

ÉTUDES et RÉSULTATS

novembre 2025
n° 1353

Dans les établissements de santé en 2024, la baisse du nombre de lits ralentit et les alternatives à l'hospitalisation complète poursuivent leur progression

Premiers résultats de la base administrative de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE)

Au 31 décembre 2024, 1 330 hôpitaux publics, 655 établissements privés à but non lucratif et 980 cliniques privées composent le paysage hospitalier français. Les capacités d'accueil de ces 2 965 établissements de santé se répartissent entre hospitalisation complète (367 300 lits), hospitalisation partielle (91 200 places) et hospitalisation à domicile (25 400 patients pouvant être pris en charge simultanément).

En 2024, le recul du nombre de lits en état d'accueillir des patients s'infléchit (-0,5 %, après -1,2 % en 2023). La croissance du nombre de places ralentit aussi (+3,1 %, après +4,0 %), mais reste plus soutenue qu'avant 2019. La hausse demeure plus élevée en moyen séjour (+5,5 %) qu'en court séjour (+4,4 %) ; en psychiatrie, le nombre de places ne progresse globalement pas.

Concernant l'hospitalisation à domicile, les capacités de prise en charge augmentent de nouveau vigoureusement (+5,5 %, après +4,1 % en 2023). Elles représentent ainsi 8,1 % des capacités d'hospitalisation complète en court et moyen séjour (hors psychiatrie), contre 2,1 % en 2006.

Fin 2024, 450 maternités disposent de 13 800 lits d'obstétrique (-1,7 % par rapport à 2023), 2 800 lits de néonatalogie (-1,0 %), 1 200 lits de soins intensifs (+2,9 %) et près de 770 lits de réanimation (+1,1 %). La densité de lits de réanimation néonatale atteint ainsi 1,2 lit pour 1 000 naissances ; elle est supérieure à 1 lit pour 1 000 naissances dans quatorze régions, dont les cinq départements et régions d'outre-mer, et inférieure dans les quatre régions du quart sud-est de la France métropolitaine.

Bénédicte Boisguérin, Melvin Marre, Rodrigue Mellot (Drees)

Au 31 décembre 2024, 2 965 entités géographiques disposent de capacités d'accueil en hospitalisation complète (comptées en lits en mesure d'accueillir des patients) ou partielle (comptées en places) en France métropolitaine et dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), y compris le service de santé des armées (SSA) [encadré 1]. Leurs capacités d'accueil totales se composent de 367 300 lits et de 91 200 places (tableau 1). Ces résultats sont

issus de la « base administrative » de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE), dont les données ont été collectées au premier semestre de 2025.

Le nombre d'établissements de santé est stable en 2024

Parmi les 1 330 entités géographiques publiques, trois types d'établissements hospitaliers coexistent, avec des missions ●●●

- spécifiques pour chacun. Les 183 sites de centres hospitaliers régionaux dispensent les soins courants à la population la plus proche et des soins plus spécialisés à la population régionale, voire nationale ; les 926 centres hospitaliers (y compris les ex-hôpitaux locaux), catégorie intermédiaire d'établissements, assurent la majeure partie des prises en charge de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie [MCO]), ainsi que la prise en charge de moyen séjour (soins médicaux et de réadaptation [SMR]) de la population proche ; les 90 centres hospitaliers spécialisés dispensent uniquement des soins en psychiatrie. S'y ajoutent 131 autres établissements publics, qui correspondent en majorité à des établissements de soins de longue durée (SLD). Au total, les hôpitaux publics concentrent 61 % des lits et 51 % des places au 31 décembre 2024 (*tableau 1*).

Les entités géographiques privées sont constituées de deux types d'établissement. Les 655 établissements du secteur privé à but non lucratif comprennent les 20 centres de lutte contre le cancer (CLCC) et 635 autres établissements, dont plus de la moitié réalisent majoritairement des soins médicaux et de réadaptation. Ils regroupent 15 % des lits et 18 % des places. Les établissements privés à but lucratif, aussi appelés cliniques privées, sont au nombre de 980, dont près de la moitié sont des établissements de soins de courte durée ou pluridisciplinaires, et représentent 24 % des lits et 31 % des places.

