations de tickets modérateurs aux patients ou à leur organisme complémentaire, en complément du financement opéré par l'Assurance maladie.

Depuis 2021, les structures de médecine d'urgence bénéficient d'un nouveau modèle de financement combiné. Ce modèle se compose :

- d'une dotation populationnelle allouée aux régions sur la base de critères ayant un impact

direct sur le recours aux services de médecine d'urgence et au SMUR : elle est donc dissociée de l'activité effectivement réalisée. Le directeur général de l'ARS fixe ensuite annuellement le montant alloué à chaque établissement, sous la forme d'une dotation socle déterminée en fonction de critères définis au niveau régional ;

- d'un compartiment de financement à l'activité qui vise à mieux prendre en compte l'intensité des prises en charge avec la mise en place de forfaits (urgentistes, imagerie, biologie, spécialistes) et suppléments dépendant notamment de l'âge du patient et de ses caractéristiques. Par ailleurs, un forfait patient unique pour les passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation a été mis en place en 2022, en remplacement des tickets modérateurs, et constitue maintenant le reste à charge dû par les patients ou leur organisme complémentaire, en complément des financements couverts par l'Assurance maladie obligatoire (AMO) ;

- d'un compartiment dédié à l'amélioration de la qualité et de l'organisation des prises en charge, qui représente environ 2 % du financement de la médecine d'urgence. En pratique, ce compartiment complète le modèle avec une valorisation de la progression observée de l'établissement de santé sur des indicateurs spécifiques permettant, par exemple, d'inciter à l'amélioration de l'exhaustivité et de la qualité des données d'activité remontées par les services d'urgences.

En parallèle, l'expérimentation du forfait de réorientation a démarré en mai 2021. Il vise à orienter vers une consultation de ville, les patients pour lesquels une prise en charge par le plateau technique de la structure des urgences n'est pas nécessaire. Cette expérimentation, d'une durée de deux ans, met en place une incitation financière pour les établissements de santé, dont l'objectif est de favoriser le lien ville-hôpital et d'apporter une réponse pertinente à la demande de soins de patients ne requérant pas une prise en charge de médecine d'urgence. 36 établissements expérimentateurs ont été sélectionnés, la liste de ces établissements ainsi que le cahier des charges de l'expérimentation ont été publiés par arrêté le 23 février 2021.

La réforme du financement des activités de SMR

L'article 78 de la LFSS pour 2016 a introduit un nouveau modèle de financement des activités de SMR afin de corriger les effets d'un financement différencié entre des établissements sous dotation annuelle de financement (DAF) et des établissements financés à la journée d'hospitalisation. La mise en œuvre de ce nouveau modèle a débuté en 2017 avec l'instauration d'un dispositif transitoire combinant anciennes modalités de financement (90 %) et nouvelles modalités de financement (10 %). Après plusieurs reports, le nouveau modèle de financement entre en vigueur le 1^{er} juillet 2023, avec une mise en œuvre a posteriori s'agissant de la période comprise entre le 1^{er} juillet et le 31 décembre 2023. Il produit pleinement ses effets à partir du 1^{er} janvier 2024.

Ce modèle se compose :

- de financements issus de l'activité, qui représentent 50 % du financement total de l'activité de SMR. Pour chaque séjour, l'établissement perçoit un montant forfaitaire correspondant aux tarifs des groupements médico-tarifaires (GMT) en vigueur. Ces recettes visent à rendre le modèle de financement dynamique et réactif par rapport à l'évolution des prises en charge effectuées par les établissements ;
- de compartiments forfaitaires de deux types :
 - des compartiments ciblés (plateaux techniques spécialisés, activités d'expertise financées en dotations Migac, dotation pédiatrie, etc.) qui permettront de prendre en compte les profils spécifiques d'établissements très spécialisés et de stabiliser ainsi leurs financements, tout en travaillant à un meilleur maillage territorial,
 - une dotation populationnelle, répartie sur la base de critères démographiques et épidémiologiques ayant un impact direct sur le recours aux activités de SMR,
 - un financement à la qualité à travers le dispositif Iifaq adapté au champ des soins médicaux et de réadaptation.

La réforme du financement des activités de psychiatrie

Jusqu'en 2021, les établissements publics et la majeure partie des établissements privés à but non lucratif étaient financés en dotation globale *via* une DAF allouée annuellement, au titre du secteur dont ils sont responsables.

Les cliniques et quelques établissements privés à but non lucratif, dits sous objectif quantifié national (OQN), bénéficiaient d'un financement à l'activité, fondé principalement sur des paiements par journée d'hospitalisation. Les tarifs de ces journées étaient fixés au niveau de chaque établissement dans le cadre d'une négociation tarifaire entre l'établissement et le directeur général de l'agence régionale de santé, dans le respect du taux d'évolution moyen fixé au niveau national et décliné au niveau régional par arrêté.

La réforme du financement des activités de psychiatrie, entrée en vigueur en 2022, introduit un modèle de financement combiné qui repose sur huit compartiments :

- une dotation populationnelle, vecteur majoritaire du modèle de financement pour les établissements publics et privés à but non lucratif, répartie entre les régions sur la base de leur population ajustée au regard de cinq critères identifiés comme explicatifs du recours aux soins. Charge ensuite aux ARS de répartir cette dotation entre les établissements de la région, au regard de critères populationnels définis par la région en concertation avec la section psychiatrie du comité d'allocation de ressources créé pour la mise en œuvre de la réforme ;
- une dotation à la file active pour valoriser l'activité des établissements, vecteur majoritaire du modèle de financement pour les établissements privés à but lucratif, répartie entre les établissements selon leur file active quantifiée à partir du nombre de journées, pour l'hospitalisation à temps plein ou à temps partiel, ou du nombre d'actes annuels, en ambulatoire, affectés à un patient sur une année civile ;
- un compartiment d'activités spécifiques pour reconnaître et financer certaines activités à portée suprarégionale ;

– plusieurs compartiments de financements ciblés afin de soutenir la transformation du secteur, la structuration de la recherche en santé mentale et le développement d’activités innovantes ;

– un financement à la qualité à travers l’extension du dispositif Ifaq au champ de la psychiatrie et la création d’un compartiment dédié au financement de la qualité du codage.

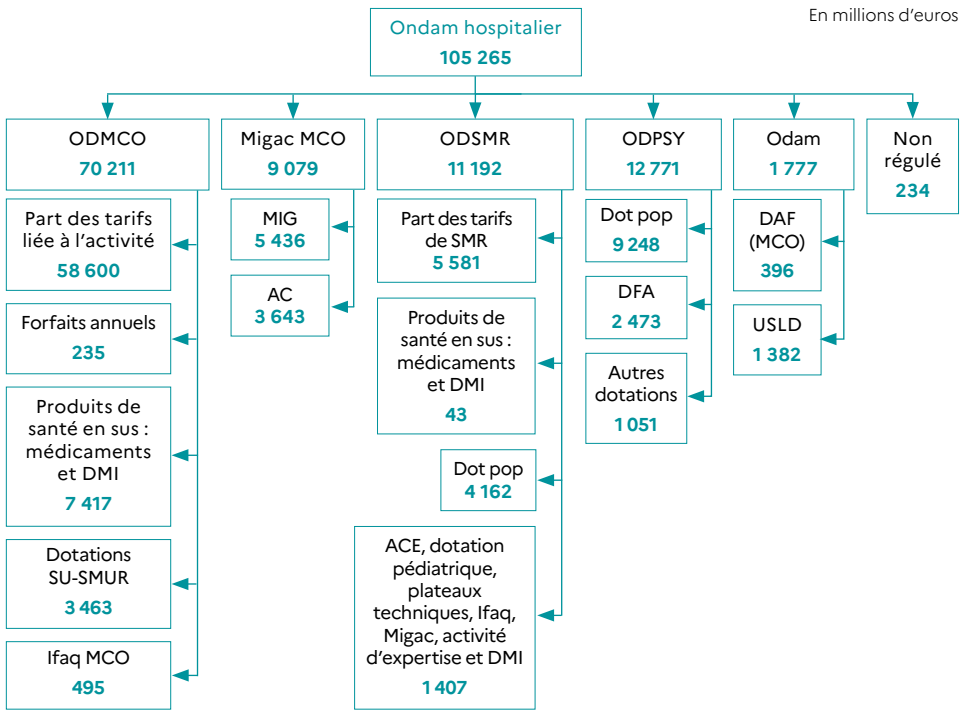
Afin de prendre en compte les spécificités des différents acteurs, en partie imputables à leurs modes de financement historiques, les poids respectifs de la dotation populationnelle et de la dotation file active peuvent varier selon les

types d’établissements (publics, privés à but lucratif et privés à but non lucratif).

