

En 2023, 1 790 établissements déclarent une activité de soins médicaux et de réadaptation (SMR) en France. Ils disposent de 101 400 lits et 19 300 places dédiés au moyen séjour, soit 26 % des capacités d'hospitalisation complète ou partielle du territoire. La Réunion, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur et la Guadeloupe sont les régions ayant la plus forte densité en lits et en places. 1,4 million de séjours et 35,1 millions de journées d'hospitalisation complète ou partielle sont enregistrés en SMR, soit 28 % de l'activité hospitalière totale de 2023. L'hospitalisation complète reste prédominante (84 % des capacités). La part de l'hospitalisation partielle est plus importante dans le secteur privé (19 % des capacités). Si l'activité d'hospitalisation complète augmente par rapport à 2021 et 2022, elle reste inférieure de 15 % à son niveau d'avant la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19. En revanche, l'activité d'hospitalisation partielle dépasse de 17 % son niveau de 2019.

Les capacités d'accueil en SMR augmentent en 2023, 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 1 790 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 égales entre les secteurs privés à but lucratif et non lucratif (respectivement 27 % et 24 %).

En 2023, l'ensemble des établissements de santé dispose de 101 400 lits et 19 300 places de SMR, représentant en cumulé 26 % 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 hospitalisation complète et partielle en moyen séjour augmentent de 1,0 % par rapport à 2022 (graphique 1). Cette hausse, bien que modérée, est la plus importante depuis 2015. En effet, le total cumulé de lits et de places est resté assez stable de 2015 à 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). Si cette tendance se poursuit en 2023, le recul du nombre de lits en hospitalisation complète ralentit (-150 lits, soit une baisse de 0,2 %, après -1,3 % en 2022), tandis que l'augmentation du nombre de places en hospitalisation partielle s'accroît (+1 300 places, soit une hausse de 7,3 %, après +5,9 % en 2022).

En 2023, 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, contre respectivement +0,4 % et -0,5 % en moyenne annuelle entre 2015 et 2019) [graphique 2 et tableau complémentaire B]. Depuis, elle connaît un rebond, qui se confirme en 2023 : les nombres de séjours et de journées sont repartis à la hausse (respectivement +5,8 % et

+4,1 % en 2023, après +2,4 % et +2,7 % en 2022). Cette reprise est essentiellement portée par l'activité d'hospitalisation à temps partiel, dont le nombre de séjours (respectivement de journées) a augmenté de 15,2 % en moyenne de 2020 à 2023 (+21,5 % pour le nombre de journées). En 2023, les établissements de santé comptabilisent ainsi 1,4 million de séjours de SMR (dont 36 % à temps partiel), pour 35,1 millions de journées (dont 15 % à temps partiel), ce qui représente 28 % de l'activité hospitalière totale (s'agissant du nombre de journées). Si ces chiffres globaux restent en deçà de leurs niveaux d'avant la crise sanitaire (1,5 million de séjours et 37,4 millions de journées en 2019), ils les dépassent pour le temps partiel (506 000 séjours pour 5,4 millions de journées

en 2023, contre 433 900 séjours pour 4,6 millions de journées en 2019).

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 (85 % des journées), l'hospitalisation partielle est plus développée dans le secteur privé (19 % des journées dans le secteur privé à but lucratif et 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.

Tableau 1 Capacités, activité et personnel des établissements disposant de capacités de SMR selon leur statut juridique en 2023