Sous l'effet des réorganisations et des restructurations, le nombre d'entités géographiques de statut public ou privé recule régulièrement (-156 établissements entre 2013 et 2024, soit -5,0 % en onze ans). La baisse est plus marquée pour les hôpitaux publics (-6,3 %).

Encadré 1 Champ, sources, méthode et définitions

Champ

Le champ retenu porte sur la France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA). Le décompte du nombre d'entités géographiques comprend les établissements d'hospitalisation disposant au moins d'un lit ou d'une place (*tableau 1*). Sont exclus les établissements de santé qui dispensent des soins dans le cadre d'une autorisation, mais sans capacité d'accueil en hospitalisation complète ou partielle (centres de dialyse, de radiothérapie et établissements faisant uniquement de l'hospitalisation à domicile [HAD]). En revanche, le décompte des capacités d'accueil en HAD tient compte de toute l'offre disponible, y compris celle des établissements faisant uniquement de l'HAD (*tableau 2*).

Sources

La statistique annuelle des établissements (SAE) de la Drees décrit l'activité des établissements de santé (séjours et journées en hospitalisation complète et hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel). L'intégralité de ces données est mise à disposition du public sur internet, sous la forme de deux jeux de données :

- la base dite « administrative » contient les données déclarées et validées par les établissements. Elle est mise à disposition, chaque année, sur le site *open data* de la Drees*. Elle est également consultable sur le site de diffusion de la SAE** ;

- la base dite « statistique », destinée aux études et statistiques, contient des données redressées par la Drees et est également diffusée sur le site *open data* de la Drees***.

Méthode

Les indicateurs présentés ici sont calculés à partir de la base administrative de la SAE 2024, disponible depuis le 18 juillet 2025. Avec 99,7 % de répondants, cette dernière est quasi exhaustive sur son champ – pour un groupe de cinq établissements non répondants, les capacités ont été imputées en s'appuyant sur celles présentes dans la base statistique de la SAE 2023. Si quelques redressements de cet ordre ont fiabilisé les estimations en vue de cette publication, ces dernières peuvent donc légèrement différer de celles pouvant être obtenues à partir de la base statistique, parue le 3 novembre 2025 : les révisions introduites à cette occasion ne modifient toutefois pas les conclusions présentées.

Définitions

Le terme d'établissement de santé recouvre, au sein d'un même concept, deux notions différentes.

Entité géographique (EG) : elle correspond en général au site de production, mais aussi éventuellement au site porteur du budget. Chaque EG dépend d'une unique entité juridique, mais une même entité juridique peut comporter plusieurs EG, à condition qu'elles 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 ses décisions. Elle exerce une activité indépendante, perçoit des ressources et gère un patrimoine. L'EJ peut regrouper plusieurs EG, notamment dans le secteur public. C'est le cas par exemple de l'entité juridique Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), qui regroupe 38 EG sur différents sites, pour certains d'entre eux 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 EG, malgré le développement de regroupements.

Dans cette publication, le nombre d'entités géographiques résulte du décompte du nombre d'entités géographiques distinctes disposant de capacités d'accueil (au moins un lit ou une place renseignés dans la SAE) au 31 décembre des années concernées. Les capacités d'accueil des établissements de santé sont classées selon l'autorisation de soins de l'unité d'hospitalisation à laquelle elles appartiennent.

Hospitalisation complète : unités hébergeant des patients pour une durée généralement supérieure à une journée. Elle comprend également les unités fermées le week-end (hospitalisation dite « de semaine »).

Hospitalisation partielle : concerne l'accueil de jour ou de nuit et les unités ayant des activités d'anesthésie, de chirurgie ambulatoire ou de médecine ambulatoire. En MCO, le séjour est inférieur à vingt-quatre heures, en psychiatrie et en SMR, il comporte plusieurs journées ou nuitées de moins de vingt-quatre heures. Les séances de dialyse et de traitement du cancer forment un champ distinct de l'hospitalisation partielle.

Capacités d'accueil des établissements de santé : comptabilisées en lits (dont les berceaux et les couveuses agréés) pour l'hospitalisation complète et en places pour l'hospitalisation partielle (nombre de patients pouvant être accueillis en même temps), elles représentent les capacités d'accueil réellement en état d'accueillir des patients au 31 décembre 2024. Celles fermées temporairement faute de personnel en nombre suffisant sont exclues. Certaines fermetures de lits de très courte durée peuvent être incluses, mais uniquement en cas de travaux ou de désinfection.