L’Ondam hospitalier

Depuis 2006, et jusqu’en 2016, l’objectif national des dépenses d’assurance maladie (Ondam) était divisé en deux sous-objectifs hospitaliers distincts pour les établissements de santé (les 2^e et 3^e sous-objectifs de l’Ondam) en fonction de leur type de dépenses : celles qui relèvent de la T2A et les autres dépenses qui relèvent des établissements de santé (schéma 1 et tableau 2). Depuis 2017, ces deux sous-objectifs ont fusionné en un seul sous-objectif « Ondam établissements de

Schéma 1 La décomposition de l’Ondam hospitalier en 2024



Ondam : objectif national des dépenses d’assurance maladie ; ODMCO : objectif national des dépenses de MCO ; MIG : mission d’intérêt général ; AC : aide à la contractualisation ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; Migac : mission d’intérêt général et d’aide à la contractualisation ; ODSMR : objectif national des dépenses de soins médicaux et de réadaptation ; SMR : soins médicaux et de réadaptation ; Odam : objectif des dépenses d’assurance maladie (ne recouvre plus que les dotations MCO, psychiatrie et USLD) ; PSY : psychiatrie ; USLD : unité de soins de longue durée ; Dot pop : dotation populationnelle ; DAF : dotation annuelle de financement ; DFA : dotation à la file active (modalité de financement de la psychiatrie) ; ACE : actes et consultations externes (MCO et SMR) ; SU : service d’urgence ; SMUR : structure mobile d’urgence et de réanimation ; Ifaq : incitation financière pour l’amélioration de la qualité (modalité de financement du MCO et du SMR) ; DMI : dispositifs médicaux implantables.

Note > Dans ce décompte, il s’agit des objectifs initiaux pour 2024 hors Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés.

Source > DGOS.

santé », afin d'améliorer la lisibilité et le suivi des dépenses hospitalières. Le niveau de l'Ondam établissements de santé est voté chaque année par le Parlement, dans le cadre du vote de la LFSS. Ce nouveau sous-objectif unique évolue, en lien avec les modalités de financement des établissements. Ainsi en 2023, ce sous-objectif est composé de :

- l'ODMCO (objectif national des dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie), qui recouvre l'ensemble des dépenses d'assurance maladie correspondant à la masse tarifaire MCO, incluant la T2A et les deux compartiments dotations MS et OSP, à celle de l'hospitalisation à domicile (HAD), aux forfaits

annuels et aux dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus ;

- l'ODSMR (objectif national des dépenses de soins médicaux et de réadaptation), qui recouvre l'ensemble des dépenses de ces établissements, notamment la dotation populationnelle, la T2A et les Migac ;

- l'Odame (objectif des dépenses d'assurance maladie), qui agrège les dépenses des établissements de MCO et de psychiatrie sous DAF, ainsi que celles des USLD ;
- l'ODPSY en psychiatrie.

L'Ondam « établissements de santé », voté initialement au titre de l'année 2023, s'élève à

Tableau 2 Les dépenses hospitalières dans l'Ondam depuis 2009

En milliards d'euros

	Dépenses hospitalières dans l'Ondam, hors FMESPP		ODSMR, ODPSY, Odame et non régulé		ODMCO + MS-OSP (anciennement dotation Migac MCO)		ODMCO		MS-OSP (anciennement dotation Migac MCO)	
	Objectifs initiaux	Dépenses constatées	Objectifs initiaux	Dépenses constatées	Objectifs initiaux	Dépenses constatées	Objectifs initiaux	Dépenses constatées	Objectifs initiaux	Dépenses constatées
2009	-	69,1	-	17,7	-	51,4	-	43,7	-	7,7
2010	-	70,3	-	17,7	-	52,7	-	44,9	-	7,8
2011	-	72,0	-	18,1	-	53,9	-	45,8	-	8,1
2012 ¹	-	73,3	-	18,5	-	54,8	-	47,1	-	7,7
2013	-	73,1	-	18,8	-	54,3	-	48,2	-	6,1
2014	-	74,5	-	19,1	-	55,4	-	49,5	-	5,9
2015	-	76,0	-	19,2	-	56,8	-	50,6	-	6,2
2016	-	77,4	-	19,0	-	58,4	-	51,9	-	6,5
2017	-	78,3	-	19,4	-	59,0	-	52,3	-	6,7
2018	80,0	79,7	19,5	19,5	60,5	60,2	53,8	53,1	6,7	7,1
2019	81,7	81,7	19,9	19,9	61,8	61,8	54,8	54,6	7,0	7,2
2020	83,7	89,2	20,3	20,8	63,4	68,4	56,1	55,6	7,3	12,8
2021	91,9	95,6	22,4	22,6	69,5	73,0	60,8	61,0	8,7	12,1
2022	95,2	98,4	23,2	23,9	72,0	74,5	63,2	62,8	8,8	11,7
2023	101,2	102,9	24,8	25,2	76,4	77,7	67,0	66,3	9,4	11,4
2024	105,3	105,4	26,0	25,9	79,3	79,5	70,2	70,4	9,1	9,2
2025	109,6	-	26,9	-	82,7	-	72,1	-	10,6	-

Ondam : objectif national des dépenses d'assurance maladie ; FMESPP : Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés ; SMR : soins médicaux et de réadaptation ; ODSMR : objectif national des dépenses de soins médicaux et de réadaptation ; ODPSY : objectif national des dépenses de psychiatrie ; Odame : objectif des dépenses d'assurance maladie ; ODMCO : objectif national des dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; Migac : mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation. MS-OSP : dotation missions spécifiques (MS) et objectifs de santé publique (OSP).

1. À compter de 2012, année de création du Fonds d'intervention régional (FIR), les dépenses de l'enveloppe Migac ne comprennent plus les crédits venus abonder le FIR, lequel est devenu un sous-objectif à part entière au sein de l'Ondam à compter de 2014.

Champ > Données hors FMESPP.

Sources > Dépenses constatées : ATIH, analyse de l'activité hospitalière ; objectifs initiaux 2018-2025 : DGOS.

101,2 milliards d'euros. Pour l'année 2024, ce montant est porté à 105,3 milliards d'euros. L'Ondam établissements de santé constitue le deuxième poste de dépense au sein de l'Ondam global (après l'enveloppe dédiée aux soins de ville), dont il représente près de 40 %.

