



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Face à la gravité de la situation financière
des hôpitaux publics, renforcer
l'efficacité par une intégration territoriale**

**ANNEXE III Évolution du positionnement
et de l'activité des établissements publics
de santé**

SEPTEMBRE 2025

Anne **PERROT**
Charles-Henry **GLAISE**
Matthieu **LECLERCQ**
Nicolas **SALEILLE**
Joé **VINCENT-GALTIÉ**
Mouad **EL ISSAMI**

Mathias **ALBERTONE**
Paul-Marie **ATGER**
Pierre **RICORDEAU**

IGF

INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES



INSPECTION GÉNÉRALE
DES AFFAIRES SOCIALES



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Inspection générale des
finances

IGF N° 2025-E-023-02

Inspection générale des
affaires sociales

IGAS N° 2025-030R

RAPPORT

**FACE A LA GRAVITÉ DE LA SITUATION FINANCIÈRE
DES HÔPITAUX PUBLICS, RENFORCER L'EFFICIENCE
PAR UNE INTÉGRATION TERRITORIALE**
**Annexe III Évolution du positionnement et de
l'activité des établissements publics de santé**

Établi par

CHARLES-HENRY **GLAISE**
Inspecteur des finances

NICOLAS **SALEILLE**
Inspecteur des finances

MATTHIEU **LECLERCQ**
Inspecteur des finances

Joé **VINCENT-GALTIÉ**
Data scientist

MOUAD **EL ISSAMI**
Data scientist

Sous la supervision de
ANNE **PERROT**
Inspectrice générale des
finances

MATHIAS **ALBERTONE**
Inspecteur général des affaires
sociales

PIERRE **RICORDEAU**
Inspecteur général des affaires
sociales

PAUL-MARIE **ATGER**
Inspecteur des affaires
sociales

- SEPTEMBRE 2025 -

ANNEXE III

Évolution du positionnement et de l'activité des établissements publics de santé

SYNTHÈSE

Les travaux de la mission portant sur l'activité des EPS se sont notamment focalisés sur les urgences, à la situation pré-pandémique alarmante, sur l'ambulatoire, dont la dynamique a porté l'activité hospitalière mais a principalement tirée par le secteur privé, et sur l'hospitalisation à domicile (HAD) dont le secteur n'est pas suffisamment saisi. L'enjeu de la reprise d'activité, en particulier sur les secteurs les plus dynamiques, représente des gains de recettes potentiels importants, sans pour autant établir que ces recettes génèrent *in fine* des gains nets, nécessitant une valorisation de chaque euro rapporté au sein d'un modèle économique défini (cf. annexe modèles économiques).

Les passages aux urgences, très largement portés par le secteur public, se sont stabilisés après la hausse ininterrompue connue avant la pandémie. En baisse d'un million de passages par rapport à 2019, les venues aux urgences se sont établies à 20,9 millions de passages en 2023, dont 80,5 % pris en charge par le secteur public. Les patients issus des urgences représentent une part importante des patients hospitalisés, le plus souvent dans un service de médecine, chirurgie ou obstétrique. Par ailleurs, les EPS s'occupent des deux extrêmes de l'échelle de gravité (CCMU), sur les patients stables d'une part (CCMU 1) et sur les prises impliquant une réanimation immédiate d'autre part (CCMU 5).

Le positionnement plus faible des EPS sur les segments d'activité porteurs, notamment l'ambulatoire, leur a fait perdre -1,3 pt de part de marché MCO, récupéré par les EBNL. La mission a mis en évidence les écarts entre la population qui recourt à l'hôpital, plus âgée que la population générale, et la baisse de la part des recours hospitaliers pédiatriques, traduction non seulement du vieillissement de la population mais aussi de la baisse de la natalité. Sur l'ambulatoire, le secteur public a peiné à relancer son activité. La mission a chiffré à une perte de 250 000 séjours sur cette seule activité soit 240 M€ de recettes, depuis 2019, traduisant -1,3 pt de marché en MCO en moins.

De même, la relance de l'hospitalisation partielle en SMR n'a pas permis de retrouver le niveau d'activité pré crise, le secteur public ayant, de surcroît, perdu -2,0 pt de part de marché. En dépit de l'accélération du virage ambulatoire, l'activité de SMR demeure inférieure à celle de 2019.

Les EPS ont décroché de la dynamique d'essor de la HAD et leur part de marché qui était de 31,3 % en 2014 n'est plus que de 27,1 % en 2024. Les structures MCO demeurent les principaux prescripteurs pour l'HAD avec 46,7 % de patients adressés en 2024 mais la part des patients orientés depuis leur domicile ou une structure médico-sociale n'est désormais plus qu'à 1 pt d'écart. L'activité d'HAD des EPS croît de +5,9 % par an en moyenne depuis 2019, mais la part de marché du secteur public s'est réduite de -3,0 pt depuis 2019. Cette perte représente près de 300 000 journées, soit 75 M€ de recettes.

SOMMAIRE

- 1. ACTIVITÉ PUBLIQUE À PLUS DE 80 %, LES PASSAGES AUX URGENCES SE SONT STABILISÉS APRÈS LA HAUSSE ININTERROMPUE CONNUE AVANT LA PANDÉMIE 1**
 - 1.1. Les services d'urgence accueillent une patientèle dont le profil d'âge est similaire à celui de la population générale1
 - 1.2. En 2023, 94,6 % des patients aux urgences y sont venus depuis leur domicile et 21,6 % ont été hospitalisés à l'issue de leur passage, le plus souvent dans un service de médecine, chirurgie ou obstétrique.....2
 - 1.3. En baisse d'un million de passages par rapport à 2019, les venues aux urgences se sont établies à 20,9 millions de passages en 2023, dont 80,5 % pris en charge par le secteur public.....3
 - 1.4. L'évolution de l'activité des urgences depuis 2019 a fortement varié entre les régions, de -12,1 % en Pays-de-la-Loire à +4,7 % en Île-de-France pour l'Hexagone et de -0,9 % en Guadeloupe à +46,8 % à Mayotte pour l'Outre-mer...5
 - 1.5. Globalement dominants sur l'activité des urgences, les EPS sont encore plus présents aux deux extrêmes de l'échelle de gravité (CCMU), sur les patients stables d'une part (CCMU 1) et sur les prises impliquant une réanimation immédiate d'autre part (CCMU 5)6

- 2. LE POSITIONNEMENT PLUS FAIBLE DES EPS SUR LES SEGMENTS D'ACTIVITÉ PORTEURS, NOTAMMENT L'AMBULATOIRE, LEUR A FAIT PERDRE -1,3 PT DE PART DE MARCHÉ MCO QUI A ÉTÉ RÉCUPÉRÉ PAR LES EBNL 9**
 - 2.1. La population qui recourt à l'hôpital vieillit plus vite que la population générale et la part des recours hospitaliers pédiatriques est en diminution régulière, le phénomène étant un peu plus accentué dans le secteur privé9
 - 2.2. Le secteur public est marqué par la pression des admissions après passage aux urgences, respectivement près de trois fois et plus de six fois supérieure à celle du privé non lucratif et lucratif et par une part plus faible de sortie vers le domicile..... 10
 - 2.3. Du fait de son retard sur l'ambulatoire, le secteur public a peiné à relancer son activité au sortir de la crise sanitaire et a perdu -1,3 pt de marché en MCO, équivalent à une perte de 250 000 séjours soit 240 M€ de recettes, depuis 2019 ...12
 - 2.4. Corrélée aux dynamiques démographiques, la reprise d'activité MCO a, par exemple, été plus forte en Corse et Occitanie et plus difficile en Centre-Val de Loire et Bourgogne-Franche-Comté..... 20
 - 2.5. Depuis la crise sanitaire, le secteur public a décroché sur les activités MCO les plus dynamiques telles que les disciplines chirurgicales, la neurologie ou l'ophtalmologie mais est mieux implanté sur l'interventionnel, l'obstétrique et le digestif 23
 - 2.6. La circulaire frontière de 2020 a contribué à l'accélération du virage ambulatoire, 36 % de la hausse de l'activité ambulatoire étant portés par les GHM concernés avec GHS plein et 17 % par ces mêmes GHM avec GHS intermédiaire..... 29

3.	BIEN QU'EN RETRAIT SUR LES DIALYSES, LES EPS ONT MAINTENU LEUR POSITIONNEMENT, À 46,9 % DE PART DE MARCHÉ, SUR LES SÉANCES MCO GRÂCE AU DYNAMISME DE LEUR ACTIVITÉ SUR LES CHIMIOTHÉRAPIES.....	31
3.1.	Les patients pris en charge en séances MCO sont plus âgés que les patients pris en charge dans le cadre de séjours du fait des pathologies chroniques traitées	31
3.2.	Les patients en séances MCO viennent de leur domicile et y retournent après leurs séances dans plus de 99 % des cas.....	31
3.3.	Les séances croissent de +2,4 % par en moyenne depuis 2019 et la répartition des parts de marché entre secteurs a peu évolué au cours de la dernière décennie ...	31
3.4.	L'activité de séances MCO est dynamique en Outre-mer et plus atone pour les EPS de Corse, Grand Est et Hauts-de-France	33
3.5.	Les parts de marché des EPS ont progressé et dépassent 50 % sur la chimiothérapie et la radiothérapie mais ont reculé sur la dialyse à 32,1 % en 2024.....	36
4.	LA RELANCE DE L'HOSPITALISATION PARTIELLE EN SMR N'A PAS PERMIS DE RETROUVER LE NIVEAU D'ACTIVITÉ PRÉ CRISE, LE SECTEUR PUBLIC AYANT, DE SURCROÎT, PERDU -2,0 PT DE PART DE MARCHÉ.....	38
4.1.	Alors que les SMR accueillent des patients moins dépendants qu'avant la crise, les patients pris en charge en SMR demeurent plus âgés et plus dépendants dans le secteur public que dans le secteur privé	38
4.2.	Avec 9 pt en plus de patients venant de leur domicile depuis 2016, les SMR se placent de moins en moins en aval des prises en charge MCO	41
4.3.	En dépit de l'accélération du virage ambulatoire, l'activité de SMR demeure inférieure à celle de 2019, le secteur public ayant, en sus, perdu -2,0 pt de part de marché.....	42
4.4.	Alors que le secteur privé lucratif est dynamique dans la plupart des régions, les évolutions régionales sont plus disparates en ce qui concerne les EPS et les EBNL ...	47
4.5.	Les EPS ont perdu leur place de premiers offreurs de soins sur les SMR locomoteurs mais se sont maintenus sur les SMR neurologiques et cardio-vasculaires.....	49
5.	LES EPS, HISTORIQUEMENT MINORITAIRES EN HAD, ONT DÉCROCHÉ DE LA DYNAMIQUE D'ESSOR DE CE MODE DE PRISE EN CHARGE ET LEUR PART DE MARCHÉ QUI ÉTAIT DE 31,3 % EN 2014 N'EST PLUS QUE DE 27,1 % EN 2024	51
5.1.	Les EPS prennent en charge en HAD des patients plus jeunes et plus autonomes que les EBL.....	51
5.2.	Les structures MCO demeurent les principaux prescripteurs pour l'HAD avec 46,7 % de patients adressés en 2024 mais la part des patients orientés depuis leur domicile ou une structure médico-sociale n'est désormais plus qu'à 1 pt d'écart	53
5.3.	Si l'activité d'HAD des EPS croît de +5,9 % par en moyenne depuis 2019, 33 % des EPS étaient encore sous SMA en 2024 et la part de marché du secteur public s'est réduite de -3,0 pt depuis 2019, soit une perte de 300 000 journées et 75 M€ de recettes.....	54
5.4.	À l'inverse du secteur privé, les EPS n'ont pas suivi la dynamique de l'HAD sur les principaux motifs de recours, notamment les soins palliatifs et les pansements complexes qui concernent 53 % des journées.....	58

1. Activité publique à plus de 80 %, les passages aux urgences se sont stabilisés après la hausse ininterrompue connue avant la pandémie

Les données des résumés de passage aux urgences (RPU) ne sont disponibles, sur Diamant, que sur la période 2016-2024, sachant que les RPU n'offrent qu'une couverture partielle sur le début de la période et que les données de l'année 2024 ne sont pas consolidées à la date de la mission. La mission s'est ainsi appuyée sur un croisement des données de Diamant et de la DREES pour étudier l'évolution de l'activité des services d'urgence entre 2016 et 2023.

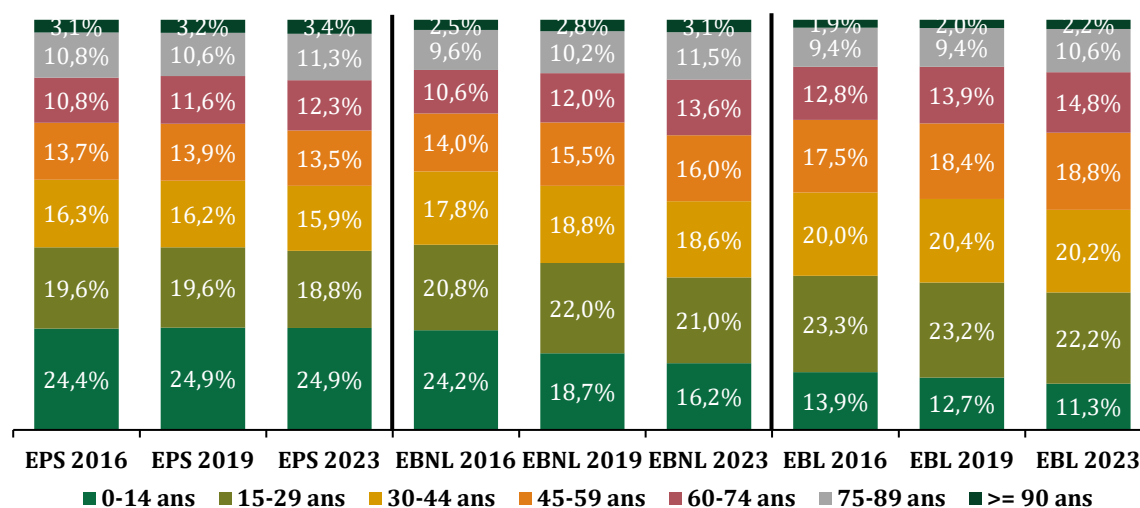
1.1. Les services d'urgence accueillent une patientèle dont le profil d'âge est similaire à celui de la population générale

La répartition des passages aux urgences par tranche d'âge montre, en 2023, **une structure proche de celle de la population générale avec toutefois une surreprésentation des enfants, adolescents et personnes de 75 ans et plus aux urgences** :

- ◆ 16,7 % en population générale vs. 22,5 % de patients de moins de 15 ans
- ◆ 17,7 % en population générale vs. 19,4 % de patients ayant entre 15 et 29 ans ;
- ◆ 18,6 % en population générale vs. 16,6 % de patients ayant entre 30 et 44 ans ;
- ◆ 19,0 % en population générale vs. 14,4 % de patients ayant entre 45 et 59 ans ;
- ◆ 17,4 % en population générale vs. 12,7 % de patients ayant entre 60 et 74 ans ;
- ◆ 10,7 % en population générale vs 14,4 % de patients ayant plus de 75 ans¹.

Si la **structure des patients des urgences des établissements publics de santé (EPS) est stable depuis 2016**, celle des patients des urgences du secteur privé indique une tendance au vieillissement, plus marquée pour les établissements privés à but non lucratif (EBNL). La part des patients de moins de 15 ans s'est ainsi réduite de -8,0 pt pour les EBNL et de -2,6 pt pour les établissements privés à but lucratif (EBL) entre 2016 et 2023 (cf. graphique 1).

Graphique 1 : Répartition des passages aux urgences par tranche d'âge des patients et par type d'établissements en 2016, 2019 et 2023



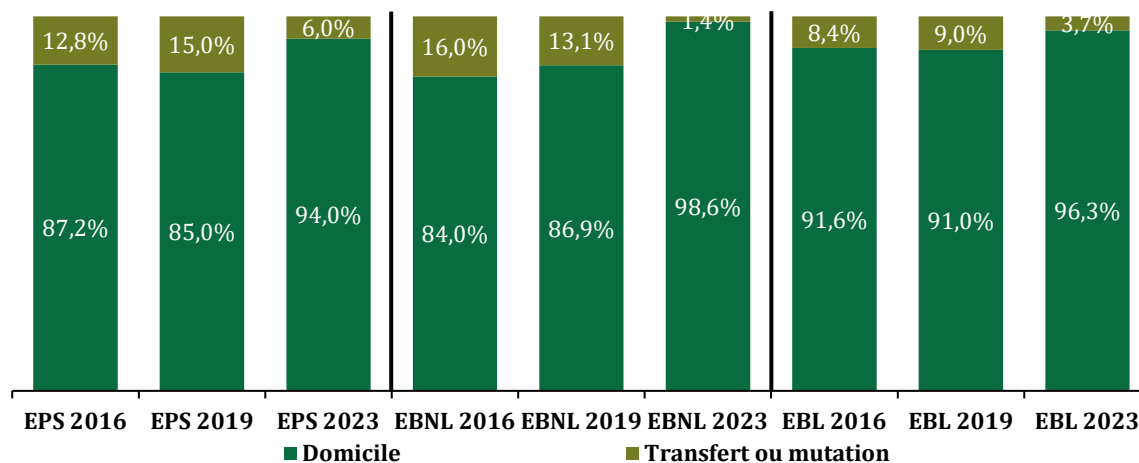
Source : DIAMANT (Cube RPU), traitements et calculs de la mission.