Ce concept défini dans la SAE se distingue de la notion de « capacités autorisées » (délivrées le cas échéant par les agences régionales de santé [ARS]), car ces dernières ne sont pas nécessairement créées. Il est également différent de la notion de « capacités budgétées » que peuvent manipuler les établissements de santé, qui correspond à la capacité maximale d'accueil, telle qu'elle est prévue budgétairement, lorsque rien ne vient gêner le fonctionnement du service (ni travaux ni manque de personnel).

* La base administrative de la SAE est disponible sur le site [Bases administratives SAE – DATA.DREES \(solidarites-sante.gouv.fr\)](https://solidarites-sante.gouv.fr/bases-administratives-sae-data-drees).

** La base administrative est également disponible sur le site [SAE-Diffusion](https://solidarites-sante.gouv.fr/bases-administratives-sae-data-drees).

*** La base statistique de la SAE est disponible sur le site [Bases statistiques SAE – DATA.DREES \(solidarites-sante.gouv.fr\)](https://solidarites-sante.gouv.fr/bases-statistiques-sae-data-drees).

Tableau 1 Nombre d'entités géographiques et capacités d'accueil en hospitalisation au 31 décembre 2024, par catégorie d'établissement de santé

	Entités géographiques	Nombre de lits	Nombre de places
Secteur public	1 330	224 114	46 781
CHR/CHU	183	65 672	12 388
CH, hors anciens hôpitaux locaux	737	123 403	20 584
CH, anciens hôpitaux locaux	189	8 510	219
CH spécialisés en psychiatrie	90	18 525	13 181
Autres établissements publics	131	8 004	409
Secteur privé à but non lucratif	655	53 933	16 271
CLCC	20	2 534	651
Établissements de SCD ou pluridisciplinaires	134	17 812	3 618
Établissements de SSR	343	24 470	5 895
Établissements de lutte contre les maladies mentales ¹	107	6 017	5 115
Autres établissements à but non lucratif	51	3 100	992
Secteur privé à but lucratif	980	89 288	28 180
Établissements de SCD ou pluridisciplinaires	452	44 057	18 024
Établissements de SSR	343	29 970	6 994
Établissements de lutte contre les maladies mentales	169	14 288	3 066
Autres établissements à but lucratif	16	973	96
Ensemble	2 965	367 335	91 232

CHR : centre hospitalier régional ; CHU : centre hospitalier universitaire ; CH : centre hospitalier ; CLCC : centre de lutte contre le cancer ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; SCD : soins de courte durée.

1. 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'établissement CH spécialisé en psychiatrie.

Note > Pour une entité juridique multisite comme l'AP-HP, le décompte retient autant d'entités géographiques que de sites.

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 ou d'une place. Les centres de dialyse et de radiothérapie ne sont pas comptabilisés.

Source > Drees, SAE 2024 (base administrative), traitements Drees.

> Études et Résultats n° 1353 © Drees

De 1 420 en 2013, ils sont passés à 1 330 en 2024 en raison de la forte diminution du nombre de centres hospitaliers, ex-hôpitaux locaux. Les cliniques privées enregistrent aussi un recul, mais moins prononcé (-3,8 % en onze ans), de 1 019 entités fin 2013 à 980 fin 2024. Cette baisse résulte de la forte diminution du nombre d'établissements de soins de courte durée ou multidisciplinaires (-82 établissements, soit -15,4 %). En revanche, le nombre d'établissements de lutte contre les maladies mentales a progressé sur la même période (+25 établissements, soit +17,4 %). Le secteur privé à but non lucratif a connu une évolution proche de celle des cliniques privées (-4,0 % en onze ans), le nombre d'entités géographiques diminuant de 682 fin 2013 à 655 fin 2023.