Au sein d'un autre sous-objectif spécifique de l'Ondam, sont également à signaler :

– le Fonds de modernisation pour l'investissement en santé (FMIS), qui contribue au financement de l'investissement hospitalier ;

– le Fonds d'intervention régional (FIR), qui contribue également, entre autres, au financement des dépenses des établissements de santé pour des activités bien identifiées et organisées au niveau régional. ■

Annexe 3

Les grandes sources de données sur les établissements de santé

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE)

Description

Depuis 1975, il existe une enquête annuelle sur les hôpitaux publics et les établissements d'hospitalisation privés. La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) en tant que telle a été mise en place en 1994, puis refondue en 2000 et en 2013. Les objectifs de ces refontes étaient de mieux répondre aux besoins des utilisateurs, d'améliorer la connaissance du système médical, de permettre une analyse localisée de l'offre de soins, de tenir compte de la mise en place du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), notamment en intégrant les informations sur l'activité des établissements de santé qui y sont recueillies, afin d'alléger la charge de réponse des établissements. À l'occasion du millésime 2023, de nombreux bordereaux ont également été modifiés pour adapter l'enquête à la réforme concomitante des autorisations de soin.

La SAE permet de rendre compte de l'organisation des soins, de caractériser de façon précise les établissements, de disposer d'indicateurs sur la mise en œuvre des politiques nationales et le suivi des activités de soins soumises à autorisation, et de bénéficier d'un recueil d'informations homogènes entre les secteurs public et privé. Le questionnaire se compose de bordereaux regroupés selon les thèmes suivants :

- identification, structure et organisation de l'établissement de santé ;
- équipements et activité ;
- activités de soins soumises à autorisation ;
- personnel.

Les bordereaux concernant les activités de soins s'articulent autour de quatre parties : capacités, activité, équipements et personnel.

Champ

La SAE est une enquête administrative exhaustive et obligatoire effectuée auprès des établissements de santé publics et privés installés en France métropolitaine et dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), incluant les structures qui ne réalisent qu'un seul type d'hospitalisation ou qui ont une autorisation pour une seule activité de soins. Les services des établissements de santé assurant la prise en charge sanitaire des détenus et les établissements du service de santé des armées (SSA) sont également compris. Les données des établissements du SSA sont intégrées dans les résultats depuis 2010, sauf indication contraire dans l'ouvrage.

Mode d'interrogation

Depuis la refonte de la SAE en 2013, l'interrogation est réalisée au niveau de l'établissement géographique pour les établissements publics et privés (à l'exception des établissements psychiatriques et de soins de longue durée)¹, alors qu'elle s'effectuait auparavant au niveau de l'entité juridique (EJ) pour les établissements publics. Depuis, certaines données d'activité, jusque-là déclarées par les établissements, sont préremplies au cours de la collecte de la SAE avec des données issues des programmes de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (PMSI-MCO) et en hospitalisation à domicile (HAD), certaines étant modifiables par les établissements

1. Il existe deux exceptions pour les modalités de collecte : pour tous les établissements de psychiatrie, l'interrogation est groupée sur un seul représentant par entité juridique, en général par département ; pour les unités de soins de longue durée situées à la même adresse qu'une autre entité géographique déjà interrogée, et uniquement dans ce cas, l'interrogation est groupée avec celle de cette entité géographique.

dans le questionnaire SAE et d'autres non. Depuis la SAE 2016, les données d'activité sur les soins médicaux et de réadaptation (SMR) sont également préremplies à partir du PMSI-SMR.

Diffusion

Les données validées par les établissements de santé en fin de collecte de la SAE sont intégralement mises à disposition sur le site de diffusion de la SAE et sur le site Open Data de la Drees sous forme de bases de données. Dans le cadre de statistiques ou d'études, il est cependant recommandé d'utiliser les bases de données dites statistiques², qui ont pu bénéficier de retraitements statistiques ultérieurs.

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) s'est progressivement mis en place dans les années 1990, sous l'impulsion de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) du ministère de la Santé. Depuis 2001, les informations issues du PMSI sont collectées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Dans un premier temps, le PMSI ne concernait que les activités de MCO. En 1993, apparaît un recueil de type PMSI pour les soins de suite et de réadaptation fonctionnelle (SSR), rendu obligatoire pour les établissements publics à partir de 1997, avant d'être généralisé en 2003. Mis en place en 2005, le PMSI-HAD est exploité par la Drees dès 2006. Après une première expérimentation, le recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (RIM-P) est instauré à partir de la fin 2006. Ces recueils portent sur l'activité suivie par séjour ou par semaine de prise en charge. Il est possible d'agréger également des informations par patient grâce à une clé de chaînage (numéro anonyme permanent et unique attribué à chaque patient, établi à partir de son numéro de Sécurité sociale, de sa date de naissance, de son sexe, etc.), qui permet de faire le lien entre

les différentes hospitalisations d'un même patient. Les fiches 12, « Les patients suivis en psychiatrie » et 17, « Les parcours de soins hospitaliers » de cet ouvrage se limitent aux patients pour lesquels cette clé ne contient pas d'erreur.

Le PMSI-MCO

• Le recueil PMSI-MCO

Le PMSI-MCO recueille depuis 1997, pour chaque séjour, des informations sur les caractéristiques des patients (sexe, âge, lieu de résidence), sur le ou les diagnostics et sur les actes réalisés pendant le séjour. Lors de la sortie d'un patient d'un établissement de court séjour (MCO), un compte rendu de son hospitalisation est produit. Celui-ci fournit des informations, qui déterminent le classement de chaque séjour hospitalier dans un groupe homogène de malades (GHM). Ce classement présente une double homogénéité, d'une part en matière de caractéristiques médicales, et d'autre part en matière de durée de séjour. Les nomenclatures en cours pour le codage sont la classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 10^e révision (CIM-10), éventuellement complétées par des extensions ATIH pour les diagnostics, et la classification commune des actes médicaux (CCAM). Cet ouvrage utilise la version V2023 de la classification GHM. La nomenclature des GHM en V2023 comportant plus de 2 600 postes, des regroupements ont été effectués à l'aide d'une nomenclature élaborée par l'ATIH. Cette dernière consiste à rassembler les GHM en groupes d'activité, eux-mêmes rassemblés en groupes de planification, puis en domaines d'activité. Ces groupes tiennent compte à la fois de la discipline médico-chirurgicale ou de la spécialité (ophtalmologie, cardiologie, etc.) et de la nature de l'activité.

• Les traitements statistiques effectués sur le PMSI-MCO et la SAE

Le PMSI-MCO et la SAE sont appariés par la Drees afin de mettre en regard les données d'activité du PMSI avec celles de la SAE sur les capacités, les équipements et le personnel des établissements.

2. Ces bases de données sont disponibles sur le site de la Drees : https://data.Drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/708_bases-statistiques-sae/information/.

Cela permet également d'identifier les quelques établissements non répondants à l'une ou l'autre des deux sources. Certains des écarts constatés peuvent notamment s'expliquer par le fait que le champ du PMSI ne couvrait pas totalement l'activité en MCO. Certains centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux et des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie, entre autres, n'y répondaient pas. Jusqu'en 2009, un redressement était effectué à partir de la SAE, afin de compenser la non-réponse des établissements au PMSI-MCO. En raison de la forte amélioration de l'exhaustivité du PMSI-MCO au fil du temps, en particulier depuis la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) en 2005, ce redressement n'est plus nécessaire. En MCO, les données d'activité et les durées de séjour présentées dans cet ouvrage proviennent du PMSI. Les durées moyennes de séjour sont calculées sur la base des séjours d'hospitalisation complète de plus d'un jour hors nouveau-nés restés auprès de leur mère, et en prenant en compte une durée d'un jour en cas de décès le jour de l'admission, comme dans la SAE.