	Secteur public	Secteur privé à but non lucratif	Secteur privé à but lucratif	Ensemble
Nombre d'établissements¹	873	438	479	1 790
Nombre de lits et places, dont :	42 014	34 976	43 671	120 661
places d'hospitalisation partielle (part en %)	4 401 (10 %)	6 626 (19 %)	8 267 (19 %)	19 294 (16 %)
Nombre de séjours (en milliers), dont :	521	393	473	1 387
hospitalisation partielle (part en %)	189 (36 %)	160 (41 %)	157 (33 %)	506 (36 %)
Nombre de journées de présence (en milliers), dont :	11 876	9 228	14 029	35 135
hospitalisation partielle (part en %)	1 056 (9 %)	1 728 (19 %)	2 652 (19 %)	5 436 (15 %)
Durée moyenne des séjours d'hospitalisation complète terminés² en 2023 (en journées)	35,9	35,7	39,6	37,2
Ratio moyen de personnel aide-soignant (ETP par lit ou place)	0,5	0,3	0,2	0,5
Ratio moyen de personnel infirmier (ETP par lit ou place)	0,3	0,2	0,2	0,3
Ratio moyen de personnel de rééducation³ (ETP par lit ou place)	0,1	0,1	0,1	0,1
Ratio moyen d'autres types de personnels⁴ (ETP par lit ou place)	0,2	0,3	0,2	0,2

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

1. Les établissements répondant à la SAE qui n'ont pas transmis leur PMSI sont aussi comptabilisés.

2. En 2023, 880 701 séjours d'hospitalisation complète en SMR, soit 64 % des séjours de ce type, sont terminés dans l'année.

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

4. 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 le SSA et les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, tous types d'hospitalisations confondus.

Sources > ATIH, PMSI-SMR 2023 pour l'activité, traitements DREES ; SAE 2023 pour la capacité et le personnel, traitements DREES.

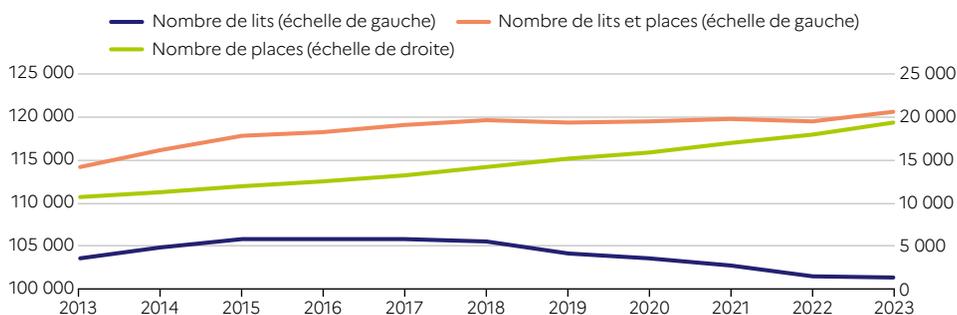
Enfin, la durée moyenne des séjours d'hospitalisation à temps complet est plus élevée dans les cliniques privées, où elle atteint 39,6 jours, contre 35,9 jours dans les hôpitaux publics et 35,7 jours dans les établissements privés à but non lucratif.

L'activité de SMR reste marquée par la prise en charge des patients avec diagnostic de Covid-19

En 2023, les établissements exerçant une activité de SMR enregistrent 59 000 séjours pour des patients avec diagnostic de Covid-19¹, ce qui

représente 4,3 % de l'ensemble des séjours de SMR (après 6,8 % en 2022 et 5,5 % en 2021), et 8,0 % des journées (après 12,3 % en 2022 et 7,6 % en 2021) [tableau complémentaire C]. Le Covid-19 continue ainsi de peser sur l'activité de SMR, mais la part des prises en charge de patients avec ce diagnostic s'y amenuise. Ce recul, observé plus tardivement que dans les autres disciplines, s'explique par le positionnement des SMR, qui ont pour vocation de cibler la réadaptation et la réinsertion des patients, après une hospitalisation en court séjour par exemple.