En 2024, le nombre total d'établissements est toutefois stable par rapport à 2023 (tableau complémentaire A). C'est également le cas

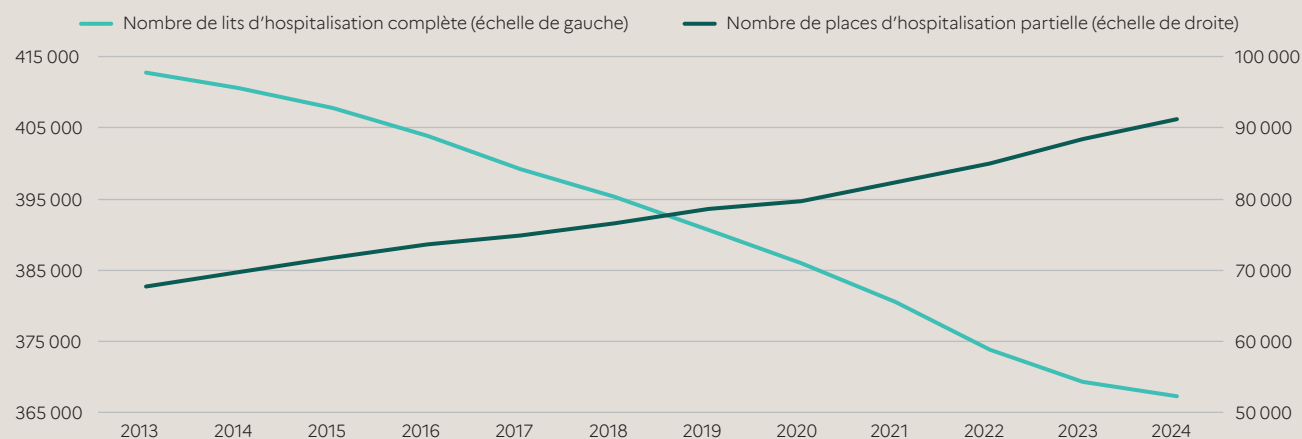
dans le secteur public, tandis que celui des établissements privés à but non lucratif diminue de deux et celui des cliniques privées progresse de deux.

En 2024, la baisse de la capacité d'hospitalisation complète est moins forte que les années précédentes

En 2024, le nombre de lits en état d'accueillir des patients diminue de 0,5 % (-2 000 lits en un an), un rythme moins rapide que celui des deux années précédentes (-1,2 % en 2023, -1,8 % en 2022) [graphique 1, tableau 2 et tableau complémentaire B] ou même qu'avant la crise sanitaire (-0,9 % par an en moyenne entre 2013 et 2019).

La tendance à la baisse observée depuis plusieurs années reflète la réorganisation de l'offre de soins hospitaliers dans un contexte de

Graphique 1 Évolution du nombre de lits et de places au 31 décembre, depuis fin 2013



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

Sources > Drees, SAE 2013-2023 (bases statistiques), 2024 (base administrative), traitements Drees.

> Études et Résultats n° 1353 © Drees

Tableau 2 Capacités d'accueil en hospitalisation au 31 décembre 2024, par discipline d'équipement

	2024	Évolution 2023-2024 (en %)
Nombre de lits d'hospitalisation complète	367 335	-0,5
MCO	186 425	-0,6
SMR	101 271	-0,1
Psychiatrie ¹	50 646	-1,0
SLD	28 993	-0,9
Nombre de places d'hospitalisation partielle	91 232	3,1
MCO	40 640	4,4
SMR	20 362	5,5
Psychiatrie	30 230	0,0
Capacités d'accueil en HAD²	25 427	5,5

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

1. Psychiatrie : disciplines de psychiatrie générale, infanto-juvénile et pénitentiaire. Il s'agit des capacités d'hospitalisation à plein temps : les capacités des autres formes de prise en charge à temps complet (accueil familial thérapeutique, appartement thérapeutique...) ne sont pas comptabilisées dans ce tableau.

2. Les capacités de prise en charge en HAD sont mesurées par le nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément par les établissements d'HAD. Le terme de « places », utilisé auparavant pour désigner les capacités d'accueil, a été abandonné pour ne pas le confondre avec les places des services d'hospitalisation conventionnelle.

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

Sources > Drees, SAE 2023 (base statistique) et 2024 (base administrative), traitements Drees.