• Quelques nuances dans les définitions entre les deux sources

La mesure de l'activité hospitalière

L'activité hospitalière est mesurée en séjours et en journées. La refonte de la SAE au début des années 2000 a eu notamment pour objectif d'harmoniser la mesure de l'activité entre le PMSI-MCO et la SAE. Pour les fiches de cet ouvrage se fondant sur le PMSI-MCO, l'ensemble des séances de radiothérapie, chimiothérapie et dialyse, ainsi que les séjours concernant les nouveau-nés restés auprès de leur mère sont exclus des agrégats totaux d'activité³. Toutefois, à partir de l'édition 2021 de cet ouvrage, les volumes d'activité liés aux séjours des nouveau-nés restés auprès de leur mère sont affichés « à part » pour les rendre davantage visibles. La refonte de la SAE en 2013 a renforcé la convergence entre SAE et PMSI-MCO sur la mesure de l'activité, puisque les variables portant sur

l'activité en MCO dans la SAE sont depuis préremplies grâce à des données issues du PMSI-MCO. Par exemple, les séjours comptabilisés dans la SAE correspondent désormais aux séjours terminés dans l'année, alors qu'auparavant, la SAE mesurait les séjours commencés dans l'année, ce qui pouvait occasionner de légers écarts avec les séjours recensés par le PMSI.

Hospitalisations à temps complet ou à temps partiel et hospitalisation de moins ou de plus d'un jour

Des différences notables existent entre la SAE et le PMSI-MCO sur les critères retenus pour la répartition des séjours selon les modes d'hospitalisation et les disciplines. Ainsi, dans la SAE, ce sont les moyens mis en œuvre qui définissent le mode d'hospitalisation. On parle d'hospitalisation complète lorsque le patient est accueilli dans une unité comprenant un hébergement, pour une durée généralement supérieure à un jour (et par conséquent dans un lit, même si le séjour dure moins d'un jour), et d'hospitalisation partielle quand elle mobilise une place pour une hospitalisation de jour, de nuit, ou encore d'anesthésie ambulatoire ou de chirurgie ambulatoire. Le typage des unités médicales du PMSI entre unités médicales d'hospitalisation complète et unités médicales d'hospitalisation partielle permet d'utiliser la répartition de l'activité du PMSI-MCO pour préremplir certaines variables d'activité de la SAE. Le critère retenu à partir du PMSI-MCO est de définir le mode d'hospitalisation en fonction de la durée constatée du séjour. Celle-ci est mesurée selon les dates d'entrée et de sortie. Si l'entrée et la sortie ont lieu le même jour, alors la durée est nulle et le séjour classé en hospitalisation partielle, quels que soient le diagnostic principal et l'unité de prise en charge. Un séjour comportant au moins une nuit est classé en hospitalisation complète. C'est ce critère qui a été retenu dans cet ouvrage pour les fiches décrivant spécifiquement les séjours hospitaliers.

3. À l'exception de la fiche 17 « Les parcours de soins hospitaliers », qui prend également en compte les séances de dialyse, chimiothérapie et radiothérapie, et qui inclut l'ensemble des nouveau-nés

Classification des séjours par discipline d'équipement

Ces distinctions entre lieu d'hospitalisation et contenu effectif du séjour induisent également des différences entre les deux sources de données concernant la classification des séjours par discipline d'équipement. Dans la SAE, pour la répartition entre médecine et chirurgie, les journées sont comptabilisées dans la discipline à laquelle appartient le lit où séjourne le patient (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie). Un séjour est considéré comme « chirurgical » lorsque le lit est répertorié en chirurgie, même si le patient n'est pas opéré, et comme « médical » si le lit est recensé en médecine. Ce classement est cohérent avec la logique de la SAE, qui est orientée vers l'analyse des moyens (facteurs de production) mobilisés pour un malade, et qui se fonde là aussi sur le typage des unités médicales du PMSI entre unités de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie. Dans les fiches de cet ouvrage décrivant spécifiquement les séjours hospitaliers, l'ambition est davantage de décrire les prestations délivrées au patient. Le classement retenu pour les séjours par discipline d'équipement correspond donc au calcul de l'activité de soins effectué par l'ATIH à partir du GHM du séjour. Si le séjour a pour catégorie majeure de diagnostic « obstétrique », il est classé en obstétrique. L'affectation se fait en séjour chirurgical si au moins un acte opératoire significatif (« classant ») est réalisé entre les dates d'entrée et de sortie de l'entité, quelle que soit la discipline à laquelle le lit où séjourne le patient est rattaché. Enfin, s'il n'entre pas dans les deux précédentes catégories, le séjour est qualifié de médical. Les données du PMSI permettent de comparer les deux types de répartitions de l'activité entre hospitalisations complète et partielle d'une part, et MCO d'autre part (le critère de la SAE étant la localisation de l'activité dans l'unité médicale) [tableaux 1 et 2].

Le PMSI-SMR

Le PMSI-SMR, apparié par la Drees avec la SAE, permet de mesurer l'activité des structures exerçant des soins médicaux et de réadaptation

(SMR), et de disposer, chaque année, d'une description des caractéristiques des patients. Depuis l'entrée en vigueur, en juin 2023, d'une réforme des autorisations, la dénomination « soins médicaux et de réadaptation » (SMR) a remplacé celle de « soins de suite et de réadaptation » (SSR). Cette réforme instaure également une structuration des prises en charge autour de mentions spécifiques, qui définissent les types de prises en charge qu'un établissement est autorisé à proposer (« gériatrie », « locomoteur », etc.). Une nouvelle mention, appelée « polyvalent », est introduite pour encadrer les prises en charge qui ne relèvent pas d'une spécialité ciblée. Par ailleurs, la réforme crée une nouvelle modalité « cancer » (regroupant la mention « oncologie et hématologie ») et une nouvelle mention « oncologie », ainsi qu'une nouvelle modalité « pédiatrie » regroupant les deux nouvelles mentions « enfants et adolescents » (de 4 à 17 ans inclus) et « jeunes enfants, enfants et adolescents » (de 0 à 17 ans inclus). Dans l'ancien régime d'autorisations, la pédiatrie était traitée comme une modalité transversale pour chaque activité spécialisée ou non de SSR, elle devient désormais une modalité structurante à part entière. L'objectif est d'harmoniser les pratiques entre établissements et régions. L'ancien bordereau SSR a été conservé pour la SAE 2024. Dans le cas d'un établissement passé au nouveau régime de SMR courant 2024, ses données d'activité PMSI relatives aux nouvelles modalités de SMR ont été reclassées dans les anciennes activités de SSR les plus proches. Ainsi, les données d'activité de la nouvelle modalité « pédiatrie » ont, par exemple, été importées en tant qu'activité de SSR polyvalent enfant.

• Le recueil PMSI-SMR

Depuis 2003, le PMSI-SMR recueille, pour chaque semaine de prise en charge, des informations relatives au patient (sexe, âge, lieu de résidence, morbidité, degré de dépendance) et aux soins réalisés (actes médico-techniques et de rééducation-réadaptation). Les indications sur la présence des patients pour chaque journée de chaque semaine du séjour permettent de calculer des durées de séjour.

La morbidité est détaillée grâce aux recueils de la finalité principale de prise en charge, de la manifestation morbide principale, de l'affection étiologique, pour ce qui est de la morbidité principale, et grâce au recueil des diagnostics associés pour la comorbidité.