¹ Insee, Population par sexe et groupe d'âges - données annuelles 2025.

1.2. En 2023, 94,6 % des patients aux urgences y sont venus depuis leur domicile et 21,6 % ont été hospitalisés à l'issue de leur passage, le plus souvent dans un service de médecine, chirurgie ou obstétrique

Les patients accueillis aux urgences viennent majoritairement de leur domicile. La part de ce mode d'entrée a augmenté depuis 2016 : **87,6 % venaient de leur domicile en 2016 et ils étaient 94,6 % dans ce cas en 2023**. Les passages par transfert ou mutation depuis un service d'hospitalisation ou une autre structure se sont réduites dans les trois secteurs, les établissements ayant trois fois moins transféré les patients présents en leur sein vers un autre service d'urgence en 2023 (cf. graphique 2).

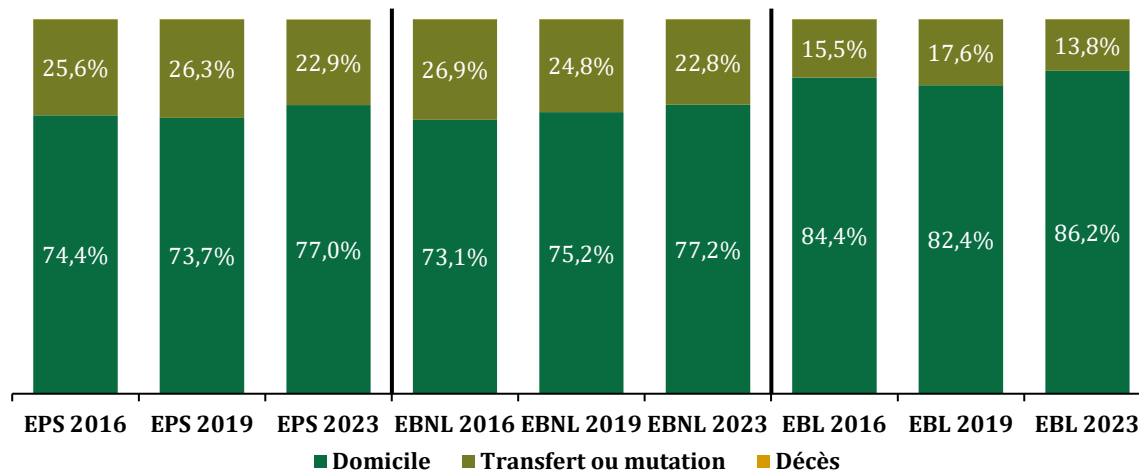
Graphique 2 : Répartition des passages aux urgences par mode d'entrée par secteur en 2016, 2019 et 2023



Source : DIAMANT (Cube RPU), traitements et calculs de la mission.

La répartition par modes de sortie des patients a été plus stable entre 2016 et 2023. **Les patients ont pu regagner leur domicile, à l'issue de leur passage aux urgences, dans 75,7 % des cas en 2016 et 78,3 % des cas en 2023**. Dans les autres cas de figure (hors décès qui concernent moins de 0,1 % des passages), ils ont été orientés vers un service d'hospitalisation, le plus souvent de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). **Les patients sont plus souvent hospitalisés après un passage aux urgences dans les EPS et les EBNL** que dans les EBL (cf. graphique 3).

Graphique 3 : Répartition des passages aux urgences par mode de sortie par secteur en 2016, 2019 et 2023

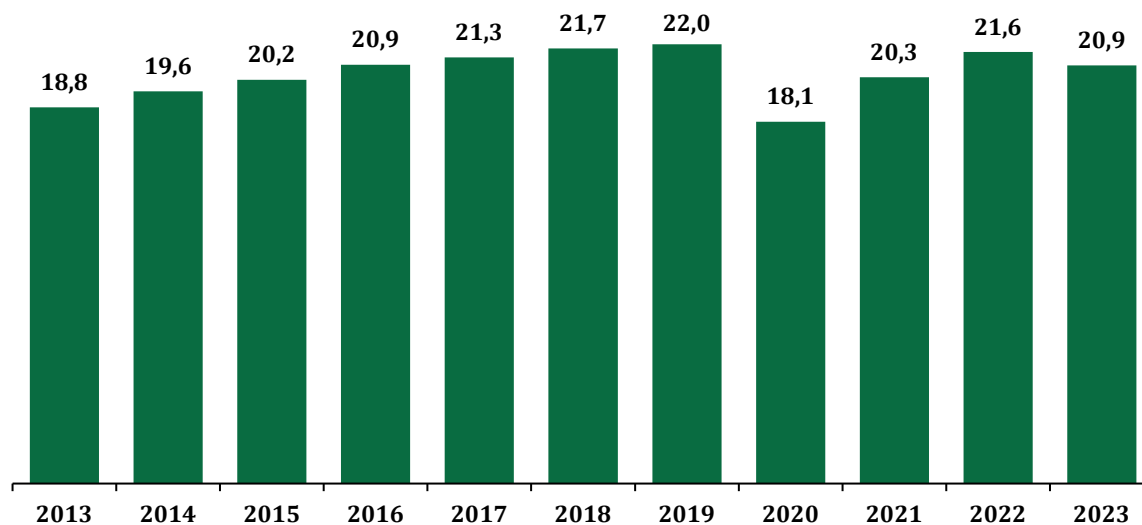


Source : DIAMANT (Cube RPU), traitements et calculs de la mission.

1.3. En baisse d'un million de passages par rapport à 2019, les venues aux urgences se sont établies à 20,9 millions de passages en 2023, dont 80,5 % pris en charge par le secteur public

Le nombre de passages aux urgences a atteint son maximum en 2019 avec 22,0 millions de passages. Le nombre de passages augmentait, avant cette année-là, d'environ 500 000 passages par an soit +2,6 % par an. En 2020, la crise sanitaire a engendré une baisse de -17,7 % des passages et c'est à partir de 2022 que les services d'urgence publics ont retrouvé le volume de passages antérieur à la crise. **Le recul de l'activité en 2023** est à mettre en lien avec la mise en place des mesures issues de la mission flash confiée, à l'été 2022, à M. François Braun, alors Président de SAMU-Urgences de France, et notamment la régulation en amont des urgences (cf. graphique 4 et encadré 1).

Graphique 4 : Nombre de passages aux urgences entre 2016 et 2023 (en milliers)



Source : DREES, panorama des établissements de santé 2022, édition 2024.

Encadré 1 : Situation des passages aux urgences en 2023

« Entre 1996 et 2019, les passages aux urgences en France ont plus que doublé, augmentant de 10,1 millions à 22 millions. Toutefois, la progression a ralenti à partir de 2016 avant de chuter à 18,1 millions en 2020 en raison de la crise sanitaire. Lors des confinements de mars et novembre 2020, le recul a été très marqué et a été suivi d'un retour progressif au niveau d'avant-crise à partir de mai 2021. Après un nouveau rebond en 2022, les passages ont diminué en 2023 pour revenir à un niveau proche de 2017 (20,9 millions).

[...] Entre le 13 mars et le 13 juin 2023, 8 % des points d'accueil des urgences ont fermé temporairement. 23 % ont instauré un accès régulé, en permanence ou sur certains créneaux horaires (régulation par le Samu ou un filtrage en amont de l'enregistrement administratif), selon l'enquête Urgences (Demoly et al., 2024). En 2022, ces structures représentaient respectivement 6 % et 23 % des passages aux urgences.

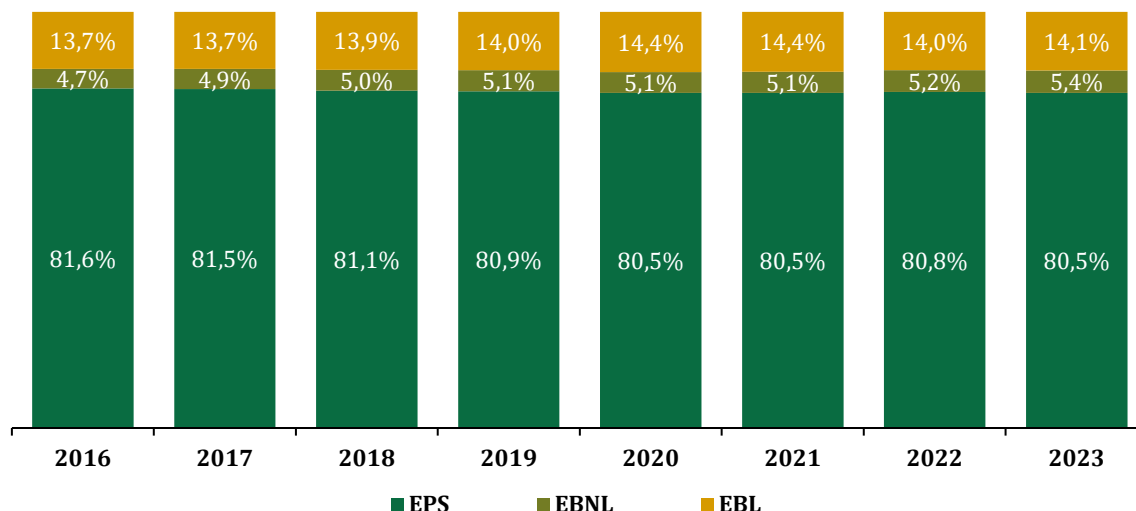
La fermeture d'au moins un point d'accueil des urgences a concerné 35 départements, mais dans plus des trois quarts de ces cas, les services fermés représentaient moins de 18 % des passages départementaux de 2022. Cependant, dans l'Ardèche, les Alpes-de-Haute-Provence et la Vendée, ces structures totalisaient plus de 40 % des passages. L'accès régulé a été plus fréquent, touchant des points d'accueil dans plus des deux tiers des départements et toutes les régions de France. Dans le Tarn-et-Garonne, la Dordogne, la Haute-Loire et le Lot-et-Garonne, toutes les structures d'urgence étaient concernées ».

Source : DREES, Passages aux urgences entre 2017 et 2023 : des dynamiques contrastées selon les départements, décembre 2024.

Annexe III

Les EPS ont assuré plus de 80 % de l'activité d'urgences tout au long de la période avec un poids toutefois décroissant, notamment entre 2016 et 2019, de 81,6 % en 2016, 80,9 % en 2019. Depuis, **la part des passages pris en charge par le secteur public s'est stabilisée**. Cette perte a été récupérée pour 0,7 pt par les EBNL. Le secteur privé lucratif a accueilli environ 14 % des passages aux urgences et le secteur privé non lucratif 5 % (cf. graphique 5).

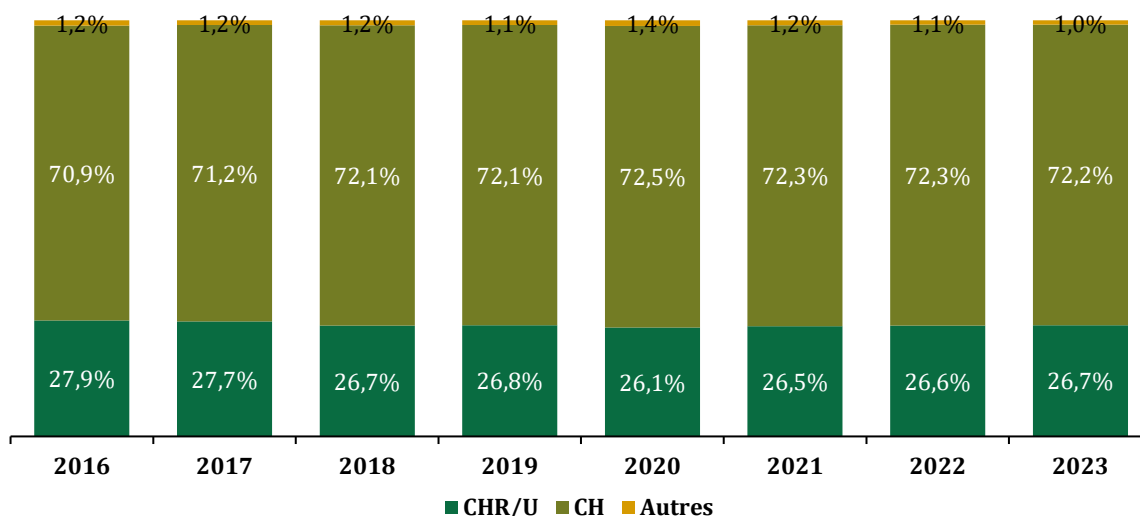
Graphique 5 : Nombre de passages aux urgences (en milliers) et parts de marché par secteur (en %) entre 2016 et 2023



Source : DIAMANT (Cube RPU), traitements et calculs de la mission.

Dans le secteur public, l'activité d'accueil et de traitement des urgences est assurée à plus de 70 % par les centres hospitaliers. La part des passages pris en charge par cette catégorie d'établissements est allée croissant, de 70,9 % en 2016 à 72,2 % en 2023. Les centres hospitaliers universitaires (CHU), dont la part a décru, ont accueilli entre 26 % et 28 % des patients se présentant aux urgences. Le service de santé des armées (SSA) prend en charge environ 1 % des urgences (cf. graphique 6).

Graphique 6 : Parts de passages aux urgences en établissement public de santé par catégorie d'établissement entre 2016 et 2023 (en %)



Source : DIAMANT (Cube RPU), traitements et calculs de la mission.

Annexe III

Tableau 1 : Évolution du nombre de passages aux urgences par secteur et par région entre 2019 et 2023 (en %)

Régions	Évolution EPS 2019-2023	Évolution EBNL 2019-2023	Évolution EBL 2019-2023	Évolution totale 2019-2023
Auvergne-Rhône-Alpes	-2,6	-3,3	-9,5	-3,8
Bourgogne-Franche-Comté	-2,7	-15,2	+12,6	-2,7
Bretagne	+2,7	-0,9	+2,3	+2,6
Centre-Val de Loire	-7,5	-	-8,1	-7,6
Corse	+0,9	-	+4,8	+1,6
Grand Est	-5,8	-5,0	-40,8	-7,2
Guadeloupe	-5,6	-	+22,7	-0,9
Guyane	+42,2	-	-	+42,2
Hauts-de-France	-1,6	+2,8	+16,1	-0,7
Île-de-France	+0,4	+28,2	+14,8	+4,7
Martinique	Non disponible	Non disponible	Non disponible	Non disponible
Mayotte	+46,8	-	-	+46,8
Normandie	+1,8	-100,0	-3,8	-0,1
Nouvelle-Aquitaine	-10,1	+35,3	-5,5	-7,7
Occitanie	-0,3	-14,9	-1,6	-1,0
Pays de la Loire	-9,5	-	-25,9	-12,1
Provence-Alpes-Côte d'Azur	-2,5	-8,4	+18,2	-1,6
Réunion	+16,9	-	-	+16,9
FRANCE	-1,7	+3,9	-0,5	-1,2

Source : DIAMANT (Cube RPU), traitements et calculs de la mission.

1.5. Globalement dominants sur l'activité des urgences, les EPS sont encore plus présents aux deux extrêmes de l'échelle de gravité (CCMU), sur les patients stables d'une part (CCMU 1) et sur les prises impliquant une réanimation immédiate d'autre part (CCMU 5)

La classification clinique des malades des urgences (CCMU) permet de catégoriser les patients selon leur niveau de besoins et de sévérité (cf. encadré 2).

Encadré 2 : Classification clinique des malades des urgences (CCMU)

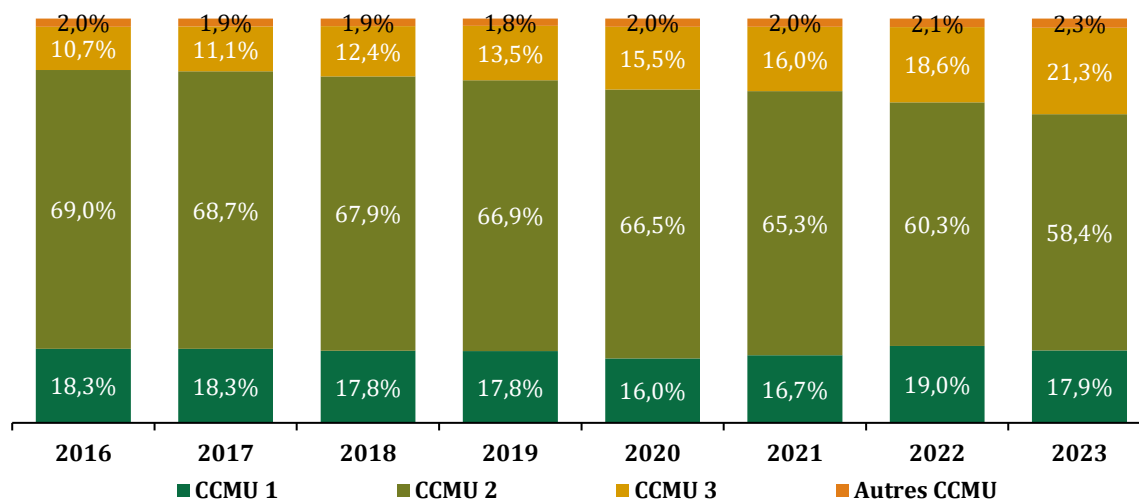
Selon la CCMU, les patients sont évalués par le médecin du service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) ou de l'accueil qui les classe sur une échelle de sept degrés :

- P : patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable ;
- 1 : état lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables et abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences ;
- 2 : état lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables et décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences ;
- 3 : état lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital ;
- 4 : situation pathologique engageant le pronostic vital et prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate ;
- 5 : situation pathologique engageant le pronostic vital et prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation ;
- D : patient décédé et pas de réanimation entreprise.