> Études et Résultats n° 1353 © Drees

« virage ambulatoire », ou de contraintes de personnel ne permettant pas de maintenir les lits. Entre fin 2013 et fin 2024, la baisse cumulée atteint 45 500 lits d'hospitalisation complète, soit -11,0 % en onze ans. L'inflexion observée en 2024 est principalement le fait du court séjour (-0,6 % en 2024, contre -1,4 % en 2023 et -1,5 % en moyenne entre fin 2013 et fin 2019) et de la psychiatrie (-1,0 %, contre -2,6 % en 2023, et -0,9 % entre 2013 et 2019). En court séjour, la diminution de 2024 est exclusivement due aux cliniques privées (-1 200 lits sur une baisse totale de 1 100 lits) [tableau complémentaire C]. En psychiatrie, la baisse provient au contraire essentiellement du secteur public (-600 lits sur une baisse totale de 500), tandis que le nombre de lits progresse dans les cliniques privées (+100 lits).

En moyen séjour, comme en 2023, le nombre de lits est quasi stable (-100 lits, soit -0,1 % en 2024, contre -0,2 % en 2023, et +0,1 % en moyenne entre fin 2013 et fin 2019). En long séjour (soins de longue durée [SLD]), le nombre de lit diminue plus fortement (-300 lits, soit -0,9 % en 2024 comme en 2023, contre -0,5 % en moyenne entre 2013 et 2019), mais uniquement dans le secteur public (-400 lits). Toutes disciplines confondues, l'évolution des capacités d'hospitalisation complète en 2024 est donc le fait des hôpitaux publics (-1 100 lits sur -2 000 lits) et des cliniques privées (-1 000 lits), et non pas des établissements privés à but non lucratif (+100 lits).

Les capacités d'hospitalisation partielle et à domicile poursuivent leur hausse

Depuis la seconde moitié des années 1980, des innovations médicales (techniques, médicamenteuses et organisationnelles) ont transformé les modes de prise en charge, notamment en anesthésie

et en chirurgie. Un nombre croissant de procédures évoluent vers des alternatives à l'hospitalisation complète. En conséquence, le nombre de places en hospitalisation partielle progresse régulièrement : entre fin 2013 et fin 2024, 23 400 places ont été créées (+34,6 % en onze ans).

En 2024, le nombre total de places d'hospitalisation partielle augmente de 3,1 % (+2 800 places), soit un rythme un peu moins rapide que les années précédentes : +4,0 % en 2023, +3,2 % en 2022, +3,3 % en 2021. La hausse en 2024 reste toutefois supérieure à la croissance moyenne annuelle entre fin 2013 et fin 2019 (+2,5 %).

La progression du nombre total de places en 2024 est portée par le dynamisme de l'hospitalisation partielle en court séjour (+1 700 places) et en moyen séjour (+1 100 places) [tableau complémentaire D]. En MCO, l'augmentation en 2024 (+4,4 %, contre +4,8 % en 2023 et +3,1 % par an entre 2013 et 2019) est en particulier le fait des hôpitaux publics (+1 100 places en 2024, soit +5,6 %). En moyen séjour, la progression du nombre de places reste importante mais moindre que les années précédentes (+5,5 % en 2024, contre +7,3 % en 2023 ou +5,9 % en 2022, et +6,0 % en moyenne annuelle entre fin 2013 et fin 2019). Elle est majoritairement due à l'essor des cliniques privées (+700 places, soit +8,4 %).

En psychiatrie, le nombre de places ne s'accroît pas en 2024, alors qu'il augmentait les années précédentes (+1,1 % en 2023 et +0,3 % en 2022, et +0,4 % en moyenne annuelle entre fin 2013 et fin 2019). Tandis que la capacité des établissements du secteur public diminue en 2024 (-300 places), celle du secteur privé augmente (+200 places en cliniques privées et +100 places dans les établissements à but non lucratif).

Toutes disciplines confondues, les nouvelles capacités d'hospitalisation partielle en 2024 sont d'abord attribuables aux cliniques privées (+1 200 places sur +2 800 places), puis aux hôpitaux publics (+1 000 places) et aux établissements privés à but non lucratif (+500 places).