La dépendance est recueillie à travers des variables mesurant le degré d'autonomie physique et d'autonomie cognitive des patients dans les actions de la vie quotidienne. Toutes ces informations composent le résumé hebdomadaire standardisé (RHS). Elles permettent de classer les séjours dans des catégories majeures (CM), puis dans des groupes nosologiques (GN), à partir de tests effectués sur les trois variables diagnostiques de la morbidité citées ci-dessus. Lorsque le GN est

déterminé, le séjour est orienté dans des racines de groupes médico-économiques (RGME), puis dans des groupes médico-économiques (GME), selon l'âge du patient, la dépendance physique ou cognitive, les actes pratiqués, la date d'intervention chirurgicale, etc.

Les nomenclatures utilisées sont la CIM-10 pour le codage des variables de morbidité, la CCAM pour les actes médico-techniques, et le catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation (CSARR) pour les actes de rééducation et de réadaptation. Publié en 2012, ce dernier est utilisé depuis 2013 dans le PMSI-SMR, exclusivement pour décrire et coder l'activité des professionnels concernés dans les établissements ayant une activité de SMR.

Tableau 1 Répartition des séjours en fonction du lieu d'hospitalisation issu du typage des unités médicales et de l'activité réalisée en 2024

En milliers

Lieu d'hospitalisation (issu du typage des unités médicales)	Répartition des séjours en fonction de l'activité réalisée (via le regroupement de GHM)			
	Chirurgie	Médecine	Activité interventionnelle (techniques peu invasives)	Obstétrique
Chirurgie	5 615	853	2 445	45
Médecine	335	5 215	1 261	52
Gynécologie-obstétrique	163	656	34	998
Dialyse	0	2	1	0
Urgence	79	1 967	19	3

GHM : groupe homogène de malades.

Lecture > La majorité des séjours se déroulant dans une unité médicale de chirurgie sont accompagnés d'un acte de chirurgie (5 615 milliers) ou d'un acte interventionnel (2 445 milliers), mais 853 milliers sont des séjours de médecine et 45 milliers des séjours d'obstétrique.

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

Source > ATIH, PMSI-MCO 2024, traitements Drees.

Tableau 2 Répartition des séjours en fonction du mode d'hospitalisation issu du typage des unités médicales et de la durée effective du séjour en 2024

En milliers

Mode d'hospitalisation (issu du typage des unités médicales)	Nombre total de séjours	Nombre de séjours de plus d'un jour (avec nuitée)	Nombre de séjours de moins d'un jour (sans nuitée)
Hospitalisation complète (HC)	10 424	9 124	1 300
Mixte (HC/HP) ¹	672	420	252
Hospitalisation partielle (HP)	8 647	53	8 595

1. Lors du typage des unités médicales (UM) dans le PMSI, pour certaines UM, le mode d'hospitalisation n'est pas prédéfini comme « complet » ou « partiel » et la possibilité est laissée aux établissements de définir le mode d'hospitalisation de l'UM comme étant mixte. C'est le cas, par exemple, des unités de médecine gériatrique ou pédiatrique (UM 27 et 28).

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

Source > ATIH, PMSI-MCO 2024, traitements Drees.

• **Les traitements statistiques effectués sur le PMSI-SMR et la SAE**

Sur le même principe que le PMSI-MCO, les données d'activité du PMSI-SMR sont comparées à celles de la SAE par la Drees, sur les capacités, les équipements et le personnel. Le premier niveau de cohérence vérifié est celui du nombre de structures exerçant une activité de SMR. En 2023, la couverture du PMSI-SMR est exhaustive. Par ailleurs, depuis 2013, les structures qui ne fournissent pas de recueil représentent un volume négligeable par rapport à l'activité totale de SMR, si bien que le PMSI ne fait plus l'objet d'une pondération pour corriger la non-réponse.

• **Calcul de l'activité : mise en cohérence du PMSI-SMR et de la SAE**

Jusqu'en 2014, des divergences existaient dans la manière de mesurer l'activité. En particulier, la SAE ne comptabilisait que les séjours commencés dans l'année, contrairement au PMSI, qui recense tous les séjours. Depuis 2015, la convergence entre SAE et PMSI-SMR sur les concepts d'activité a été assurée. Depuis 2016, les séjours et les journées de la SAE sont préremplis avec le PMSI-SMR.

Le PMSI-HAD

• **Le recueil PMSI-HAD**

Depuis 2005, le PMSI-HAD permet de mesurer l'activité des structures d'hospitalisation à domicile (HAD) et de disposer, chaque année, d'une description des caractéristiques des patients (sexe, âge et lieu de résidence), des diagnostics principaux et des traitements prescrits lors du séjour. Les informations fournies déterminent le classement de chaque séjour dans un groupe homogène de prise en charge (GHPC). À chaque GHPC est associée une pondération, qui module le tarif journalier en HAD en fonction de la durée du séjour.

• **Les traitements statistiques effectués sur le PMSI-HAD et la SAE**

Sur le même principe que le PMSI-MCO, la Drees rapproche les données du PMSI-HAD de celles de la SAE, afin de mettre en regard les données d'activité du PMSI avec celles de la SAE sur les capacités, les équipements et le personnel des établissements. En 2023, la couverture

du PMSI-HAD est exhaustive. La refonte de la SAE en 2013 a permis de renforcer la convergence entre les deux sources sur les concepts d'activité. Depuis, les séjours et les journées de la SAE sont préremplis avec le PMSI-HAD.

Le PMSI-psychiatrie (RIM-P)

Mis en place en 2006, le recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (RIM-P), comparable au PMSI-MCO, permet de recueillir des informations standardisées, médicalisées et anonymisées par l'ATIH auprès de l'ensemble des établissements de santé ayant une autorisation d'activité en psychiatrie. Il fournit une description médicale détaillée de l'activité psychiatrique en distinguant trois natures de prises en charge : le temps complet, le temps partiel et l'ambulatoire (consultations et soins externes). Le recueil repose sur la collecte de données relatives aux patients suivis par ces établissements (âge, sexe, pathologies, etc.) et à leurs modalités de prise en charge. Les prises en charge hospitalières à temps complet et à temps partiel (réalisées dans les établissements publics et privés) sont décrites à travers des séjours enregistrés au moyen d'un ou de plusieurs résumés appelés « séquences ». Il est possible d'obtenir dans ce cadre un parcours, au sein du milieu hospitalier, caractérisé par un nombre donné de séquences, qui reflète la fragmentation des séjours et, dans une certaine mesure, l'interdépendance des séjours pour chaque patient. Les prises en charge ambulatoires sont décrites à travers des actes, en fonction de leur nature, du lieu de réalisation et du type d'intervenant.

Le SNDS et la base reste à charge (RAC)

• **Le système national des données de santé (SNDS)**

Le système national des données de santé (SNDS) permet de chaîner les données médico-administratives de chaque bénéficiaire de l'Assurance maladie en France (y compris DROM), à partir de trois grandes sources de données :

• le système national d'information interrégimes d'assurance maladie (Sniiram), ou datamart de consommation interrégime (DCIR), qui contient

les données de remboursement de tous les régimes d'assurance maladie obligatoire (hors Sénat et Assemblée nationale) ;

- le PMSI géré par l'ATIH (voir *supra*) ;
- les données statistiques relatives aux causes de décès du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Institut national de santé et de la recherche médicale (Inserm).

• La base reste à charge (RAC)

La base reste à charge (RAC) est constituée par la Drees à partir des données du SNDS afin de produire, pour une année donnée, des informations synthétiques relatives à l'exhaustivité des dépenses de santé et aux restes à charge associés, regroupées par grands postes de soins. Le champ est semblable à celui du SNDS et porte sur l'ensemble de la population affiliée à l'ensemble des régimes obligatoires (hors Sénat et Assemblée nationale) et ayant consommé au moins un soin au cours de l'année considérée.