Source : Mission.

Plus de 97 % des patients arrivant aux urgences ont été intégrés dans les classes 1, 2 et 3, soit sans engagement du pronostic vital, tout au long de la période. 64,9 % des patients ont relevé de la CCMU 2. On observe toutefois une redistribution entre les classes 2 et 3 allant vers une plus grande sévérité des patients : la part des patients relevant de la CCMU 3 a, en effet, augmenté de +10,6 pt depuis 2016 tandis que la part des patients relevant de la CCMU 2 diminuait en miroir (cf. graphique 8).

Graphique 8 : Répartition des passages aux urgences par classe CCMU entre 2016 et 2023



Source : DIAMANT (Cube RPU), traitements et calculs de la mission.

Une redistribution des niveaux de sévérité s'est également opérée entre secteurs. Le positionnement des EPS, déjà supérieur à 80 % sur les classes les moins sévères et la classe la plus sévère, s'est renforcé sur les classes CCMU 1 et 2 pour environ 1 pt depuis 2016 et encore plus fortement sur la classe CCMU 5 d'environ 6 pt. **Les EPS assurent ainsi un rôle important et croissant de premier recours, en substitution de la ville, tout en prenant en charge les patients nécessitant une réanimation immédiate.** Le secteur privé a, en revanche, assuré une part des prises en charge de patients relevant des CCMU 3 et 4, respectivement en hausse de +10,6 pt et +6,5 pt (cf. tableau 2).

Annexe III

Tableau 2 : Parts de marché par CCMU et par secteur en 2016, 2019 et 2023 (en %)

Niveau de prise en charge	EPS 2016	EPS 2019	EPS 2023	EBNL 2016	EBNL 2019	EBNL 2023	EBL 2016	EBL 2019	EBL 2023
CCMU 1	87,3	88,4	88,2	5,2	4,6	5,8	7,5	7,0	5,9
CCMU 2	79,5	79,1	80,9	5,0	6,0	5,2	15,5	14,9	13,9
CCMU 3	82,6	73,2	72,0	4,2	4,6	6,0	13,3	22,2	22,0
CCMU 4	73,9	68,0	67,4	2,9	4,1	6,4	23,2	27,9	26,2
CCMU 5	76,5	89,6	92,6	1,8	2,7	2,8	21,7	7,7	4,6
CCMU D	95,1	96,3	93,7	1,1	1,2	2,3	3,8	2,6	4,0
CCMU P	97,1	97,2	95,7	1,2	1,1	3,2	1,8	1,7	1,1
TOTAL	81,6	80,9	80,5	4,7	5,1	5,4	13,7	14,0	14,1

Source : DIAMANT (Cube RPU), traitements et calculs de la mission.

2. Le positionnement plus faible des EPS sur les segments d'activité porteurs, notamment l'ambulatoire, leur a fait perdre -1,3 pt de part de marché MCO qui a été récupéré par les EBNL

2.1. La population qui recourt à l'hôpital vieillit plus vite que la population générale et la part des recours hospitaliers pédiatriques est en diminution régulière, le phénomène étant un peu plus accentué dans le secteur privé

L'âge moyen des patients hospitalisés en MCO est supérieur à l'âge moyen de la population générale française, quel que soit le secteur : 57,3 ans en 2024 vs. 42,5 ans en moyenne pour la population française. Alors que la population de plus de 65 ans a progressé d'un tiers sur la dernière décennie (cf. encadré 3), **le vieillissement est encore plus marqué pour les patients hospitalisés**. Sur la dernière décennie, l'âge moyen des patients hospitalisés a, en effet, progressé de +3,2 ans vs. +1,8 an pour la population générale.

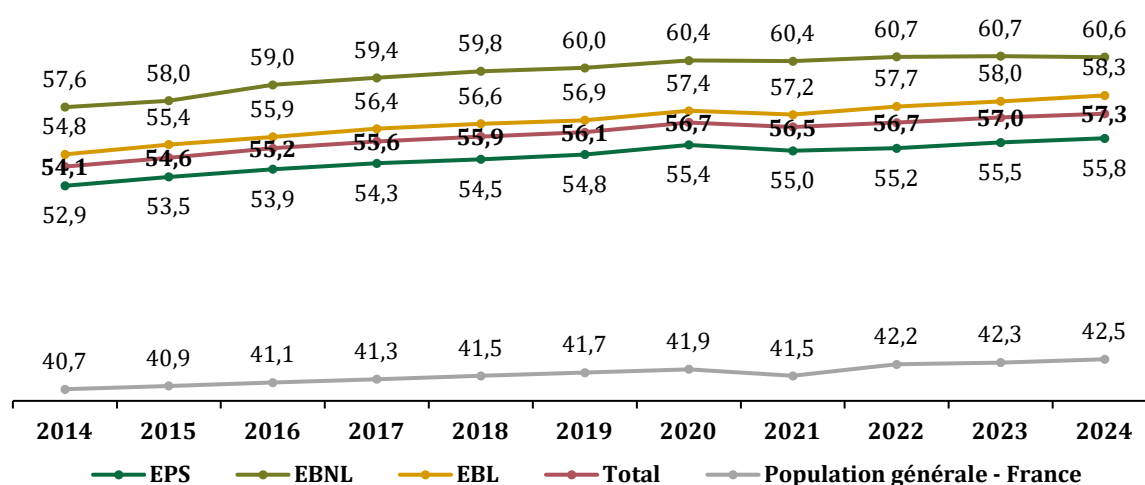
Encadré 3 : Vieillissement de la population française

Au 1^{er} janvier 2025, en France, 21,8 % des habitants ont au moins 65 ans, contre 16,3 % en 2005. Cette part augmente depuis plus de trente ans. Le vieillissement de la population s'accélère depuis le milieu des années 2010, avec l'arrivée à ces âges des générations nombreuses du baby-boom dont les plus anciennes auront 79 ans en 2025 (et les plus jeunes 51 ans). Ainsi, les personnes âgées d'au moins 75 ans représentent désormais 10,7 % de la population, contre 8,0 % en 2005.

Source : Insee, bilan démographique 2024.

Les EPS accueillent, en moyenne, une patientèle plus jeune que les EBNL et EBL : 55,8 ans de moyenne d'âge en 2024 pour les EPS, 58,3 ans pour les EBL et 60,6 ans pour les EBNL. Le vieillissement de la patientèle a aussi été plus important dans le secteur privé que dans le secteur public avec une hausse de la moyenne d'âge de +3,6 ans pour les EBL depuis 2014, +3,0 ans pour les EBNL et +2,9 ans pour les EPS (cf. graphique 9).

Graphique 9 : Âge moyen des patients hospitalisés en MCO (séjours et séances) par type d'établissements entre 2014 et 2024 (en années)



Source : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

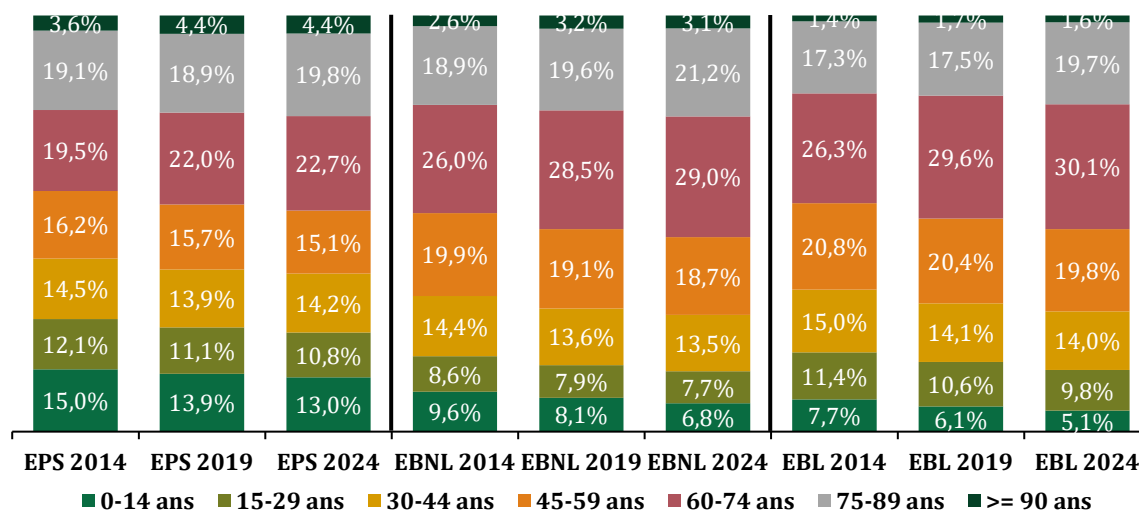
Annexe III

La part des patients de plus de 60 ans a progressé dans les trois secteurs, dans une moindre mesure toutefois dans le secteur public :

- ◆ de 42,2 % en 2014 à 45,4 % en 2019 et 46,9 % en 2024 pour les EPS ;
- ◆ de 47,5 % en 2014 à 51,3 % en 2019 et 53,3 % en 2024 pour les EBNL ;
- ◆ de 45,1 % en 2014 à 48,8 % en 2019 et 51,3 % en 2024 pour les EBL.

Si la part des patients de moins de quinze ans se réduit de deux points pour les EPS, elle se réduit plus fortement encore pour les EBL (-2,7 pt) et les EBNL (-2,8 pt). **Le secteur public se caractérise d'ailleurs par la plus grande représentation des populations pédiatriques dans sa patientèle** (cf. graphique 10).

Graphique 10 : Répartition des séjours MCO hors séances par tranche d'âge des patients et par type d'établissements en 2014, 2019 et 2024



Source : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

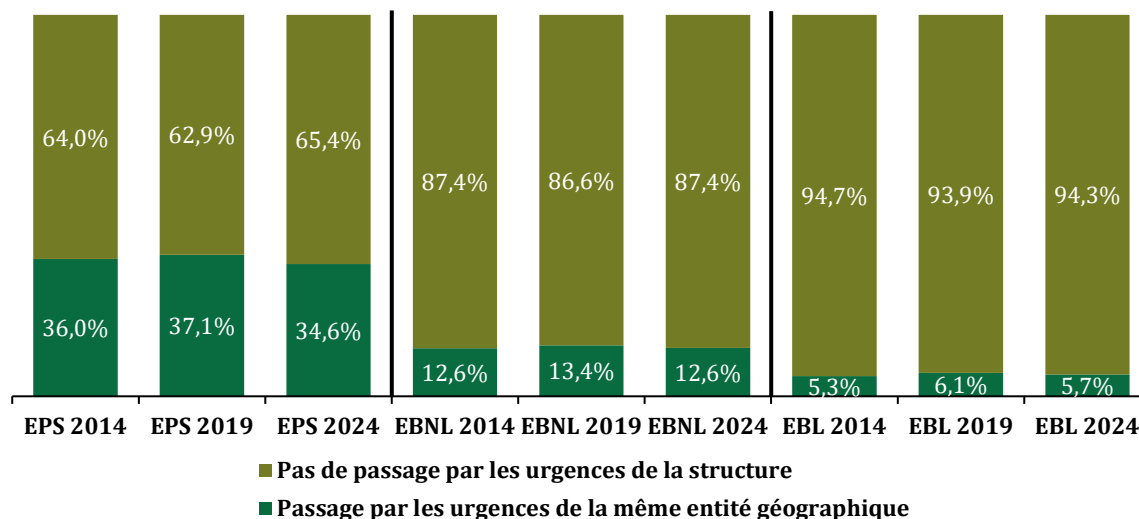
2.2. Le secteur public est marqué par la pression des admissions après passage aux urgences, respectivement près de trois fois et plus de six fois supérieure à celle du privé non lucratif et lucratif et par une part plus faible de sortie vers le domicile

Depuis 2014, les patients hospitalisés proviennent de leur domicile, avec ou sans passage aux urgences, ou naissent à l'hôpital pour 95 % à 97 % des séjours. Les autres patients sont hospitalisés à la suite de transferts d'autres établissements MCO notamment. Ces proportions de mode d'entrée sont similaires, quel que soit le secteur considéré.

Ce qui distingue les secteurs en matière de mode d'entrée est la proportion de séjours provenant des urgences. En 2024, 34,6 % des séjours MCO dans le secteur public provient d'un passage aux urgences, cette proportion étant en recul par rapport à 2014 (36,0 %) et 2019 (37,1 %). Dans le secteur privé, la part des séjours issus d'un passage aux urgences est moindre et est revenue proche de celle de 2014 après avoir connu un pic en 2019 : elle atteint 12,6 % pour les EBNL et 5,7 % pour les EBL en 2024. **Les EPS sont ainsi plus exposés à l'activité non programmé et aux difficultés organisationnelles associées que les autres établissements.**

Annexe III

Graphique 11 : Répartition des séjours MCO hors séances par mode d'entrée (passage par les urgences ou non) et par secteur en 2014, 2019 et 2024



Source : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

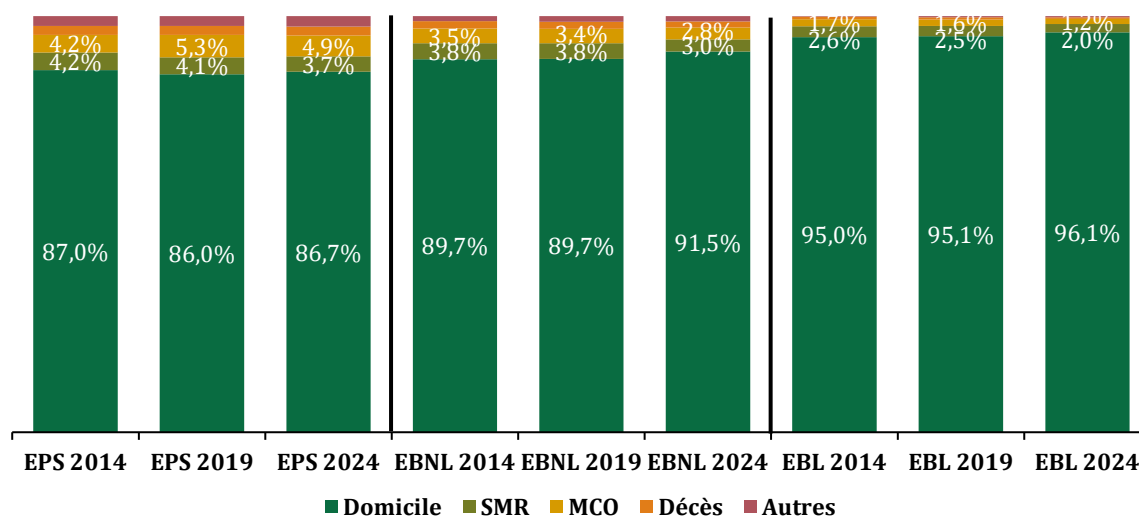
En 2024, 90,4 % des sorties de patients hospitalisés pour un séjour MCO hors séance se sont faites vers leur domicile, une proportion en hausse depuis 2019 sous l'effet de l'accélération du virage ambulatoire (cf. 2.3.1). Ce mode de sortie concerne 86,7 % des patients dans le secteur public.

L'enjeu d'identification d'une structure d'aval est ainsi plus prégnant pour les EPS :

- ◆ 3,7 % des patients des EPS sont transférés vers une structure de soins médicaux et de réadaptation (SMR) vs. 3,0 % dans le secteur privé non lucratif et 2,0 % dans le secteur privé lucratif ;
- ◆ 4,9 % des patients des EPS sont transférés vers une autre structure MCO vs. 2,8 % dans le secteur privé non lucratif et 1,2 % dans le secteur privé lucratif en 2024.

Si la part des patients transférés vers une structure de SMR a été stable entre 2014 et 2019 (autour de 3,5 %), elle s'établit, en 2024, à 3,0 %. En 2024, le SMR est ainsi moins mobilisé en aval des prises en charge MCO qu'en 2019 (cf. graphique 12).