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

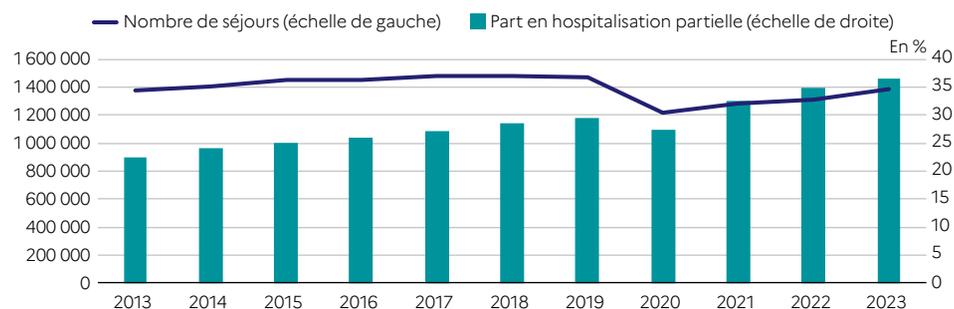


Note > Soins de suite et de réadaptation avant 2023, soins médicaux et de réadaptation (SMR) ensuite.

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 2013-2023, 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 2013-2023, traitements DREES.

1. Dans le PMSI-SMR, les séjours « avec diagnostic de Covid-19 » concernent les patients ayant le Covid-19 pour manifestation morbide principale (MMP), en tant qu'affection étiologique (AE), ou que diagnostic associé.

Les patients avec diagnostic de Covid-19 représentent une part plus importante des journées que des séjours, car leur durée moyenne de séjour (DMS) est particulièrement élevée : 61,4 jours, contre 35,6 jours pour les autres séjours. Par ailleurs, la DMS pour les séjours avec diagnostic de Covid-19 a fortement augmenté par rapport à 2020 (38,8 jours) et même par rapport à 2022 (53,1 jours), ce qui pourrait s'expliquer par la prise en charge de patients atteints de « Covid long », c'est-à-dire présentant des symptômes prolongés (plus de quatre semaines après l'infection).

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 1,1 ETP par lit ou place : 0,5 ETP de personnel aide-soignant, 0,3 ETP de personnel infirmier, 0,1 ETP de personnel de rééducation (masseurs-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 (0,05 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.

L'activité de SMR est plus développée en Île-de-France et dans le sud de la France

Au niveau national, la densité moyenne des capacités en SMR s'élève à 437 lits et places pour 100 000 habitants de 50 ans ou plus². La tendance à la baisse de cette densité moyenne (465 en

2016, avec une diminution moyenne annuelle de 0,9 % depuis) ne se traduit pas par une diminution équivalente du nombre de lits et places, qui reste stable au cours des dernières années. Cette situation s'explique notamment par la croissance démographique de la population des personnes 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 (536 lits et places pour 100 000 habitants de 50 ans ou plus), la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca) [526], la Guadeloupe (498), l'Occitanie (495), l'Île-de-France (485) et la Corse (452) [tableau 2]. Dans ces régions (hormis l'Île-de-France), le rapport du taux d'hospitalisation standardisé³ au taux national est 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 Bretagne sont parmi les régions les moins équipées en SMR (avec des densités respectives de 185, 356 et 362 pour 100 000 habitants de 50 ans ou plus), et aussi celles où les hospitalisations en SMR sont les moins fréquentes (hormis la Bretagne). Les flux de patients entre régions peuvent contribuer à compenser ces disparités territoriales de l'offre. Plusieurs régions 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, 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

2. Les séjours des patients de 50 ans ou plus représentent 79 % des séjours de SMR.

3. 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.

effet dans d'autres (carte 7). Ainsi, la région Occitanie, avec une densité de 495 lits et 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 à 510 lits et places pour 100 000 habitants de 50 ans ou plus (correspondant au dernier quintile au niveau national), alors que six autres ont des densités inférieures à 409 lits et places pour 100 000 habitants de 50 ans ou plus (correspondant à la médiane). ■

Tableau 2 Solde entre les taux de fuite et les taux d'entrée en SMR selon la région d'hospitalisation en 2023