Cette édition du *Panorama* utilise le DCIR 2024 et la base RAC 2023 pour identifier les consultations externes des établissements de santé respectivement (sur le seul champ des établissements publics et privés à but lucratif pour le DCIR 2024) [voir fiche 04, « Les autres grandes prises en charge hospitalières »].

Les données sociales

• Les déclarations annuelles de données sociales (DADS)

Les déclarations annuelles de données sociales (DADS) constituaient une formalité déclarative commune aux administrations sociales et fiscales, que toute entreprise ayant employé au moins un salarié au cours de l'année devait remplir. Les principales informations recueillies dans les DADS sont de deux sortes : des mentions générales sur l'établissement (numéro Siret, code APE [activité principale exercée], nombre de salariés inscrits au 31 décembre, montant total des rémunérations annuelles, etc.) et des mentions particulières à chaque salarié (âge, sexe, nature de l'emploi, type de contrat, périodes d'emploi, nombre d'heures salariées, montant des rémunérations avant et après déduction des cotisations sociales).

Les données de 2016 sur les champs public et privé sont produites à partir des seules DADS, alors que celles de 2017 ont mobilisé essentiellement les déclarations sociales nominatives (DSN) sur le champ privé : les données utilisées pour 2017 sont donc issues pour partie de la DSN (environ 75 % des entreprises privées) et pour partie des DADS (environ 25 % des entreprises privées). Pour 2018, 1 % des données du champ privé proviennent des DADS ; ce nombre n'est plus que de 0,1 % pour 2019.

En 2022, conformément au décret n° 2016-611 du 18 mai 2016, les employeurs de la fonction publique ont basculé leur système de déclaration sociale en DSN. À cette occasion, ils ont pu revoir leurs systèmes d'information et de déclaration, et donc modifier potentiellement leurs comportements déclaratifs.

• La déclaration sociale nominative (DSN)

La déclaration sociale nominative (DSN) a progressivement remplacé la plupart des déclarations sociales, et notamment les DADS. Les données transmises mensuellement dans la DSN sont le reflet de la situation d'un salarié au moment où la paie a été réalisée. En complément, elle retrace les événements ayant eu un impact sur la paie (changement d'un élément du contrat de travail, fin du contrat de travail, maladie, maternité, etc.) au cours du mois concerné. Ainsi, la DSN rassemble les informations liées à la vie du salarié dans l'établissement (contrat de travail, rémunérations perçues, etc.).

• Le système d'information des agents du secteur public (Siasp)

Le système d'information des agents du secteur public (Siasp) est une source d'information spécifique aux trois fonctions publiques. Ces données, produites par l'Insee à partir des déclarations sociales, sont exploitées par la Drees sur le champ de la fonction publique hospitalière (FPH). Le Siasp intègre des concepts et des variables caractéristiques du secteur public, notamment liés au statut de l'agent (grade, échelon, indice, etc.). Auparavant, les données relatives à la FPH étaient traitées de la même manière que les données du secteur privé. Depuis 2009, elles font l'objet d'un traitement spécifique dans le

dispositif du Siasp, ce qui implique une rupture de série. La nomenclature des emplois hospitaliers (NEH) présente dans le Siasp est une nomenclature statutaire de la FPH. Au même titre que la nomenclature des emplois territoriaux (NET) pour la fonction publique territoriale, ou que la nouvelle nomenclature des emplois (NNE) pour la fonction publique d'État, la NEH permet d'observer avec précision l'emploi et les salaires par corps, grade et catégorie de la FPH.

• La base tous salariés (BTS)

Des contrôles et traitements statistiques sont appliqués aux données des déclarations sociales (DADS ou DSN) afin de transformer ces déclarations brutes en une information statistique pertinente pour l'analyse économique (contrôle d'exhaustivité, vraisemblance des données, qualité des codages de la catégorie socioprofessionnelle des salariés ou du lieu de travail). Le fichier statistique qui en résulte, après rapprochement avec le Siasp, s'appelle la base tous salariés (BTS) [auparavant DADS-grand format]. Il permet notamment d'observer l'emploi et les rémunérations versées dans les établissements de santé, publics ou privés.

Concepts utilisés dans la base tous salariés (BTS) et le Siasp

• Poste (fiche 08, « Les salaires dans le secteur hospitalier »)

Au sens de la base tous salariés (BTS), un poste correspond à une personne dans un établissement. Les salariés ayant changé d'établissement au cours de l'année ou exerçant à temps partiel dans plusieurs établissements distincts ont donc plusieurs postes. Cette notion de poste permet ainsi de recenser l'ensemble des personnes en emploi (hors intérimaires) au cours d'une année et de décrire cette période d'emploi (nombre d'heures travaillées, début et fin de la période d'emploi, durée de la période d'emploi). La durée du poste sert de pondération dans le calcul du salaire moyen sur l'année des personnels à temps plein.

• Effectifs salariés hospitaliers (fiche 07, « Les évolutions des effectifs salariés du secteur hospitalier »)

Les données issues de la BTS ou du Siasp sont aussi mobilisées pour dénombrer les effectifs salariés, en personnes physiques, des secteurs

hospitaliers public et privé. Ces effectifs salariés correspondent au nombre de personnes physiques différentes occupant un poste au 31 décembre dans un établissement (identifié par son Siret) ayant pour activité principale le secteur des activités hospitalières. Dans le cas où un salarié occupe plusieurs postes dans ce champ, il n'est comptabilisé qu'une seule fois (seul son poste « principal » est retenu, à savoir le poste le plus rémunérateur).

Pour 2022, du fait de la bascule de la quasi-totalité des employeurs de la fonction publique vers la DSN, l'Insee a engagé une refonte des traitements statistiques réalisés sur l'emploi et les rémunérations des agents de la fonction publique, et en a ajusté les concepts. Les résultats publiés ne sont plus totalement comparables à ceux des publications réalisées sur les millésimes antérieurs. Le principal changement conceptuel lié à cette refonte est la prise en compte de la multiactivité à la fois dans les secteurs public et privé, ce qui permet de ne plus comptabiliser dans les effectifs de la fonction publique les agents qui travaillent principalement dans le secteur privé. En effet, dans les publications précédentes, le poste principal au 31 décembre d'un agent était déterminé parmi les postes actifs non annexes occupés au 31 décembre dans le secteur public uniquement. Désormais, le poste principal au 31 décembre d'un agent est déterminé parmi les postes actifs non annexes occupés au 31 décembre à la fois dans le secteur public et dans le secteur privé. Ainsi, en 2022, environ 30 500 agents occupaient au moins deux postes actifs non annexes au 31 décembre, l'un dans le secteur public et l'autre, beaucoup plus rémunérateur, dans le secteur privé. Désormais, les postes occupés par ces agents dans le secteur public ne sont plus comptabilisés.

À partir de la notion de poste et des variables de durée, il est possible de construire des statistiques d'effectifs comparables à celles de l'enquête SAE, soit en sélectionnant les postes présents au 31 décembre de l'année pour aboutir à un nombre de postes de travail au sens de la SAE, soit en rapportant le nombre d'heures travaillées d'un poste à la durée de travail

réglementaire pour obtenir un volume d'activité en équivalent temps plein (ETP). En revanche, la statistique de poste des déclarations sociales est plus générale que la notion de poste de travail de la SAE, et elle n'est pas directement comparable avec la SAE. Si, au cours d'une année, un agent à temps plein change d'établissement au bout de six mois, deux postes sont recensés (un dans chaque établissement) dans la BTS ou dans le Siasp, un seul finissant au 31 décembre. En revanche, au sens de la SAE, un seul poste de travail présent au 31 décembre est recensé dans cet exemple, celui du second établissement.