Graphique 12 : Répartition des séjours MCO hors séances par mode de sortie et par secteur en 2014, 2019 et 2024



Source : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

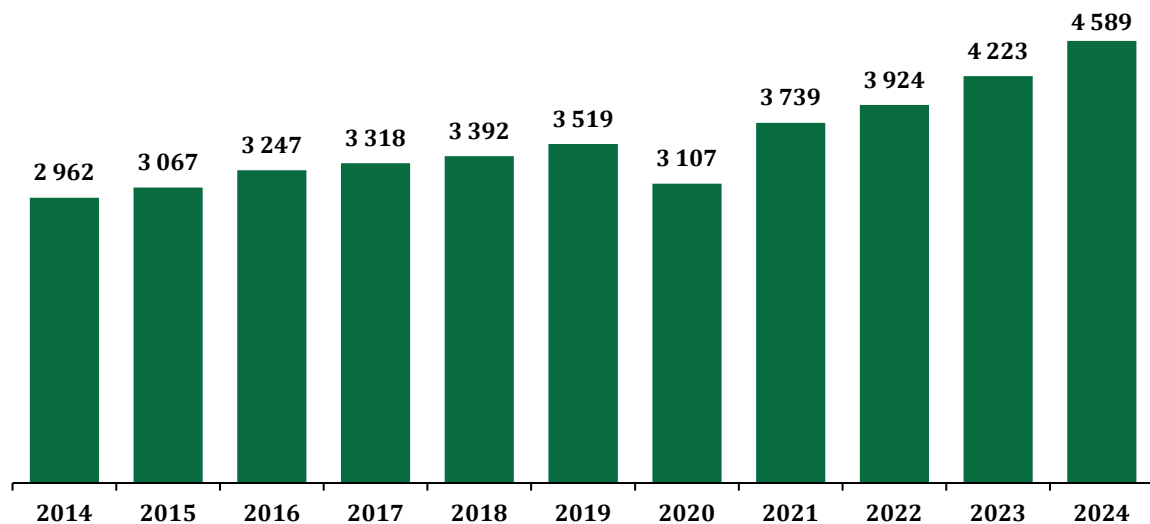
2.3. Du fait de son retard sur l'ambulatoire, le secteur public a peiné à relancer son activité au sortir de la crise sanitaire et a perdu -1,3 pt de marché en MCO, équivalent à une perte de 250 000 séjours soit 240 M€ de recettes, depuis 2019

2.3.1. Même s'ils ont recommencé à gagner des parts de marché en 2024, les EPS restent en retard sur les prises en charge ambulatoires en MCO, avec une part de marché de seulement 42,6 %

En 2024, la valorisation assurance maladie des séjours d'hospitalisation partielle MCO s'établit à 4 633 M€ (groupes homogènes de séjours, suppléments, forfaits et dispositifs en sus inclus) pour les EPS.

Sur les années 2014 à 2019, le nombre de séjours MCO hors séances sans nuitée a progressé à un rythme annuel moyen de +3,5 % dans les EPS. **Le virage ambulatoire a repris dès 2021** avec un rebond de +20,3 % en 2021, supérieur à la baisse d'activité de -11,7 % en 2020, **et s'est accéléré les années suivantes** : +4,9 % en 2022, +7,6 % en 2023 et +8,6 % en 2024. **Les EPS ont réalisé 4,6 millions de prises en charge ambulatoires en 2024**, soit 1,1 million de séjours en plus qu'en 2019 (cf. graphique 13).

Graphique 13 : Nombre de séjours MCO hors séances sans nuitée (en milliers) des EPS entre 2014 et 2024



Source : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

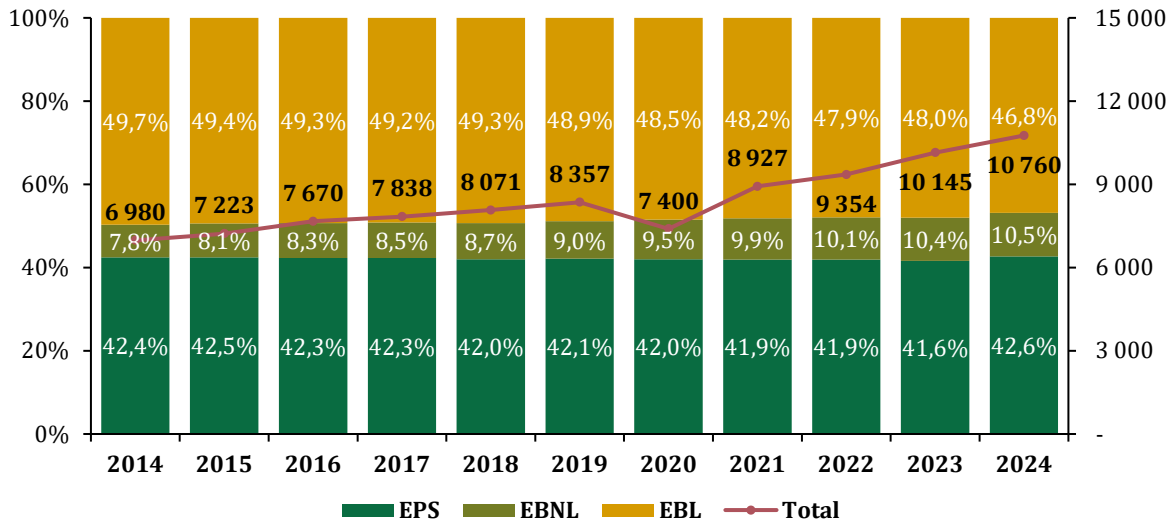
L'accélération du virage ambulatoire se retrouve à l'échelle de l'ensemble des secteurs. Alors que la croissance sur ce segment d'activité s'élevait à +3,7 % par an en moyenne entre 2014 et 2019, elle s'est établie à +4,8 % en 2022, +8,5 % en 2023 et +6,1 % en 2024. 10,8 millions de séjours MCO hors séances ont été réalisés sans nuitée en 2024, tous secteurs confondus.

La part de marché des EPS s'est progressivement érodé jusqu'en 2023, passant de 42,4 % en 2014 à 41,6 % en 2023. **Si les EPS demeurent minoritaires, leur croissance d'activité sur ce segment en 2024 a permis au secteur public de gagner un point de part de marché et d'atteindre, cette année-là, son niveau le plus haut de la dernière décennie (42,6 %).**

Annexe III

Sur ce segment ambulatoire, la part de marché des EBNL est en augmentation constante sur l'ensemble de la décennie, passant de 7,8 % en 2014 à 10,5 % en 2024. La part de marché des EBL connaît une diminution sur la période avec une baisse marquée en 2024 de -1,2 point, bénéficiant aux EPS mais **les EBL demeurent le premier secteur de l'offre de soins** avec une part de marché de 46,8 % (cf. graphique 14).

Graphique 14 : Nombre de séjours MCO hors séances sans nuitée (en milliers) et parts de marché par secteur (en %) entre 2014 et 2024



Source : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

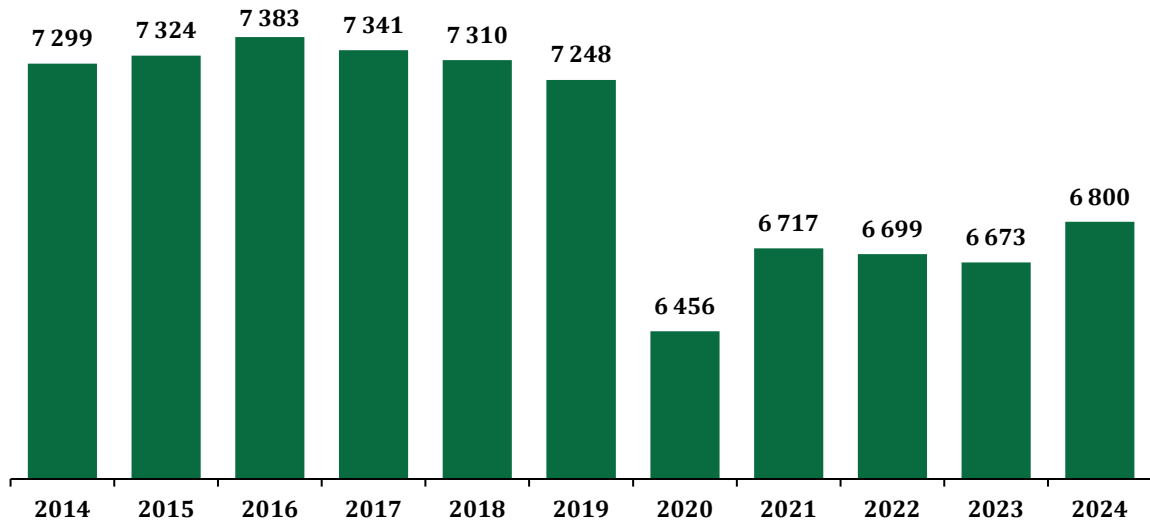
2.3.2. Les EPS sont, en revanche, toujours plus dominants sur les hospitalisations complètes MCO, segment d'activité dont la baisse continue s'est accélérée après la pandémie

En 2024, la valorisation assurance maladie des séjours d'hospitalisation complète MCO atteint 30 531 M€ (groupes homogènes de séjours, suppléments, forfaits et dispositifs en sus inclus) pour les EPS.

Sur les années 2014 à 2019, le nombre de séjours d'hospitalisation complète a été stable dans les EPS (-0,1 % par an en moyenne). **L'activité d'hospitalisation complète n'a pas retrouvé son niveau d'activité d'avant-crise**, malgré le rebond d'activité en 2021 et un regain d'activité en 2024. **On dénombre 6,8 millions de séjours d'hospitalisation complète MCO en 2024 vs. 7,2 millions de séjours en 2019 dans le secteur public** (cf. graphique 15).

Annexe III

Graphique 15 : Nombre de séjours MCO hors séances avec nuitée (en milliers) des EPS entre 2014 et 2024



Source : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

Tous secteurs confondus, l'hospitalisation complète demeure également en retrait avec :

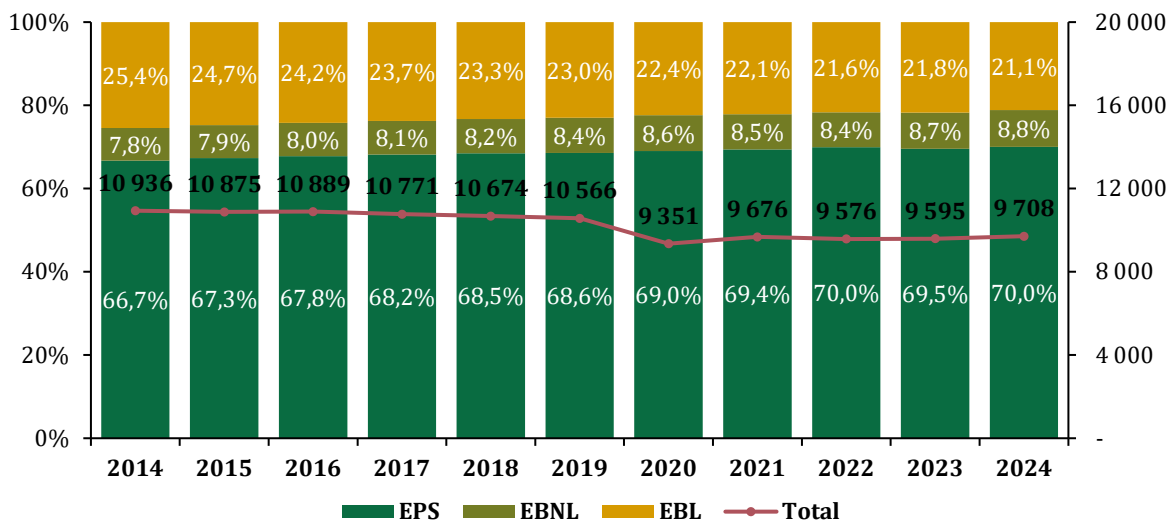
- ♦ une baisse de -0,7 % par an en moyenne de 2014 à 2019 ;
- ♦ une chute de -11,5 % en 2020 ;
- ♦ et une reprise partielle en 2021 (+3,5 %), l'activité se stabilisant ensuite.

Les séjours d'hospitalisation complète MCO ont ainsi affiché une baisse de 1,2 million de 2014 à 2024 et on recense 9,7 millions de séjours en 2024.

Tout au long de la décennie, la part de marché des EBL a baissé continuellement au profit des EPS et des EBNL. Cette baisse de -4,3 points a été récupérée à 77 % par les EPS dont la part de marché a progressé de +3,3 points et à 23 % par les EBNL dont la part de marché a enregistré une hausse de +1,0 point depuis 2014.

Les EPS ont ainsi consolidé leur positionnement majoritaire sur l'hospitalisation complète MCO avec une part de marché s'élevant à 70,0 % en 2024 (cf. graphique 16).

Graphique 16 : Nombre de séjours MCO hors séances et avec nuitée (en milliers) et parts de marché par secteur (en %) entre 2014 et 2024



Source : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

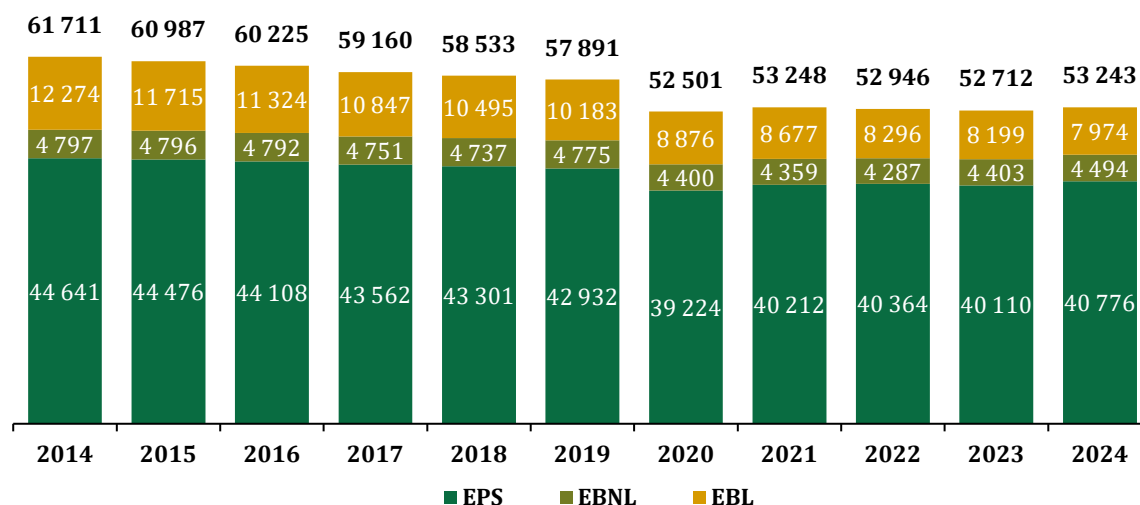
Annexe III

Le nombre de journées d'hospitalisation complète MCO suit la même tendance baissière sur la décennie :

- ◆ une baisse de -1,3 % par an en moyenne de 2014 à 2019, plus forte que la baisse du nombre de séjours, attestant d'une réduction de la durée moyenne de séjour (DMS) ;
- ◆ une chute de -9,3 % en 2020, moindre que le nombre de séjours, pointant un rallongement de la DMS ;
- ◆ une reprise partielle en 2021 (+1,4 %) inférieure à celle des séjours, et un nombre de journées se stabilisant ensuite.

En 2024, les 9,7 millions de séjours d'hospitalisation MCO ont donné lieu à 53,2 millions de journées (cf. graphique 17).

Graphique 17 : Nombre de journées MCO par secteur entre 2014 et 2024 (en milliers)



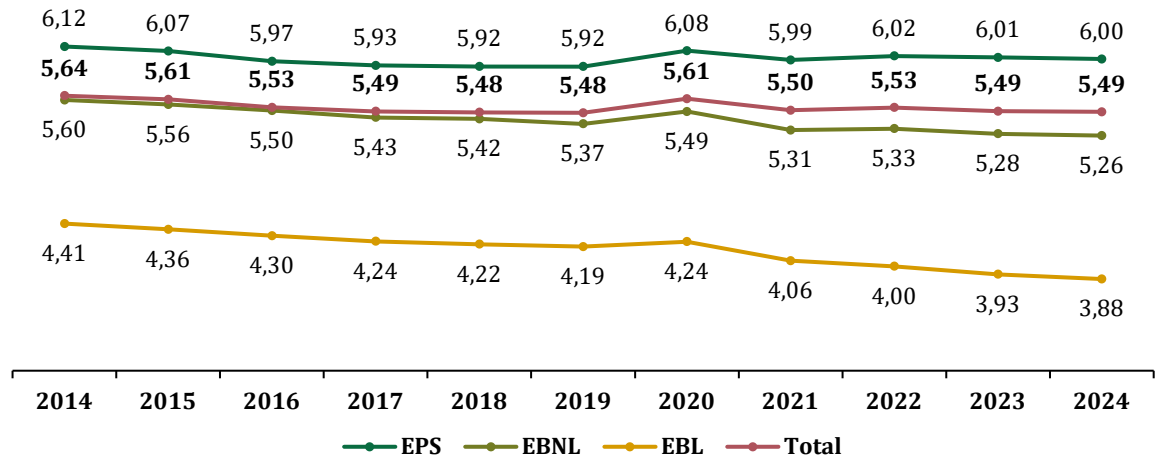
Source : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

L'analyse des DMS confirme les analyses issues du croisement des données entre séjours et journées avec :

- ◆ une réduction de la DMS de 5,64 jours à 5,48 jours sur les années 2014-2019 ;
- ◆ une remontée à 5,61 jours en 2020 ;
- ◆ et une nouvelle réduction pour revenir, en 2024, au niveau de 2019.