Alternative à l'hospitalisation conventionnelle, l'hospitalisation à domicile (HAD) connaît une croissance tendancielle de ses capacités d'accueil. En 2024, celles-ci augmentent de nouveau vigoureusement : +5,5 %, après +4,1 % en 2023 (tableau complémentaire E). Fin 2024, 25 400 patients peuvent être pris en charge simultanément en HAD sur le territoire, ce qui représente 8,1 % des capacités totales de prise en charge en hospitalisation complète en court et moyen séjour (hors psychiatrie, y compris HAD). En 2006, l'HAD représentait 2,1 % de ces capacités (soit 7 000 patients pouvant être pris en charge simultanément).

Le nombre de lits de soins critiques néonataux des maternités de type 3 progresse

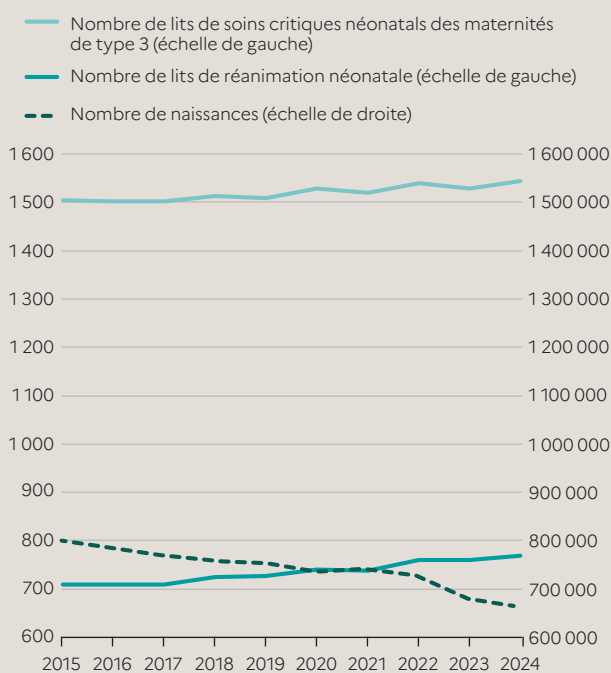
Les décrets relatifs à l'offre de soins périnataux du 9 octobre 1998 (désormais articles D. 6124-35 et suivants du Code de la santé publique) mettent en place une offre graduée de soins. Organisée en réseaux, elle permet de garantir une meilleure adéquation entre le niveau de risque de la patiente et du nouveau-né et le type de la maternité d'accueil. En 2024, 155 maternités dites de type 1 disposent seulement d'un service d'obstétrique ; 140 de type 2A sont également dotées d'un service de néonatalogie hors soins intensifs prenant en charge des prématurés et des nouveau-nés pouvant présenter des pathologies modérées, 88 de type 2B sont en outre pourvues d'un service de soins intensifs néonataux consacré aux nouveau-nés prématurés ou aux bébés présentant de graves problèmes de santé, immédiatement après la naissance ou dans les suites d'un séjour en réanimation ; enfin, 67 de type 3 comptent, en sus, un service de réanimation néonatale pouvant prendre en charge les

grands et extrêmes prématurés dans leurs premières semaines de vie et les nouveau-nés présentant des détresses graves ou des risques vitaux.

Concernant les plateaux de soins critiques néonataux des maternités de type 3 (à savoir leur réanimation néonatale et leurs soins intensifs contigus), ces derniers totalisent, fin 2024, 768 lits de réanimation néonatale, et 776 lits de soins intensifs néonataux¹ (graphique 2).

Entre 2023 et 2024, le nombre de lits de réanimation augmente (+8 lits, soit +1,1 %), tout comme l'ensemble des lits de soins critiques néonataux des maternités de type 3 (+15 lits, soit +1,0 %) [graphique 2]. Sur une plus longue période, entre 2015 et 2024, la progression est de 8,2 % pour les lits de réanimation néonatale et de 2,7 % pour les lits de soins critiques néonataux des maternités de type 3. Ces évolutions à court ou moyen terme contrastent avec la baisse régulière du nombre total de lits d'obstétrique (-1,7 % en un an, à 13 795 lits fin 2024 ; -17,2 % en neuf ans) ou de néonatalogie (-1,0 % en un an, à 2 762 lits fin 2024 ; -6,4 % en neuf ans), et la baisse du nombre total de naissances (-2,2 % en un an, à 663 000 fin 2024 ; -17,0 % en neuf ans) [tableau complémentaire F].