Même au sein d'un établissement juridique donné, le champ de la BTS et du Siasp est plus large que celui de la SAE, puisque le champ de la SAE est restreint aux seules entités géographiques sanitaires, mais aussi aux seuls postes de travail sanitaires, alors que les données issues des déclarations sociales comptabilisent l'ensemble des postes de l'ensemble des établissements (sanitaires ou non) des entités juridiques sanitaires.

- **Condition d'emploi (fiche 08, « Les salaires dans le secteur hospitalier »)**

Un poste est dit à temps complet (ou à temps plein) si le salarié effectue le nombre d'heures journalier conforme à la durée légale. Un poste est dit à temps partiel dans les autres cas (à condition que le temps et la durée de travail ne soient pas négligeables).

- **Salaires net mensuel moyen (fiche 08, « Les salaires dans le secteur hospitalier »)**

Il est calculé à partir du revenu net fiscal annuel disponible dans les sources en entrée de la BTS ou du Siasp, divisé par douze pour correspondre à un salaire mensuel. Il est net de toute cotisation sociale, y compris de la contribution sociale généralisée (CSG) et de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS). Pour chacun des postes, le salaire est donné en équivalent temps plein (ETP), ce qui correspond à la somme qu'aurait perçue le salarié s'il avait travaillé toute l'année à temps plein. Les moyennes sont obtenues en pondérant les salaires annualisés par les ETP, c'est-à-dire au prorata de la durée d'emploi et de la quotité travaillée de chaque poste. Par exemple, un poste occupé durant six mois à temps plein

et rémunéré 10 000 euros compte pour 0,5 ETP, rémunéré 20 000 euros par an. Un poste occupé toute l'année avec une quotité travaillée de 60 % et rémunéré 12 000 euros compte pour 0,6 ETP rémunéré 20 000 euros par an. Le salaire net annuel moyen correspond au salaire net moyen versé par les établissements.

Données de consommation des médicaments et dispositifs médicaux implantables de la liste en sus

Dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A), un dispositif dérogatoire est prévu afin de garantir le financement des produits innovants et particulièrement onéreux, ce qui permet à la fois d'assurer la diffusion du progrès technique et de prendre en compte des pathologies atypiques. Ces spécialités sont inscrites sur la liste des médicaments et dispositifs médicaux implantables (DMI) facturables en sus des prestations d'hospitalisation, dite liste en sus. Les données de cette liste sur les médicaments et dispositifs médicaux implantables consommés par les établissements de santé proviennent du PMSI. Ces données contiennent le montant au prix d'achat et le nombre administré pour chaque code unité commune de dispensation (UCD) pour les médicaments, ou code liste des produits et prestations (LPP) pour les DMI.

Pour le secteur privé à but lucratif des champs MCO et HAD, les informations concernant les médicaments de la liste en sus comme ceux des médicaments sous autorisations d'accès précoce (AAP) ou compassionnel (AAC) sont remontées dans les factures « H » du PMSI. Pour le secteur public de ces mêmes champs, les données sont issues des fichiers ATIH dits « Fichcomp Med » (fichier complémentaire des médicaments onéreux), « DMIP » (table des dispositifs médicaux implantables) et « Medapac » (table des médicaments sous AAP ou AAC). Les données concernant les dispositifs médicaux (MCO) proviennent des factures « P » du PMSI. Les établissements de santé ont l'obligation de produire et transmettre ces fichiers à l'ATIH. Des données agrégées sur la consommation globale de médicaments de la liste en sus et des

DMI de la liste en sus sont accessibles *via* le portail ScanSanté de l'ATIH, plateforme de restitution en ligne de données sur les établissements de santé. Pour la fiche 23, « Les médicaments et dispositifs médicaux onéreux », la distinction entre secteurs public et privé à but lucratif ne repose pas sur leur statut juridique, mais sur leur mode de financement : le secteur public regroupe les hôpitaux publics et la quasi-totalité des établissements privés à but non lucratif ; le secteur privé à but lucratif regroupe les établissements de santé à but lucratif et le reste des établissements privés à but non lucratif.

Données comptables des établissements de santé

Les données comptables et financières des hôpitaux publics (fiche 25, « La situation économique et financière des hôpitaux publics ») sont fournies par la Direction générale des finances

publiques (DGFIP) sur la plateforme Diamant. Elles sont issues des comptes de résultats et de bilans des entités juridiques des établissements publics (extraction du 13 novembre 2025). Les données de la DGFIP sont croisées avec celles de la SAE, afin d'isoler certaines catégories d'établissements (Assistance publique-Hôpitaux de Paris, autres centres hospitaliers régionaux, centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie et centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux).

Les données comptables et financières des cliniques privées (fiche 26, « La situation économique et financière des cliniques privées ») sont mises à disposition par la société Altares – D&B. Elles proviennent des liasses fiscales des cliniques privées, disponibles par numéro Siren, déposées auprès des greffes des tribunaux de commerce (extraction du 14 avril 2026). La SAE est mobilisée pour classer les établissements selon la nature de leurs activités. ■

Annexe 4

Liste des sigles et acronymes

A

AAC : autorisation d'accès compassionnel
AAP : autorisation d'accès précoce
ACE : actes et consultations externes
AE : affection étiologique
AFT : accueil familial thérapeutique
AHU : assistant hospitalier universitaire
ALD : affections de longue durée
AME : aide médicale de l'État
AMM : autorisation de mise sur le marché
AMO : Assurance maladie obligatoire
AMP : assistance médicale à la procréation
ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
APE (code) : activité principale d'exercice
AP-HP : Assistance publique – Hôpitaux de Paris
ARS : agence régionale de santé
ASH : agent de service hospitalier
ATC (classification) : anatomique, thérapeutique et chimique
ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
ATU (système d'accès dérogatoire aux médicaments) : autorisation temporaire d'utilisation
ATU : accueil et traitement des urgences
AVC : accident vasculaire cérébral
AVQ : activités de la vie quotidienne

B

BP : budget principal
BRSS : base de remboursement de la Sécurité sociale
BTS : base tous salariés

C

C2S : complémentaire santé solidaire
CA : chiffre d'affaires

Cades : Caisse d'amortissement de la dette sociale
CAF : capacité d'autofinancement
CAS : catégorie d'activité de soins
CASF : Code de l'action sociale et des familles
CATTP : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CCAM : classification commune des actes médicaux
CCU-AH : chef de clinique des universités-assistant des hôpitaux
CDD : contrat à durée déterminée
CDI : contrat à durée indéterminée
CépiDc : centre d'épidémiologie des causes médicales de décès
CEPS : Comité économique des produits de santé
CGFP : Code général de la fonction publique
CH : centre hospitalier
CHR : centre hospitalier régional
CHS : centre hospitalier spécialisé dans la lutte contre les maladies mentales
CHU : centre hospitalier universitaire
CIM : classification internationale des maladies
CLCC : centre de lutte contre le cancer
CM : catégorie majeure (de diagnostic)
CMP : centre médico-psychologique
CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie
CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPTS : communauté professionnelle territoriale de santé
CRDS : contribution au remboursement de la dette sociale
CRSA : conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CSARR : catalogue spécifique des actes de rééducation et de réadaptation
CSBM : consommation de soins et de biens médicaux
CSG : contribution sociale généralisée

CSP : Code de la santé publique

CTS : conseil territorial de santé

D

DADS : déclaration annuelle de données sociales

DAF : dotation annuelle de financement

DCIR : datamart de consommation interrégime

DCSI : dépense courante de santé
au sens international

DES : diplôme des études spécialisées

DFG : dotation forfaitaire garantie

DG : dotation globale

DGAFP : Direction générale de l'administration
et de la fonction publique

DGFIP : Direction générale des finances
publiques

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DIM : département de l'information médicale