En 2024, la DMS demeure supérieure à son niveau de 2019 dans le secteur public alors que le secteur privé bénéficie d'une réduction de sa DMS, en particulier le secteur privé lucratif. Ces tendances sont cependant à lire avec l'évolution de la sévérité des séjours (cf. 2.5.3 et annexe V).

Graphique 18 : DMS par secteur entre 2014 et 2024 (en jours)



Source : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

2.3.3. Alors que la croissance de l'activité hospitalière est portée exclusivement par l'ambulatoire, ce mauvais positionnement de l'hospitalisation publique conduit à une perte de part de marché globale de -1,3 pt par rapport à 2019, soit 250 000 séjours de moins ou une perte de recettes de 240 M€

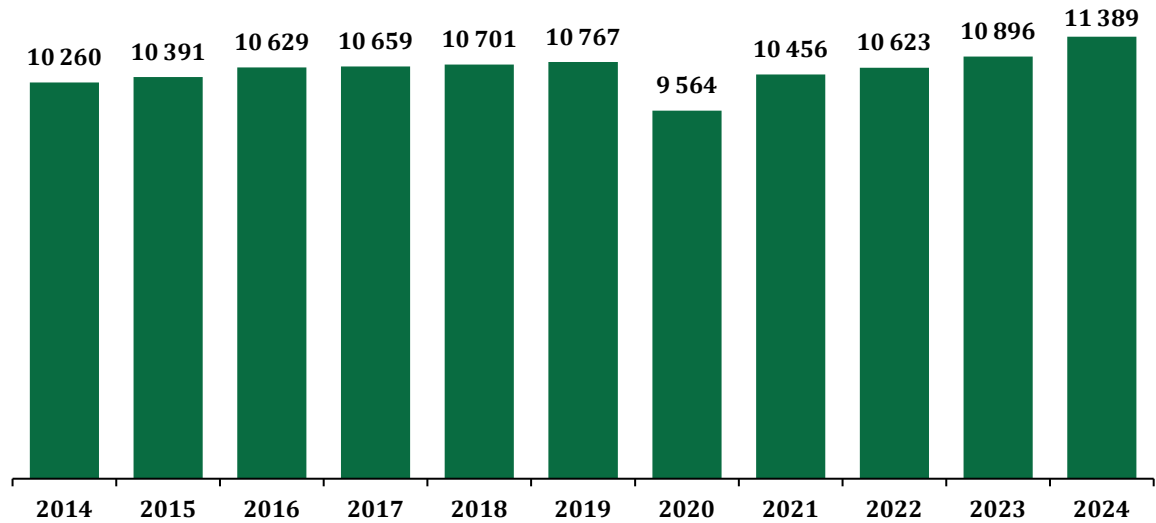
En 2024, la valorisation assurance maladie de tous les séjours d'hospitalisation MCO atteint 35 163 M€ (groupes homogènes de séjours, suppléments, forfaits et dispositifs en sus inclus) pour les EPS, répartie à 87 % sur l'hospitalisation complète et 13 % sur l'hospitalisation partielle.

Sur la période 2014-2019, le nombre de séjours MCO hors séances réalisés par les EPS a progressé de +1,0 % par an et s'élève à 10,8 millions de séjours en 2019.

Avec les déprogrammations des activités médico-chirurgicales non urgentes qui ont permis la prise en charge des patients atteints de Covid-19 en 2020, l'activité des EPS a chuté de -11,2 % en 2020. Après un rebond de +9,3 % en 2021, **la reprise d'activité s'est poursuivie (+1,6 % en 2022, +2,6 % en 2023) pour retrouver, en 2023, le volume d'activité pré-crise avec 10,9 millions de séjours.** L'activité s'est encore accélérée en 2024 avec une croissance de +4,5 % du nombre de séjours (cf. graphique 19).

Annexe III

Graphique 19 : Nombre de séjours MCO hors séances (en milliers) des EPS entre 2014 et 2024

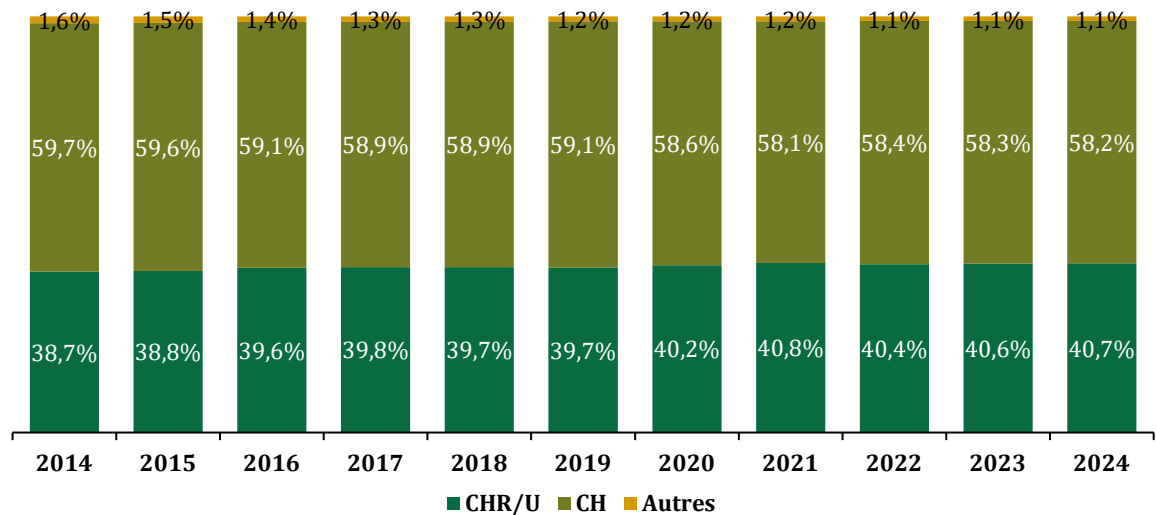


Source : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

En 2024, 58,2 % séjours MCO hors séances réalisés par le secteur public l'ont été par les CHG et 40,7 % par les CHU avec un poids croissant des CHU. La part des CHU a connu une augmentation d'un point entre 2014 et 2019 au détriment des autres établissements publics (centres hospitaliers, hôpitaux de proximité, service de santé des armées) et à nouveau entre 2019 et 2024 au détriment, cette fois-ci des CHG.

La part des séjours MCO hors séances pris en charge dans le secteur public et assurée par les centres hospitaliers a décliné, passant de 59,7 % en 2014 à 58,2 % en 2024 (cf. graphique 20).

Graphique 20 : Parts de séjours MCO hors séances en établissement public de santé par catégorie d'établissement entre 2014 et 2024 (en %)



Source : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

Annexe III

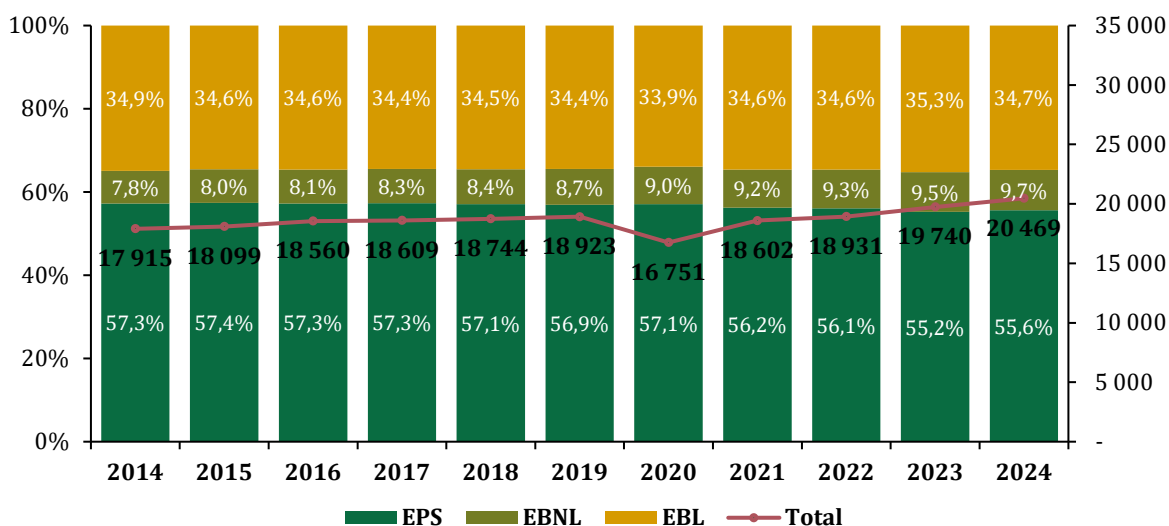
Sur la période 2014-2019, la progression de l'activité MCO hors séances s'est établie à +1,1 % par an en moyenne tous secteurs confondus. La survenue de la crise sanitaire a engendré, en 2020, une contraction de l'activité à hauteur de -11,5 % avant un rebond de +11,1 % en 2021. **La reprise d'activité s'est traduite, sur l'ensemble des secteurs à hauteur de +1,8 % en 2022, +4,3 % en 2023 et +3,7 % en 2024. Tous secteurs confondus, le niveau d'activité de l'année 2019 était, à nouveau, atteint en 2022** avec 18,9 millions de séjours en 2019 et 2022 et en 2024, 20,5 millions de séjours MCO ont été réalisés en établissement de santé.

Sur le segment des séjours MCO hors séances, la part de marché des EPS atteint son maximum en 2015 (57,4 %) puis diminue jusqu'en 2019 (56,9 %) et reste stable en 2020 (57,1 %). **Au moment de la reprise d'activité, la part de marché des EPS a décroché pour atteindre 55,2 % en 2023, témoignant d'un redémarrage plus dynamique dans le secteur privé.**

La part de marché du secteur public remonte à 55,6 % en 2024 et alors que les EPS enregistrent leurs meilleures parts de marché sur les segments ambulatoire et d'hospitalisation complète en 2024 (cf. 2.3.1 et 2.3.2), **la part de marché MCO demeure inférieure de 1,3 point à celui d'avant-crise, soit l'équivalent de 250 000 séjours. Cela est dû au moindre positionnement du secteur public sur l'ambulatoire, segment le plus dynamique, et une captation d'un plus grand volume d'activité MCO sur ce segment par le secteur privé. Considérant un GHS moyen de 913 € et une valorisation moyenne par séjour de 1 010 € sur les séjours ambulatoires des EPS en 2024, la perte de part de marché représente entre 230 et 250 M€ de recettes en moins pour les EPS.**

Par conséquent, **les parts de marché du secteur privé se sont consolidés, en particulier pour les EBNL.** La part de marché des EBNL est en augmentation constante sur l'ensemble de la décennie, passant de 7,8 % en 2014 à 8,7 % en 2019 puis 9,7 % en 2024. Les EBNL avaient d'ailleurs retrouvé leur volume d'activité de 2019 dès 2021. La part de marché des EBL connaît, au global, une diminution sur la période (34,9 % en 2014 et 34,4 % en 2024) avec un point bas en 2020 (33,9 %). Les EBL ont retrouvé leur volume d'activité de 2019 en 2022 (cf. graphique 21).

Graphique 21 : Nombre de séjours MCO hors séances (en milliers) et parts de marché par secteur (en %) entre 2014 et 2024



Source : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

2.3.4. En 2024 encore six centres hospitaliers publics sur dix ont bénéficié de la sécurisation modulée à l'activité en MCO contre un tiers seulement des CHU

Pour mémoire, les établissements de santé de tous secteurs ont bénéficié d'une garantie de financement (GF) pour sécuriser les recettes des établissements de santé dans le contexte des déprogrammations nécessaires des activités non urgentes sur les années 2020-2022 suivie d'une sécurisation modulée à l'activité (SMA) pour les campagnes tarifaires 2023 et 2024 pour accompagner la reprise d'activité (cf. encadré 4).

Encadré 4 : Dispositifs de garantie de financement et de sécurisation modulée à l'activité

La mise en place de la garantie de financement (GF) par l'ordonnance du 25 mars 2020 a obéi à deux objectifs selon les termes du rapport au président de la République relatif à l'ordonnance :

- l'objectif essentiel était de sécuriser les recettes des établissements de santé « pendant toute la période pendant laquelle ils peuvent faire face à une baisse de l'activité programmée, notamment compte tenu de la déprogrammation de certaines activités demandée par la puissance publique, au moment où leurs charges sont accrues du fait de leur participation à la lutte contre l'épidémie » ;
- est également mentionné l'objectif de sécuriser le financement des « établissements en première ligne qui ne seraient pas en mesure de « remonter en temps réel » les informations nécessaires à la valorisation de leur activité compte tenu de leur implication dans la lutte contre l'épidémie.

Le champ de la GF recouvre les activités suivantes, chacun d'entre elles faisant l'objet d'une GF calculée distinctement :

- MCO, intégrant les actes et consultations externes ;
- SMR ;
- hospitalisation à domicile (HAD) ;
- psychiatrie (les établissements publics de santé n'étant concernés qu'à partir de 2022 en raison de la réforme du financement opérée à compter de 2022 dans ce champ).

Chacune de ces GF a été estimée au niveau de l'entité juridique pour les établissements publics. L'assiette de calcul de la garantie de financement a évolué d'une année sur l'autre :

- la GF 2020 a été calculée sur le fondement des recettes perçues par l'établissement pour l'activité réalisée sur les dix derniers mois de l'année 2019, augmentée du taux moyen d'évolution tarifaire 2020 ;
- la GF 2021 a été calculée sur le fondement des recettes d'activité perçues par l'établissement en 2020 (incluant donc un éventuel versement au titre de la garantie de financement 2020) ;
- la GF 2022 a été calculée sur le fondement de la garantie de financement 2021.

L'assiette ainsi déterminée s'est vue appliquer des taux d'évolution tarifaire correspondant à des effets prix distincts selon le type de prestations et le statut de l'établissement.

À partir de la campagne tarifaire 2023, un mécanisme de sécurisation modulée à l'activité a fait suite à la GF avec une sécurisation ne couvrant que 70 % en 2023 puis 50 % en 2024 des recettes de l'établissement, le reste étant financé intégralement en fonction de l'activité effectivement réalisée. La campagne tarifaire 2025 a marqué la fin de ces dispositifs de sécurisation.

Source : Rapport au président de la République joint au projet d'ordonnance du 25 mars 2020 ; arrêtés du 6 mai 2020, 13 avril 2021 et 10 mai 2022 relatifs à la garantie de financement des établissements de santé pour faire face à l'épidémie du covid-19 ; arrêtés du 3 juin 2023 et 29 juin 2024 relatifs 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.

La reprise d'activité demeure difficile pour nombre d'EPS. En 2024, 220 EPS⁴ sur un total de 373, soit 59 %, bénéficient encore d'un soutien à la reprise d'activité MCO à travers la SMA. Les centres de lutte contre le cancer (CLCC) et les autres EBNL n'en bénéficient que pour 25 % et 42 % d'entre eux respectivement.

⁴ EPS intégrant l'AP-HP, les CHU, les CH et les établissements du SSA.

Annexe III

Les CLCC et les EBL sont les deux catégories qui sont le mieux parvenues, en moyenne, à reprendre leur activité avec 76 % de CLCC et 60 % d'EBL sortis des dispositifs de sécurisation au moment du passage en SMA, en 2023. **Hors SSA et AP-HP, ce sont les centres hospitaliers qui peinent le plus à dépasser le niveau de recettes garanti** : en 2023 et 2024, seuls une trentaine de CH par an sont parvenus à sortir de ce dispositif et en 2024, 60 % des CH, soit 202 établissements en ont bénéficié en 2024 (cf. tableau 3).

Tableau 3 : Nombre et part des établissements ayant bénéficié de la GF ou de la SMA en MCO

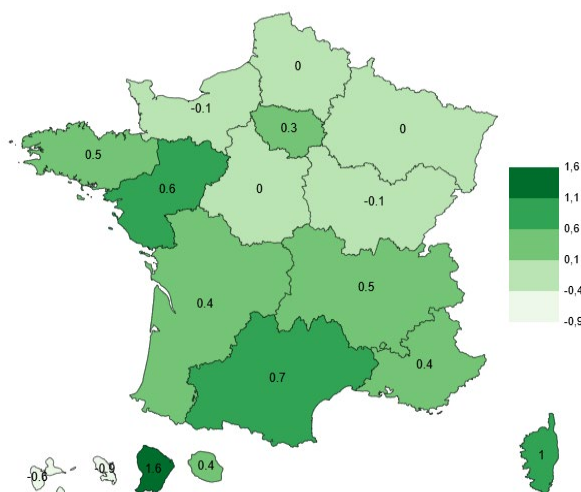
Types	2020	2021	2022	2023	2024
AP-HP	1 (100 %)	1 (100 %)	1 (100 %)	1 (100 %)	1 (100 %)
CHU	31 (100 %)	23 (74 %)	23 (74 %)	17 (55 %)	10 (32 %)
CH	352 (97 %)	297 (81 %)	268 (77 %)	238 (70 %)	202 (60 %)
SSA	8 (100 %)	8 (100 %)	8 (100 %)	8 (100 %)	7 (100 %)
CLCC	16 (64 %)	7 (28 %)	9 (36 %)	5 (24 %)	6 (25 %)
Autres EBNL	109 (81 %)	103 (76 %)	80 (67 %)	63 (53 %)	49 (42 %)
EBL	440 (68 %)	336 (56 %)	313 (54 %)	225 (40 %)	N.D.
TOTAL	957 (79 %)	775 (67 %)	702 (63 %)	557 (51 %)	N.D.