Graphique 2 Nombre de lits de soins critiques néonataux des maternités de type 3 et de naissances depuis 2015



Note > Les maternités de type 3 proposent sur un même site un service d'obstétrique, un service de néonatalogie, un service de soins intensifs néonataux, ainsi qu'un service de réanimation néonatale. Les soins critiques regroupent les soins intensifs et de réanimation.

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

Sources > Drees, SAE 2015-2023 (bases statistiques) et 2024 (base administrative), traitements Drees ; Insee, nombre de naissances.

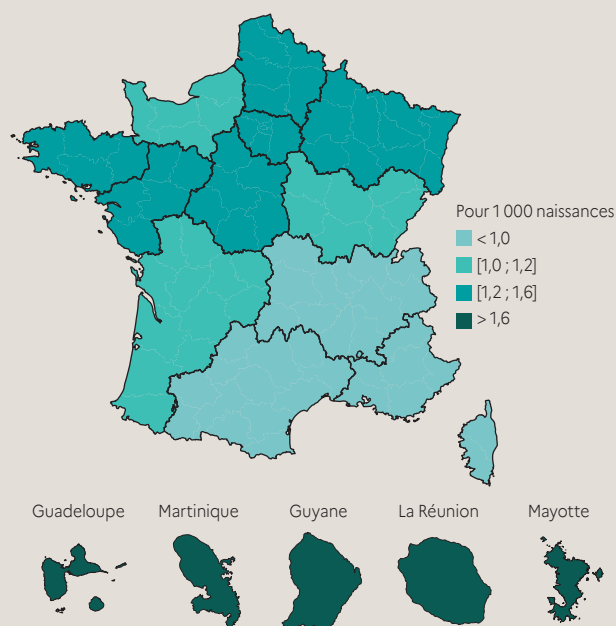
> Études et Résultats n° 1353 © Drees

Les régions du sud-est de la France ne comptent pas encore un lit de réanimation néonatale pour 1 000 naissances

Entre 2015 et 2024, le nombre de lits de soins critiques des maternités de type 3 et de réanimation néonatale a progressé, tandis que celui des naissances a chuté. Ces deux évolutions font augmenter les densités de lits de soins critiques néonataux et de lits de réanimation néonatale, lorsque les lits sont rapportés au nombre de naissances² : la densité des lits de réanimation néonatale atteint 1,2 lit pour 1 000 naissances (contre 0,9 à fin 2015)³, et celle des lits de soins critiques néonataux des maternités de type 3, 2,3 lits pour 1 000 naissances (contre 1,9 à fin 2015).

Considérant l'échelon régional, la feuille de route 2024-2030 Pédiatrie et Santé de l'enfant fixe comme objectif de parvenir dans chaque région à un lit de réanimation néonatale pour 1 000 naissances, d'ici à 2027. Si seules cinq régions sur dix-huit (dont quatre dans les DROM) atteignaient ce seuil fin 2015, elles sont désormais quatorze fin 2024 (y compris les cinq DROM) [carte 1]. Quatre régions se situent encore au-dessous de ce seuil : la Corse, qui ne dispose d'aucun lit de réanimation néonatale, Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca) [0,7 lit pour 1 000 naissances, contre 0,6 en 2015],

Carte 1 Densités régionales de lits en réanimation néonatale en 2024



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

Lecture > En 2024, la densité de lits de réanimation néonatale de la Guyane est supérieure à 1,5 lit pour 1 000 naissances (1,5 %).

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

Sources > Drees, SAE 2024 (base administrative), traitements Drees ; Insee, nombre de naissances en 2024.

> Études et Résultats n° 1353 © Drees

1. Les maternités de type 2B disposent également de 441 lits de soins intensifs (tableau complémentaire F). Le profil de leurs patients, généralement plus stables, y est différent de celui des nouveau-nés hospitalisés dans les lits de soins intensifs des maternités de type 3.