DMI : dispositif médical implantable

DMIP (table des) : dispositifs médicaux
implantables

DMS : durée moyenne de séjour

DROM : département et région d'outre-mer

DSN : déclaration sociale nominative

DSS : Direction de la Sécurité sociale

E

EBE : excédent brut d'exploitation

EDGARX (grille psychiatrique) : entretien,
démarche, groupe, accompagnement,
réunion, téléexpertise

EG : entité géographique

EHIS : enquête santé européenne
(*European Health Interview Survey*)

EHP : enquête sur les hôpitaux privés

Ehpad : établissement d'hébergement
pour personnes âgées dépendantes

EJ : entité juridique

EMI : écart médicament indemnisable

EML : équipement de matériel lourd

EPRD : état prévisionnel des recettes
et des dépenses

EQTP (salaire en) : équivalent temps plein

Espic : établissement de santé privé d'intérêt
collectif

ETI : écart technique indemnisable

ETP : équivalent temps plein

EVC : épreuves de vérification
des connaissances

F

FAI : forfait activités isolées

FEH : Fonds pour l'emploi hospitalier

FFI : faisant fonction d'interne

FHF : Fédération hospitalière de France

Finess : fichier national des établissements
sanitaires et sociaux

FIR : Fonds d'intervention régional

FMESPP : Fonds de modernisation
des établissements de santé publics et privés

FMIS : Fonds pour la modernisation
et l'investissement en santé

Fnehad : Fédération nationale des établissements
d'hospitalisation à domicile

FPH : fonction publique hospitalière

FPPC : finalité principale de la prise en charge

G

GCS : groupement de coopération sanitaire

GCS-ES : groupement de coopération
sanitaire-établissements de santé

GF : garantie de financement

GHM : groupe homogène de malades

GHPC : groupe homogène de prises en charge

GHS : groupe homogène de séjours

GHT : groupement hospitalier de territoire

GME : groupe médico-économique

GMT (tarifs) : groupements médico-tarifaires

GN : groupe nosologique

GVT : glissement-vieillesse-technicité

H

HAD : hospitalisation à domicile

HAS : Haute Autorité de santé

HC : hospitalisation complète

HP : hospitalisation partielle

HPST (loi) : Hôpital, patients, santé, territoires

I

ICA : indice conjoncturel d'avortement
ICS : infirmier correspondant du Samu
IDE : infirmier diplômé d'État
Ifaq : incitation financière à l'amélioration de la qualité
Igas : inspection générale des affaires sociales
IGéSR : inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche
IGF : inspection générale des finances
Insee : Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale
IRM : imagerie par résonance magnétique
IVG : interruption volontaire de grossesse

L

LFSS : loi de financement de la Sécurité sociale
LMSS : loi de modernisation de notre système de santé
LPP : liste des produits et prestations

M

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie
MCS : médecin correspondant du Samu
MCU-PH : maître de conférences des universités-praticien hospitalier
MECS : maison d'enfants à caractère sanitaire
Medapac (table des) : médicaments sous AAP ou AAC
MIG : mission d'intérêt général
Migac : mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MMP : manifestation morbide principale
MRC : maladie rénale chronique
MS : missions spécifiques
MU : médecine d'urgence

N

NAF : nomenclature d'activités française
NEH : nomenclature des emplois hospitaliers
NET : nomenclature des emplois territoriaux
NNE : nouvelle nomenclature des emplois

O

OC : organisme complémentaire
OCDE : Organisation de développement et de coopération économique
Odam : objectif des dépenses d'assurance maladie
ODMCO : objectif national des dépenses de MCO
ODPSY : objectif national des dépenses de psychiatrie
ODSMR : objectif national des dépenses de SMR
OMS : Organisation mondiale de la santé
Ondam : objectif national des dépenses d'assurance maladie
OQN : objectif quantifié national
ORL : oto-rhino-laryngologie
ORS : observatoires régionaux de la santé
Orsan : organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles
OSP : objectifs de santé publique
OTSS (loi relative à l') : organisation et à la transformation du système de santé

P

PACT : praticien associé contractuel temporaire
Padhue : praticien à diplôme hors Union européenne
PH : praticien hospitalier
PHU : praticien hospitalier universitaire
PLFSS : projet de loi sur le financement de la Sécurité sociale
PMI : protection maternelle et infantile
PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information
PPP : partenariat public-privé

PRAPS : programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRS : projet régional de santé
PSY : psychiatrie
PU-PH : professeur des universités-praticien hospitalier

R

RAC : reste à charge
REPPS : rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale
RGME : racines de groupes médico-économiques
RHS : résumé hebdomadaire standardisé
RIM-P : recueil d'informations médicalisé en psychiatrie
RTU : recommandation temporaire d'utilisation

S

SA : semaine d'aménorrhée
SAE : statistique annuelle des établissements de santé
Samu : service d'aide médicale urgente
SAS : service d'accès aux soins
SCD : soins de courte durée
SHA : *System of Health Accounts*
SI : soins intensifs
Siasp : système d'information des agents du secteur public
Siren (numéro) : système d'identification du répertoire des entreprises
Sirene (répertoire) : système national d'identification et du répertoire des entreprises et de leurs établissements
Siret (numéro) : système d'identification du répertoire des établissements

SLD : soins de longue durée
SMA : sécurisation modulée à l'activité
SMPR : service médico-psychologique régional
SMR : soins médicaux et de réadaptation
SMUR : structure mobile d'urgence et de réanimation
SNDS : système national des données de santé
Sniiram : système national d'information interrégimes d'assurance maladie
SNS : stratégie nationale de santé
SRS : schéma régional de santé
SSA : service de santé des armées
SSIAD : services de soins infirmiers à domicile
SSR : soins de suite et de réadaptation
SU : service d'urgence

T

T2A : tarification à l'activité
TDS : territoire de démocratie sanitaire
TEP : tomographe à émission de positons
TR : tarif de responsabilité
TSA : troubles du spectre de l'autisme

U

UCD : unité commune de dispensation
UFR : unité de formation et de recherche
UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée
UHSA : unité hospitalière spécialement aménagée
UM : unité médicale
UMD : unité pour malades difficiles
USIP : unité de soins intensifs polyvalents
USLD : unité de soins de longue durée
USMP : unité sanitaire en milieu pénitentiaire

Les établissements de santé en 2024

ÉDITION 2026

En 2024, près de 3 000 établissements de santé ont assuré le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades en France. Dans un contexte marqué par le vieillissement de la population et l'augmentation des pathologies chroniques, les structures hospitalières s'adaptent et modifient en profondeur leur offre de soins, en développant notamment l'hospitalisation partielle ou l'hospitalisation à domicile.

Dans son édition 2026, *Les établissements de santé en 2024* détaille, pour cette année, les capacités d'accueil et l'activité des hôpitaux et cliniques, l'état de leurs finances, le parcours des patients par discipline, les caractéristiques du personnel rémunéré (médical et non médical) ; il présente aussi l'évolution récente de leur contexte juridique et réglementaire.

Cet ouvrage s'adresse à toute personne recherchant les principales données de cadrage sur les établissements de santé : décideurs publics, personnels d'administration centrale ou territoriale, ou du monde hospitalier, professionnels de santé, journalistes, étudiants, chercheurs ou citoyens désireux de s'informer sur ce bien commun qu'est notre système hospitalier.

Dans la même collection **SANTÉ**

- > La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties
- > Les dépenses de santé

www.drees.solidarites-sante.gouv.fr