Source : DGOS.

2.4. Corrélée aux dynamiques démographiques, la reprise d'activité MCO a, par exemple, été plus forte en Corse et Occitanie et plus difficile en Centre-Val de Loire et Bourgogne-Franche-Comté

Cette partie décrit l'évolution de l'activité hospitalière par région et par secteur depuis 2014. Cette évolution doit être considérée en fonction des tendances démographiques régionales constatées, à savoir une démographie dynamique en Guyane, Corse, Occitanie, Pays de la Loire, Auvergne-Rhône-Alpes, Bretagne et déclinante en Martinique, Guadeloupe, Bourgogne-Franche-Comté et Normandie (cf. graphique 22).

Graphique 22 : Évolution démographique annuelle moyenne par région entre 2015 et 2021 (en %)



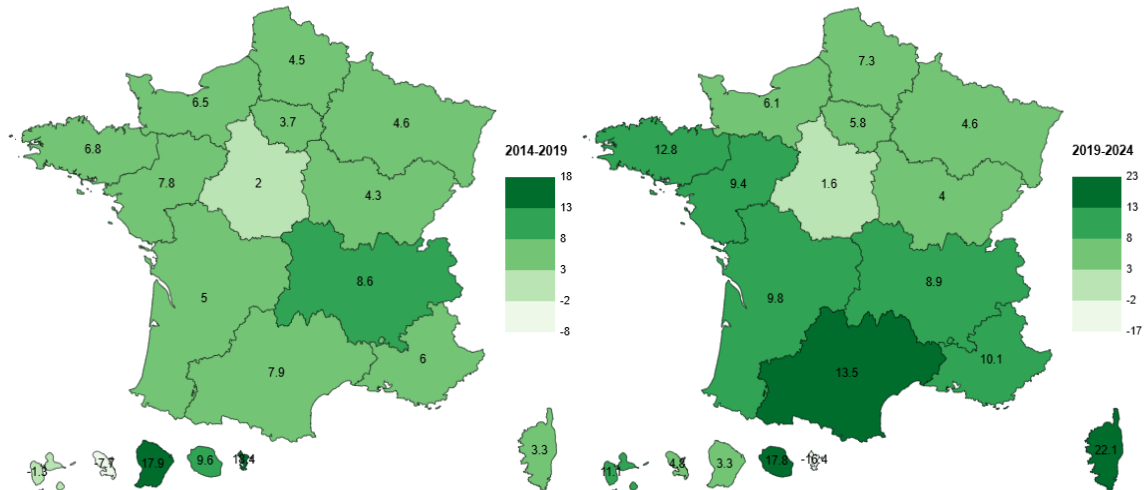
Source : Insee, comparaisons démographiques 2014-2021.

Sur la période 2019-2024, l'activité hospitalière progresse le plus dans des régions bénéficiant d'une démographie favorable telles que la Corse, la Bretagne, Provence-Alpes-Côte d'Azur et l'Occitanie et est moins dynamique dans les régions à la démographie plus défavorable (Martinique, Centre-Val de Loire, Bourgogne-Franche-Comté et Normandie).

Annexe III

Comparativement à la période antérieure à la crise sanitaire, plusieurs régions, principalement à la démographie dynamique, affichent une dynamique d'activité MCO plus importante depuis 2019. C'est le cas de la Bretagne, la Corse, la Guadeloupe, la Martinique, Nouvelle-Aquitaine, l'Occitanie, Provence-Alpes-Côte d'Azur et la Réunion. Des régions ont une dynamique d'activité d'hospitalisation MCO similaire à celle relevée avant la crise : Auvergne-Rhône-Alpes, Grand-Est, Hauts-de-France, Île-de-France, Normandie, Pays de la Loire. À l'inverse, l'activité hospitalière a ralenti depuis la crise en Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val de Loire, Guyane et Mayotte (cf. graphique 23).

Graphique 23 : Évolution du nombre de séjours MCO hors séances par région entre 2014 et 2019 et entre 2019 et 2024 (en %)



Source : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

En ce qui concerne le secteur public, les EPS bénéficient d'une relance dynamique de leur activité en Bretagne, Corse, Guadeloupe, Occitanie, Martinique, Pays de la Loire et à la Réunion. Cette relance s'avère plus difficile en Bourgogne-Franche-Comté, Grand Est, Centre-Val de Loire et Mayotte (cf. tableau 4).

Annexe III

Tableau 4 : Nombre de séjours MCO hors séances par secteur et par région entre 2014 et 2019 et entre 2019 et 2024 (en %)

Régions	Évolution EPS 2014-2019	Évolution EBNL 2014-2019	Évolution EBL 2014-2019	Évolution totale 2014-2019	Évolution EPS 2019-2024	Évolution EBNL 2019-2024	Évolution EBL 2019-2024	Évolution totale 2019-2024
Auvergne-Rhône-Alpes	+7,8	+15,2	+8,4	+8,6	+6,3	+14,3	+12,2	+8,9
Bourgogne-Franche-Comté	+7,2	+10,1	-2,9	+4,3	+0,6	+37,5	+7,7	+4,0
Bretagne	+5,1	+37,0	+2,5	+6,8	+11,3	+22,0	+12,7	+12,8
Centre-Val de Loire	+2,0	+24,1	+2,0	+2,0	+1,5	+1252,2	-1,6	+1,6
Corse	+3,9	-	+2,7	+3,3	+34,6	-	+10,5	+22,1
Grand Est	+2,9	+15,2	+1,0	+4,6	+1,1	+16,7	+3,7	+4,6
Guadeloupe	-10,3	-	+9,6	-1,3	+19,0	-	+3,3	+11,1
Guyane	+58,7	-100,0	-24,0	+17,9	+7,8	-	-35,6	+3,3
Hauts-de-France	+4,4	+5,8	+4,6	+4,5	+5,3	+21,9	+7,2	+7,3
Île-de-France	+3,3	+17,3	+0,3	+3,7	+3,0	+20,2	+5,3	+5,8
Martinique	-6,4	-	-11,1	-7,7	+9,6	-	-8,2	+4,8
Mayotte	+18,4	-	-	+18,4	-16,5	-	-	-16,4
Normandie	+8,1	+20,1	+2,7	+6,5	+5,7	+48,8	+3,6	+6,1
Nouvelle-Aquitaine	+2,5	+61,1	+2,1	+5,0	+5,6	+28,7	+12,8	+9,8
Occitanie	+7,2	+5,3	+9,0	+7,9	+13,0	+34,9	+12,1	+13,5
Pays de la Loire	+6,6	+15,1	+8,6	+7,8	+8,4	+7,9	+10,9	+9,4
Provence-Alpes-Côte d'Azur	+4,0	+14,4	+6,0	+6,0	+6,3	+19,4	+11,6	+10,1
Réunion	+5,6	-	+17,7	+9,6	+19,3	-	+15,0	+17,8
FRANCE	+4,9	+17,0	+4,2	+5,6	+5,8	+21,1	+8,9	+8,2

Source : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

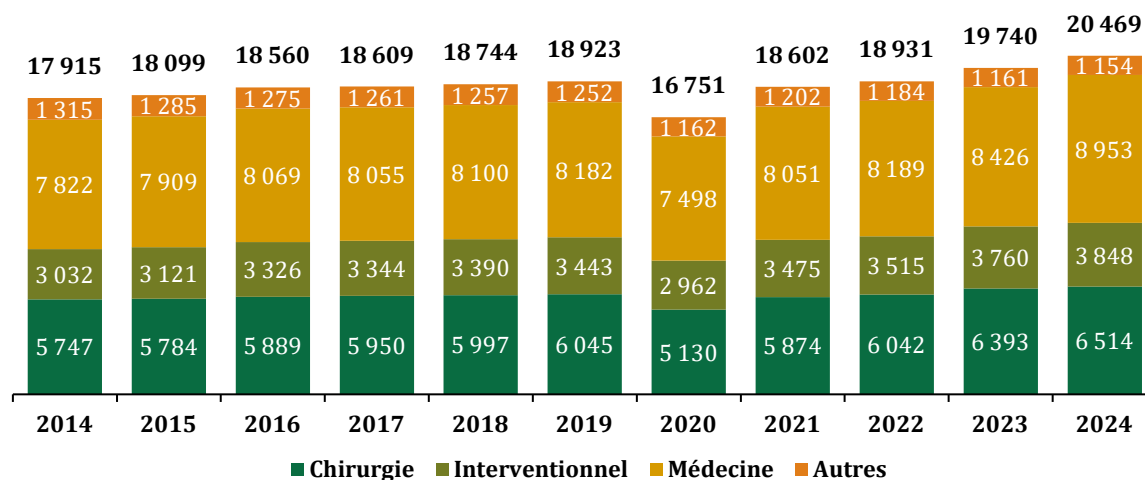
2.5. Depuis la crise sanitaire, le secteur public a décroché sur les activités MCO les plus dynamiques telles que les disciplines chirurgicales, la neurologie ou l'ophtalmologie mais est mieux implanté sur l'interventionnel, l'obstétrique et le digestif

2.5.1. Le positionnement des EPS s'est affaibli en médecine et en chirurgie avec plus de -1,5 pt de part de marché perdu depuis 2019

Sur la dernière décennie, les activités médicales, chirurgicales et interventionnelles se sont développées à un rythme compris entre +1,3 % et +2,4 % par an alors que les autres types d'activité⁵ ont décliné de -1,3 % par an en moyenne.

La part des activités médicales est stable : 43,7 % en 2014 et en 2024 avec un point haut en 2020 (44,8 %), les activités ayant été moins touchées par les déprogrammations, et un point bas en 2023 (42,7 %). La part de la chirurgie dans les prises en charge MCO est en légère diminution, de 32,1 % en 2014 à 31,8 % en 2024. Troisième type d'activité en volume, l'interventionnel est, en revanche, l'activité la plus dynamique avec une croissance moyenne annuelle de +2,4 % et représente, en 2024, 18,8 % des hospitalisations MCO hors séances vs. 16,9 % en 2014 (cf. graphique 24).

Graphique 24 : Nombre de séjours MCO hors séances par type d'activité entre 2014 et 2024 (en milliers)



Source : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

Les EPS ont un positionnement majoritaire sur les activités de médecine et les autres activités (obstétrique notamment) avec des parts de marché historiquement supérieures à 70 %.

Les parts de marché des EPS ont été en hausse sur les activités interventionnelles et les autres activités entre 2014 et 2019 et entre 2019 et 2024. Sur la décennie, la hausse s'établit à +1,3 pt sur l'interventionnel et +3,4 pt sur les autres activités. Leurs parts de marché se sont réduites, en revanche, en médecine et en chirurgie au profit des EBNL.

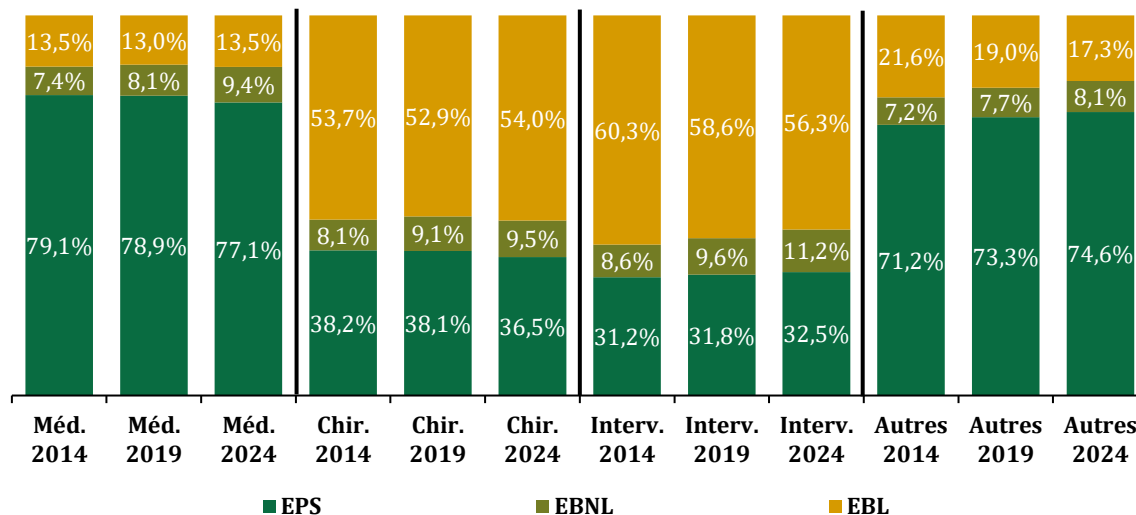
⁵ Accouchements par voie basse en lien avec la natalité et IVG en lien avec la bascule vers des prises en charge en ville notamment.

Annexe III

Sur la chirurgie et l'interventionnel, ce sont les EBL qui sont majoritaires avec des parts de marché supérieures à 50 % depuis 2014. La part de marché des EBL est stable en médecine et chirurgie et en baisse sur l'interventionnel et les autres activités (accouchements par voie basse), au profit des EPS.

De 2014 à 2024, les parts de marché des EBNL ont progressé sur l'ensemble des champs d'activité, de +2,6 pt sur les activités interventionnelles, +2,0 pt en médecine et +1,4 pt en chirurgie (cf. graphique 25).

Graphique 25 : Parts de marché par type d'activité et par secteur en 2014, 2019 et 2024 (en %)



Source : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

2.5.2. Les EPS ont consolidé leurs parts de marché sur le digestif, l'obstétrique et l'ORL mais ont reculé sur des segments à forte activité tels que l'appareil circulatoire et sur les segments les plus dynamiques comme le système nerveux

En 2024, six catégories majeures de diagnostic (CMD) rassemblent plus de la moitié de l'activité hospitalière MCO hors séances :

- ◆ les affectations du tube digestif (14,5 %) ;
- ◆ les affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif (10,8 %) ;
- ◆ les affections de l'appareil circulatoire (10,1 %) ;
- ◆ les affections de l'œil (6,7 %) ;
- ◆ les affections du système nerveux (6,5 %) ;
- ◆ et les facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé (6,4 %).

Depuis 2019, les CMD les plus dynamiques sont : les affections du système nerveux, de l'œil, de l'appareil génital masculin, les facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé et les affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles qui présentent une hausse de plus de +15 %. Les prises en charge d'affections des appareils digestif et circulatoire continuent de progresser mais ont ralenti, comparativement à la période antérieure à la crise sanitaire. **En revanche, les grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum connaissent une diminution de -8,1 % entre 2019-2024** après une baisse de -8,5 % entre 2014-2019. Cette baisse se retrouve également pour les séjours de nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale (cf. tableau 5 et encadré 5).

Encadré 5 : Situation de l'activité par type de prise en charge en 2024

« En médecine, on constate un sous-recours sur les prises en charge digestives (- 8 %), la cardiologie (-10 %), le système nerveux (- 9 %), et la rhumatologie (- 8 %). Certaines catégories de la population sont plus concernées, en particulier les 70 ans et plus avec un sous-recours de -7,3 %, représentant 220 000 séjours.

En chirurgie, les niveaux de recours pour plusieurs chirurgies lourdes continuent de marquer le pas : chirurgie digestive (-7 %) et neurochirurgie (-5,5 %) ».

Source : Fédération hospitalière de France, deuxième baromètre de l'accès aux soins 2024.

Les EPS ont perdu, au profit des EBNL notamment, des parts de marché sur les segments d'activité les plus dynamiques :

- ◆ le système nerveux (-5,4 pt sur 2019-2024),
- ◆ l'ophtalmologie (-1,4 pt),
- ◆ les autres motifs de recours aux soins (-7,0 pt),
- ◆ les affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles (-1,3 pt),
- ◆ et les affections de l'appareil génital masculin (-2,2 pt).

Leur positionnement a aussi reculé sur des activités à fort volume telles que l'appareil circulatoire (-1,7 pt), les affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif (-1,9 pt).

Les EPS sont toutefois parvenus à maintenir leur position sur la CMD avec le plus de séjours, soit le digestif, et à la faire progresser sur les activités moins dynamiques telles que l'obstétrique ou l'ORL (cf. tableau 6).