2. Une telle densité ne prend en compte, par définition, que le nombre de naissances pour exprimer le besoin en matière de santé publique, et pas la gravité des cas pris en charge. Les besoins d'un bassin de vie dépendent cependant aussi d'autres facteurs comme le taux de prématurité, qui varie d'une région à l'autre. Le développement de la prise en charge des extrêmes prématurés, ainsi que celle d'enfants porteurs de pathologies sévères sont également susceptibles d'accroître le besoin de lits de soins critiques, ce qui n'est pas reflété par la densité.

3. L'augmentation de la densité de lits de réanimation sur neuf ans est attribuable pour près d'un tiers à l'augmentation du nombre de lits et pour les deux tiers à la diminution des naissances.

ainsi que la région Auvergne-Rhône-Alpes et l'Occitanie (0,9 lit chacune, contre respectivement 0,8 et 0,7 en 2015). La première délégation pour 2025 des crédits du Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS) annonce que ces régions recevront des financements d'amorce pour créer 29 nouveaux lits de réanimation néonatale à l'horizon de 2027. La circulaire leur alloue en 2025 1,1 million d'euros pour couvrir la réalisation d'une première tranche de 11 lits de réanimation.

À l'échelle infrarégionale des réseaux de santé périnatale, mailage historique de l'offre de soins critiques néonataux, les densités

observées en la matière sont globalement similaires à celles relevées à l'échelle régionale⁴. L'Île-de-France fait exception, avec des écarts plus marqués entre ses sept réseaux : le réseau parisien, qui concentre des services de chirurgie néonatale spécialisée, y atteint par exemple un maximum avec 2,8 lits de réanimation néonatale pour 1 000 naissances, contre seulement 0,7 pour le réseau du Val-d'Oise. ●



Télécharger les données

4. Les réseaux de soins périnataux sont des dispositifs à l'échelon régional ou infrarégional, sauf en Corse et en région Paca où le réseau Méditerranée réunit ces deux régions (et Monaco). La Corse ne disposant d'aucune maternité de type 3, les femmes enceintes susceptibles d'en avoir besoin vont accoucher dans les maternités de type 3 de Paca. Par ailleurs, considérant les maternités de type 2B (en plus de celles de type 3), la Corse présente une densité de 4,0 lits de soins critiques néonataux pour 1 000 naissances, ce qui en fait la sixième région la mieux dotée, tous lits de soins critiques néonataux confondus.

Mots clés : Établissement de santé Capacité d'accueil Hospitalisation Activité hospitalière Hôpital

Pour en savoir plus

- > Cazenave-Lacroutz, A. (dir.) [2025, juillet]. *Les établissements de santé en 2023 – Édition 2025*. Paris, France : Drees, coll. Panoramas de la Drees-Santé.
- > Cazenave-Lacroutz, A., et al. (2025, juillet). La dégradation des comptes financiers des hôpitaux publics se poursuit en 2024 - Premiers résultats sur les établissements de santé en 2024. Drees, *Études et Résultats*, 1344.
- > 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.
- > Drees (2025, janvier). Bon usage des bases SAE et spécificités 2023. Note méthodologique.
- > 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.
- > 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.

> Publications
drees.solidarites-sante.gouv.fr

> Open Data
data.drees.solidarites-sante.gouv.fr

> Nous contacter
drees-infos@sante.gouv.fr

> Contact presse
drees-presse@sante.gouv.fr

Directeur de la publication : Thomas Wanecq
Responsable d'édition : Valérie Bauer-Eubriet
Chargée d'édition : Laureen Guhur
Composition et mise en pages : Drapeau Blanc
Conception graphique : Drees

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources
 ISSN électronique 1146-9129 • AJP 0001384

Les destinataires de cette publication sont informés de l'existence à la Drees d'un traitement de données à caractère personnel les concernant. Ce traitement, sous la responsabilité du directeur de la publication, a pour objet la diffusion de la publication de la Drees. Les données utilisées sont l'identité, la profession, l'adresse postale personnelle ou professionnelle. Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les destinataires disposent d'un droit d'accès et de rectification aux données les concernant ainsi qu'un droit d'opposition à figurer dans ce traitement. Ils peuvent exercer ces droits en écrivant à : Drees - Bureau des Publications et de la Communication - 14 avenue Duquesne - 75 350 Paris 07 SP ou en envoyant un courriel à : drees-infos@sante.gouv.fr