	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	526	1,6	1,08
Occitanie	495	2,4	1,07
Île-de-France	485	0,3	1,00
Corse	452	-7,5	1,11
Normandie	438	-1,1	1,09
Hauts-de-France	434	0,0	1,17
Bourgogne-Franche-Comté	423	-2,3	0,99
Centre-Val de Loire	415	-2,3	0,91
Auvergne-Rhône-Alpes	413	-0,8	0,99
Grand Est	398	-0,1	0,99
Nouvelle-Aquitaine	389	2,6	0,99
Bretagne	362	0,4	1,06
Pays de la Loire	356	-2,4	0,81
Guadeloupe	498	-5,6	1,20
La Réunion	536	-0,1	1,13
Guyane	369	-16,2	1,10
Martinique	370	-2,5	0,97
Mayotte	185	-31,5	0,33
France	437	-	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.

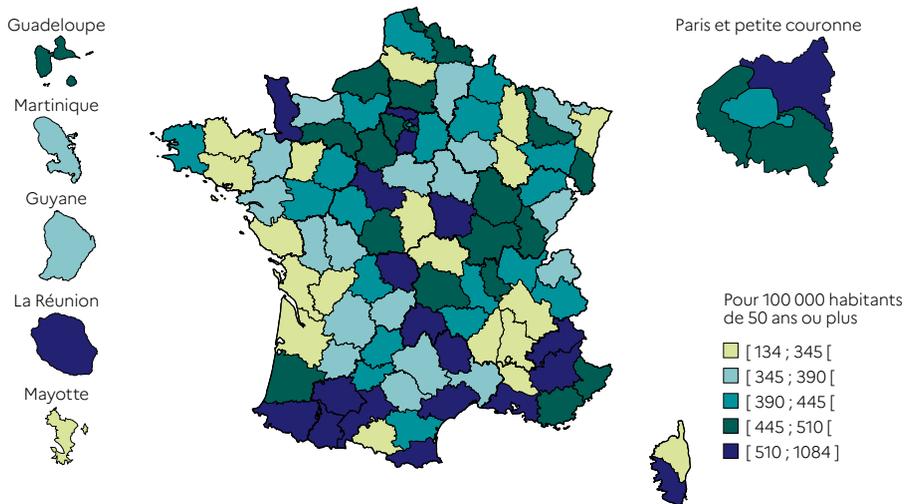
3. Méthode de standardisation directe selon le sexe et l'âge. Un taux supérieur à 1 indique que les hospitalisations en SMR sont plus fréquentes dans une région donnée qu'en moyenne nationale, indépendamment de la structure d'âge et de sexe.

Note > Dans les éditions antérieures 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. Cette dernière est de ce fait corrigée à la baisse.

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. Les données sur la Guadeloupe incluent Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Sources > ATIH, PMSI-SMR 2023, traitements DREES ; DREES, SAE 2023, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2023.

Carte 1 Densité de capacités en lits et places de SMR par département au 31 décembre 2023



SMR : soins médicaux et de réadaptation.

Note > Les bornes correspondent à une répartition en quintiles. Dans les éditions antérieures 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. Cette dernière est de ce fait 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 2023, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2023.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Établissements de santé en France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy) exerçant une activité de SMR en 2023, 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, cardio-vasculaires, etc.), soit pour des populations particulières (personnes âgées à poly-pathologies, enfants, etc.). Les capacités d'accueil sont déclarées dans la SAE, tandis que l'activité est enregistrée dans le PMSI. Les séjours comptabilisés comprennent ceux commencés en 2023 ou avant, terminés en 2023 ou après. Seules les journées de 2023 sont comptabilisées (les journées antérieures ou postérieures à 2023 sont exclues pour les séjours à cheval sur plusieurs années, dont 2023).

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 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. 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.
- > **Delort, L.** (2024, juillet). Les patients suivis en soins de suite et de réadaptation. Dans Cazenave-Lacrouz, A. (dir.). *Les établissements de santé en 2022 - Édition 2024* (p. 130-136). Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.

 [Fichier supplémentaire en ligne sur le site internet de la DREES, rubrique Publications > collection Panoramas de la DREES :](#)

[B2 • Les patients suivis en soins médicaux et de réadaptation](#)