Annexe III

Tableau 5 : Nombre de séjours MCO hors séances par CMD en 2014, 2019 et 2024 (en milliers)

CMD	2014	2019	2024	Évolution 2014-2019	Évolution 2019-2024
06 - Affections du tube digestif	2 672	2 878	2 978	+7,7 %	+3,5%
08 - Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	1 973	2 086	2 212	+5,7 %	+6,1%
05 - Affections de l'appareil circulatoire	1 692	1 899	2 074	+12,3 %	+9,2%
14 - Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	1 294	1 184	1 089	-8,5 %	-8,1 %
01 - Affections du système nerveux	1 113	1 163	1 338	+4,5 %	+15,1 %
02 - Affections de l'œil	982	1 148	1 379	+16,9 %	+20,2 %
03 - Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	920	924	937	+0,4 %	+1,4 %
23 - Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	879	991	1 315	+12,7 %	+32,7 %
04 - Affections de l'appareil respiratoire	868	975	1 107	+12,3 %	+13,6 %
15 - Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	849	784	689	-7,7 %	-12,1 %
09 - Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	807	878	996	+8,7 %	+13,5 %
11 - Affections du rein et des voies urinaires	710	779	849	+9,8 %	+9,0 %
13 - Affections de l'appareil génital féminin	503	490	527	-2,5 %	+7,6 %
10 - Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	475	484	583	+2,0 %	+20,3 %
07 - Affections du système hépato-biliaire et du pancréas	455	480	499	+5,4 %	+4,0 %
12 - Affections de l'appareil génital masculin	319	351	413	+9,8 %	+17,7 %
17 - Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	296	276	258	-6,9 %	-6,5 %
19 - Maladies et troubles mentaux	287	313	349	+9,0 %	+11,5 %
16 - Affections du sang et des organes hématopoïétiques	241	263	266	+9,1 %	+1,4 %
20 - Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	219	235	249	+7,4 %	+6,1 %
21 - Traumatismes, allergies et empoisonnements	192	180	192	-5,9 %	+6,3 %
18 - Maladies infectieuses et parasitaires	126	121	125	-4,6 %	+3,9 %
22 - Brûlures	12	12	12	-6,0 %	+6,7 %
27 - Transplantations d'organes	11	11	11	+6,8 %	+1,3 %
26 - Traumatismes multiples graves	10	12	14	+23,8 %	+9,7 %
25 - Maladies dues à une infection par le VIH	9	7	6	-18,2 %	-24,0 %
TOTAL	17 915	18 923	20 469	+5,6 %	+8,2 %

Source : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

Annexe III

Tableau 6 : Parts de marché par CMD et par secteur en 2014, 2019 et 2024 (en %)

CMD	EPS 2014	EPS 2019	EPS 2024	EBNL 2014	EBNL 2019	EBNL 2024	EBL 2014	EBL 2019	EBL 2024
06 - Affections du tube digestif	37,4	38,4	37,9	8,4	9,3	10,4	54,2	52,4	51,8
08 - Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	49,0	48,0	46,1	6,3	7,2	7,7	44,7	44,8	46,2
05 - Affections de l'appareil circulatoire	61,3	60,6	58,9	7,9	9,2	10,4	30,8	30,3	30,8
14 - Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	71,4	74,8	78,7	6,7	6,9	6,9	21,9	18,3	14,4
01 - Affections du système nerveux	76,3	74,7	69,4	6,8	7,7	9,5	16,9	17,6	21,2
02 - Affections de l'œil	27,9	27,3	25,9	7,3	8,6	9,7	64,8	64,1	64,4
03 - Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	37,6	39,5	40,0	5,9	6,9	9,1	56,5	53,6	50,9
23 - Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	71,6	67,7	60,7	9,7	10,4	12,4	18,6	21,9	26,9
04 - Affections de l'appareil respiratoire	80,3	80,0	79,9	7,6	8,2	9,3	12,1	11,8	10,7
15 - Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	68,9	72,1	75,3	7,7	8,0	8,2	23,4	19,9	16,5
09 - Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	47,9	45,7	43,0	9,8	10,8	11,6	42,3	43,4	45,4
11 - Affections du rein et des voies urinaires	59,2	59,9	61,0	7,6	8,3	8,5	33,3	31,9	30,5
13 - Affections de l'appareil génital féminin	47,1	48,1	49,0	8,8	10,1	11,0	44,1	41,8	40,0
10 - Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	74,5	74,9	73,6	7,9	9,2	10,4	17,6	15,9	16,0
07 - Affections du système hépato-biliaire et du pancréas	65,3	65,2	65,8	7,9	8,9	9,5	26,8	25,9	24,7
12 - Affections de l'appareil génital masculin	36,4	37,1	34,9	8,1	8,4	8,8	55,5	54,5	56,3
17 - Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	65,8	64,2	62,9	23,3	24,0	26,0	10,9	11,8	11,1
19 - Maladies et troubles mentaux	89,1	88,6	86,8	8,1	8,4	9,8	2,8	3,1	3,4
16 - Affections du sang et des organes hématopoïétiques	77,1	76,0	77,0	8,3	8,8	9,4	14,6	15,2	13,6
20 - Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	90,0	89,8	88,3	4,1	4,6	4,9	5,9	5,6	6,8
21 - Traumatismes, allergies et empoisonnements	81,8	80,7	81,1	4,2	5,0	5,6	14,0	14,3	13,2
18 - Maladies infectieuses et parasitaires	87,3	85,0	86,7	6,0	6,8	6,4	6,7	8,2	6,8
22 - Brûlures	94,3	95,9	94,5	3,7	1,9	2,7	2,0	2,2	2,8
27 - Transplantations d'organes	89,1	89,5	89,0	10,9	10,5	11,0	-	-	0,0
26 - Traumatismes multiples graves	96,6	96,2	95,5	1,3	1,6	2,3	2,2	2,2	2,2
25 - Maladies dues à une infection par le VIH	94,1	94,1	94,0	4,7	4,0	4,2	1,2	1,8	1,8
TOTAL	57,3	56,9	55,6	7,8	8,7	9,7	34,9	34,4	34,7

Source : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

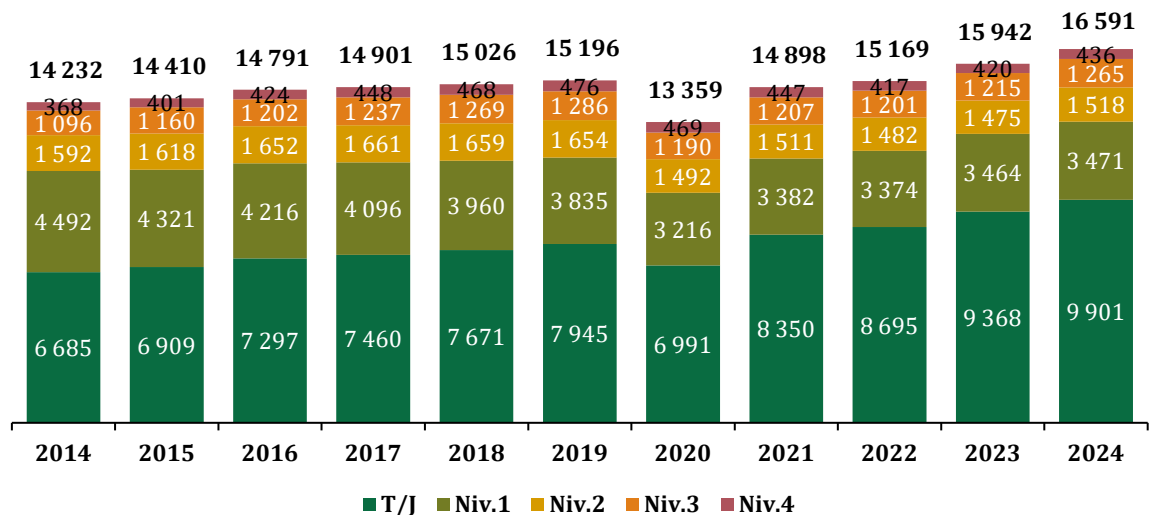
2.5.3. En lien avec leur positionnement sur l'hospitalisation complète, la part de marché du secteur public a progressé sur tous les niveaux de sévérité associés et atteint 80 % sur les séjours les plus sévères

En dehors de l'année 2020 marquée par la crise sanitaire, les séjours de très courte durée (T) ou ambulatoires (J) ont progressé continuellement sur la dernière décennie, à un rythme moyen annuel de +3,5 % entre 2014 et 2019 puis +4,5 % entre 2019 et 2024. Les séjours de niveau de sévérité 1 et 2 sont, en revanche, de moins en moins nombreux : -2,5 % par an en moyenne pour les séjours de sévérité 1 et -0,5 % pour les séjours de sévérité 2. Après avoir progressé entre 2014 et 2019, le volume de séjours les plus sévères est plus stable depuis 2019.

La part des séjours J ou T est ainsi passé de 47,0 % en 2014 à 59,7 % en 2024 pendant que la part des séjours 1 diminuait continuellement de 31,6 % en 2014 à 20,9 % en 2024 ainsi que la part des séjours 2, de 11,2 % en 2014 à 9,1 % en 2024.

Les parts des séjours de niveau 3 et 4 ont connu des points hauts en 2020, les prises en charge les plus sévères ayant été préservées pendant le pic de la crise sanitaire, et sont revenues ensuite à leur niveau initial, respectivement 7,6 % et 2,6 % en 2024 (cf. graphique 26).

Graphique 26 : Nombre de séjours MCO hors séances par niveau de sévérité entre 2014 et 2024 (en milliers)

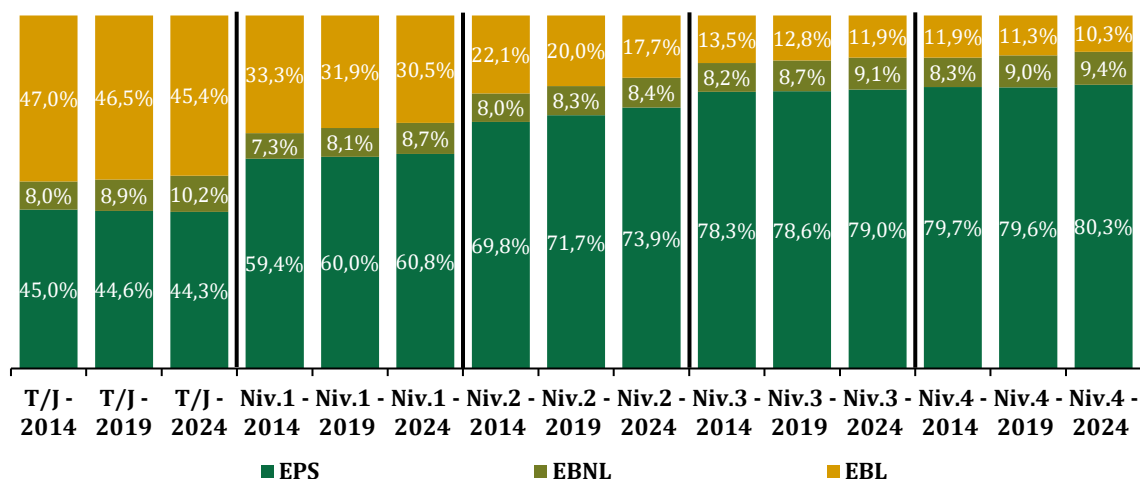


Sources : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission (hors niveaux de sévérité A, B, C, D et E des séjours de périnatalité et Z des séjours sans segmentation en niveaux de sévérité).

Le positionnement des EPS s'est renforcé, sur la dernière décennie sur les séjours de sévérité 1 à 4, en lien avec leur position et leur dynamique sur l'hospitalisation complète. Ils réalisent ainsi environ 80 % des séjours de sévérité 3 et 4. En revanche, leur part de marché sur les séjours de très courte durée ou ambulatoire a connu une baisse de -0,4 à -0,3 pt tous les cinq ans sur la dernière décennie.

Quant au secteur privé, la part de marchés des EBNL progresse sur l'ensemble des niveaux de sévérité alors que celle des EBL diminue.

Graphique 27 : Parts de marché par niveau de sévérité et par secteur entre 2014 et 2024 (en %)



Source : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

2.6. La circulaire frontière de 2020 a contribué à l'accélération du virage ambulatoire, 36 % de la hausse de l'activité ambulatoire étant portés par les GHM concernés avec GHS plein et 17 % par ces mêmes GHM avec GHS intermédiaire

En 2020, une nouvelle instruction relative⁶ à la gradation des prises en charge ambulatoires a été publiée afin de mettre à jour la circulaire frontière de 2010⁷. Cette instruction introduit une modification des périmètres respectifs des hospitalisations complètes, des hospitalisations ambulatoires et des actes et consultations externes, pouvant perturber les analyses d'évolution d'activités (cf. encadré 6).

Encadré 6 : Effets de périmètre de la circulaire frontière

La circulaire frontière vise à délimiter les prises en charge ambulatoires relevant des actes et consultations externes (ACE) et des hospitalisations de jour. En outre, cette instruction de 2020 a donné lieu à la création de groupes homogènes de séjours (GHS) dits « intermédiaires » en complément de GHS dits « pleins » déjà existants, les prises en charge justifiant trois interventions coordonnées étant associées à un GHS « intermédiaire » et les prises en charge justifiant plus de quatre interventions ou plus étant associées à un GHS plein. Les GHS intermédiaires sont créés pour les seules prises en charge de médecine sans acte classant.

Les GHS intermédiaires correspondent à :

- des séjours classés auparavant comme des séjours en ambulatoire associés au GHS plein. Ces séjours étaient pris en compte dans la mesure habituelle de l'activité hospitalière (en nombre de séjours ou en volume économique) ;
- de l'activité externe non considérée comme séjours hospitaliers.

Pour cette dernière catégorie, la mise en place de la circulaire frontière a donc pour conséquence d'augmenter l'activité hospitalière sans sous-jacents réels, cette augmentation correspondant simplement à un changement de périmètre. À titre d'exemples, les prises en charges suivantes peuvent faire l'objet d'un GHS intermédiaire : le bilan complexe de maladies chroniques, de maladies rares ou orphelines, la prise en charge des troubles du neurodéveloppement ou des troubles autistiques notamment en pédiatrie, les bilans et les réévaluations des troubles cognitifs chez la personne âgée.

Source : Mission.

⁶ Instruction n° DGOS/R1/DSS/1A/2020/52 du 10 septembre 2020.

⁷ Instruction n° DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010.

Annexe III

Pour évaluer les effets associés à cette instruction, la mission a identifié les 307 groupes homogènes de malades (GHM) concernés par la création d'un GHS intermédiaire ainsi que les GHS intermédiaires associés.

En ce qui concerne l'hospitalisation complète, la diminution de l'activité est intégralement portée par les GHM n'ayant pas fait l'objet de création de GHS intermédiaire. En effet, les GHM concernés par l'instruction se sont restés stables à 1,4 million de séjours d'hospitalisation complète entre 2014 et 2024.

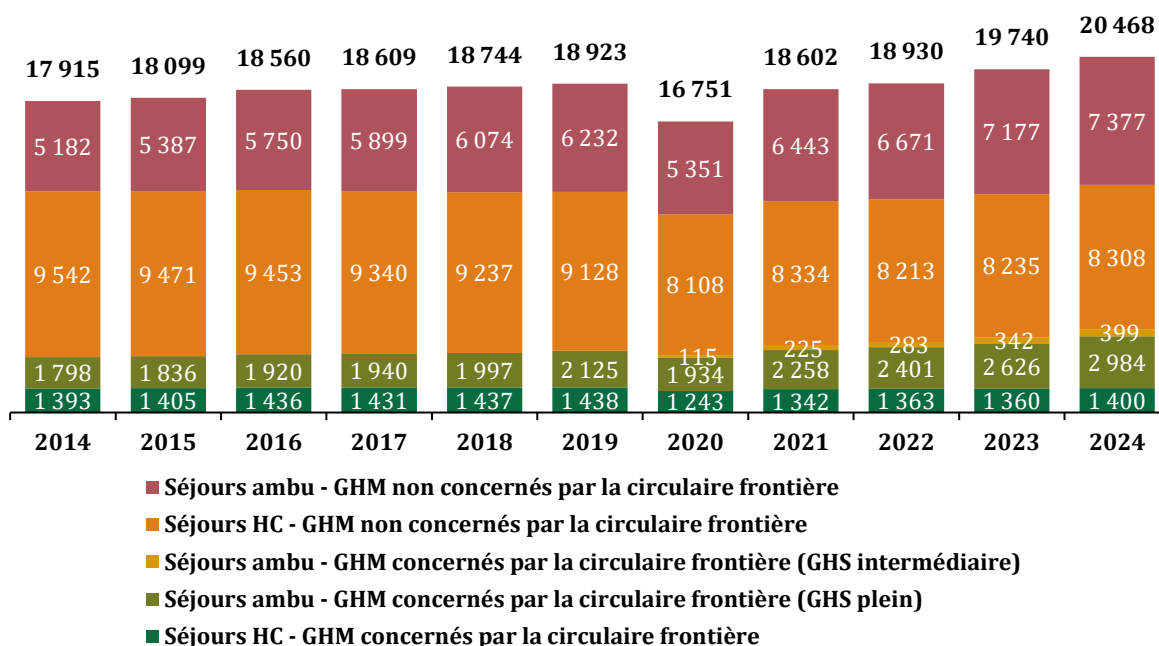
Sur le champ de l'hospitalisation partielle, l'activité sur les GHM non concernés par la circulaire frontière a progressé plus vite que sur les GHM concernés par la circulaire entre 2014 et 2019 : +3,8 % vs. 3,4 % par an en moyenne. **Cette dynamique s'est inversée à partir de 2020 et la parution de la nouvelle instruction : +3,3 % pour les GHM non concernés par l'instruction vs. +9,7 % par an en moyenne pour les GHM entrant dans le champ de l'instruction entre 2019 et 2024. Retraitée des GHS intermédiaires, la hausse sur les GHM concernés par la circulaire, de +7,0 % par an en moyenne, demeure plus importante que sur les autres GHM depuis 2019.**

La hausse de 2,4 millions de séjours ambulatoires depuis 2019 se décompose à :

- ◆ 36 % sur les GHM concernés par la circulaire frontière donnant lieu à un GHS plein, soit +0,9 million de séjours ;
- ◆ 17 % sur les GHM concernés par la circulaire frontière donnant lieu à un GHS intermédiaire, soit +0,4 million de séjours ;
- ◆ et 48 % sur les autres GHM, soit +1,1 million de séjours.

La circulaire frontière a ainsi participé à l'accélération du virage ambulatoire de médecine, 36 % de la hausse de l'activité ambulatoire étant portés par les GHM concernés avec GHS plein et 17 % par ces mêmes GHM avec GHS intermédiaire. Les GHS intermédiaires ne représentent toutefois, en volume, que 1,9 % de l'ensemble de l'activité MCO 2024 et 3,7 % de l'activité ambulatoire MCO 2024 (cf. graphique 28).

Graphique 28 : Nombre de séjours MCO hors séances pour les GHM concernés ou non par la circulaire frontière entre 2014 et 2024 (en milliers)



Source : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

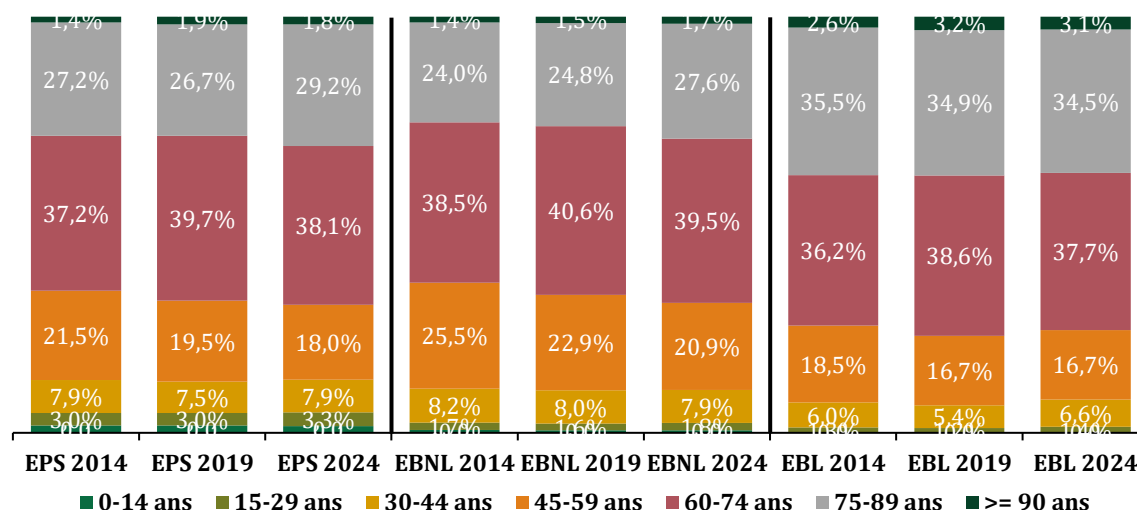
3. Bien qu'en retrait sur les dialyses, les EPS ont maintenu leur positionnement, à 46,9 % de part de marché, sur les séances MCO grâce au dynamisme de leur activité sur les chimiothérapies

3.1. Les patients pris en charge en séances MCO sont plus âgés que les patients pris en charge dans le cadre de séjours du fait des pathologies chroniques traitées

Les patients pris en charge en séances MCO sont plus âgés que pour les séjours MCO, en lien avec les pathologies chroniques prises en charge en séances, cancer et insuffisance rénale notamment. La structure d'âge des patients et la tendance de vieillissement des patients sont similaires entre EPS et EBNL.

Ainsi, les patients de 60 ans et plus représentent 69,2 % des séances MCO dans les EPS et 68,8 % dans les EBNL. Les patients sont plus âgés dans les séances MCO réalisées dans le secteur privé lucratif, 75,3 % des patients ayant 60 ans et plus mais on constate dans ce secteur un rajeunissement de la patientèle depuis 2019 (cf. graphique 29).

Graphique 29 : Répartition des patients hospitalisés en séances par tranche d'âge et par type d'établissements en 2014, 2019 et 2024 (en %)



Source : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

3.2. Les patients en séances MCO viennent de leur domicile et y retournent après leurs séances dans plus de 99 % des cas

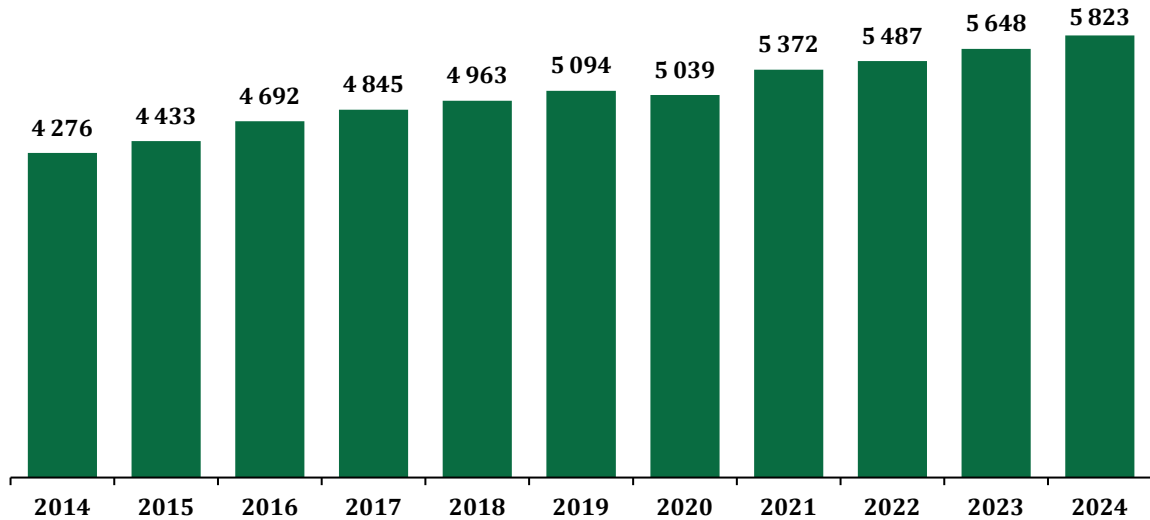
En 2024, les patients pris en charge en séances MCO proviennent à plus de 99,5 % directement de leur domicile, sans passage aux urgences. Cette proportion était identique en 2014 et 2019 et cela, quel que soit le secteur. Le mode de sortie est également le domicile à plus de 99,5 %.

3.3. Les séances croissent de +2,4 % par en moyenne depuis 2019 et la répartition des parts de marché entre secteurs a peu évolué au cours de la dernière décennie

En 2024, la valorisation assurance maladie des séances MCO atteint 7 434 M€ pour les EPS.

L'activité de séances MCO a cru de manière continue sur la période 2014-2019 dans le secteur public, à un rythme de +3,6 % par an en moyenne. La baisse d'activité (-1,1 %) liée à la survenue de la crise sanitaire, en 2020, a été moins forte que sur le reste du champ MCO, compte tenu de la nature prioritaire des besoins de soins liées aux séances. Après le rebond de 2021, **la croissance d'activité s'est poursuivie à un moindre rythme de +2,7 % par an en moyenne entre 2022 et 2024.** On dénombre **5,8 millions de séances MCO en 2024 dans le secteur public** (cf. graphique 30).

Graphique 30 : Nombre de séances MCO (en milliers) des EPS entre 2014 et 2024

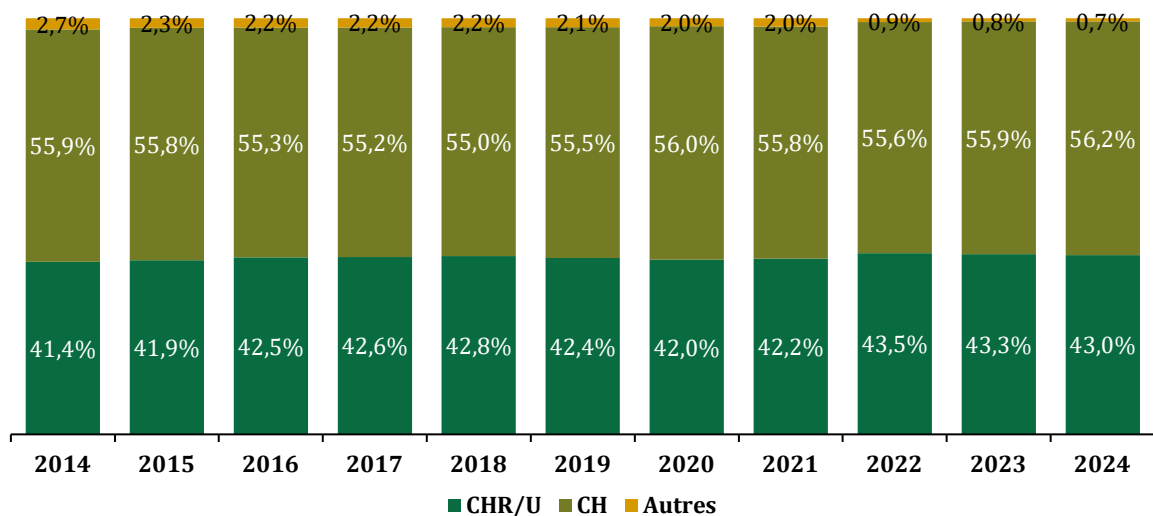


Source : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

Entre 2014 et 2019, les CHU ont consolidé leur positionnement sur les séances MCO, au sein du secteur public, avec un gain d'un point de part de marché au détriment des centres hospitaliers généraux (-0,4 pt) et des autres établissements, notamment le service de santé des armées (-0,6 pt).

Cette évolution favorable s'est poursuivie, entre 2019 et 2024, pour les CHU. Leur part de marché atteint 43,0 % des séances MCO et celle des centres hospitaliers 56,2 % en 2024 (cf. graphique 31).

Graphique 31 : Parts de séances MCO en établissement public de santé par catégorie d'établissement entre 2014 et 2024 (en %)



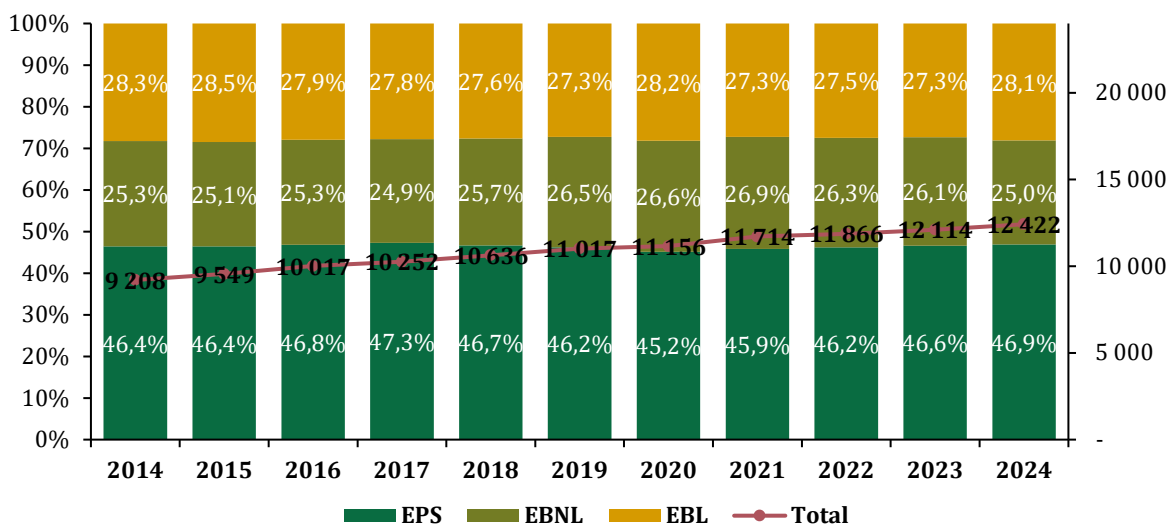
Source : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

Annexe III

Tous secteurs confondus, le nombre de séances MCO a augmenté tout au long de la dernière décennie, mais avec un ralentissement en fin de période. **La croissance d'activité a été de +3,7 % entre 2014 et 2019 puis de +2,4 % entre 2019 et 2024, en moyenne annuelle.** On compte 12,4 millions de séances MCO en 2024.

La répartition de l'activité entre les secteurs a peu évolué sur les dix dernières années. La part de marché moyenne des EPS s'établit à 46,4 %, celle des EBNL 25,8 % et celle des EBL 27,8 %. Si les EPS ont connu une perte de marché d'un point en 2020, ils ont retrouvé leur positionnement moyen en 2022 et l'ont même consolidé en 2023 et 2024 avec une part de marché atteignant 46,9 % en 2024 (cf. graphique 32).

Graphique 32 : Nombre de séances MCO (en milliers) et part de marché (en %) par secteur entre 2014 et 2024



Source : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

3.4. L'activité de séances MCO est dynamique en Outre-mer et plus atone pour les EPS de Corse, Grand Est et Hauts-de-France

La dynamique d'activité de séances MCO est moins corrélée aux évolutions démographiques territoriales que celle des séjours MCO.

Depuis 2019, deux régions d'Outre-mer apparaissent comme particulièrement dynamiques sur les séances MCO : la Guyane (+62,4 %) et la Martinique (+31,2 %). Ce dynamisme concerne à la fois les établissements publics et privés lucratifs de ces régions. Avec la Guyane, quatre autres régions sont plus dynamiques depuis la crise sanitaire qu'avant :

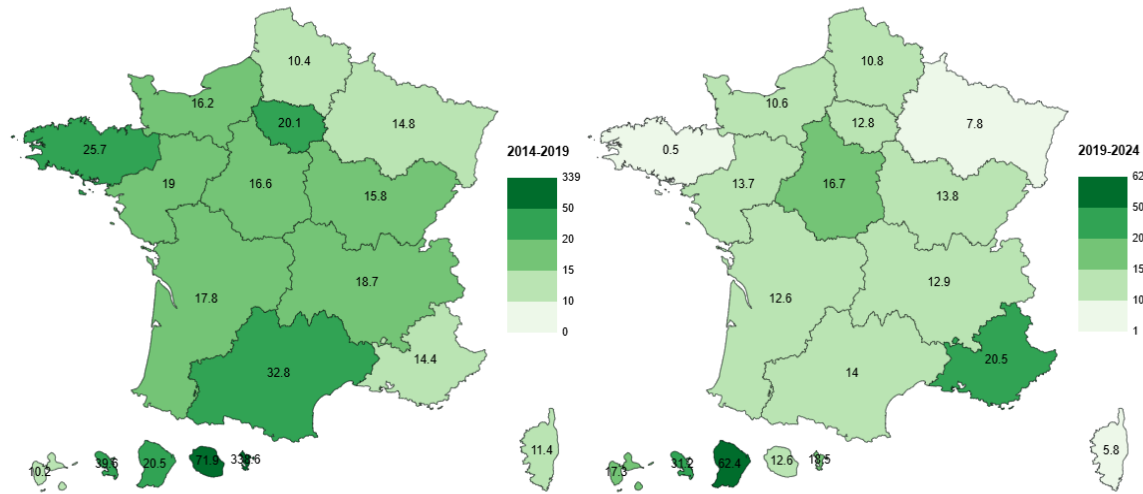
- ◆ la Guadeloupe en lien avec l'activité de ses EPS,
- ◆ Provence-Alpes-Côte d'Azur, et Hauts-de-France en lien avec l'activité de leurs EBNL ;
- ◆ Centre-Val de Loire du fait du dynamisme d'activité de ses EBL.

Les autres régions connaissent un ralentissement dans la progression de ce segment d'activité. C'est particulièrement le cas de la Bretagne : après une croissance de +25,7 % du nombre de séances entre 2014 et 2019, l'activité se tasse depuis avec une évolution de +0,5 % entre 2019 et 2024 du fait d'une baisse d'activité du secteur privé non lucratif dans cette région.

Si les EPS ont développé l'activité de séances en Outre-mer, à l'exception de Mayotte, en Occitanie et Pays de la Loire avec plus de +20 % de hausse d'activité depuis 2019, le secteur public est plus atone en Corse, Grand Est et Hauts-de-France avec moins de +10 % de développement d'activité vs. une moyenne de +14,3 % à l'échelle nationale (cf. graphique 33 et tableau 7).

Annexe III

Graphique 33 : Évolution du nombre de séances MCO par région entre 2014 et 2019 et entre 2019 et 2024 (en %)



Source : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

Annexe III

Tableau 7 : Évolution du nombre de séances MCO par secteur et par région entre 2014 et 2019 et entre 2019 et 2024 (en %)

Régions	Évolution EPS 2014-2019	Évolution EBNL 2014-2019	Évolution EBL 2014-2019	Évolution totale 2014-2019	Évolution EPS 2019-2024	Évolution EBNL 2019-2024	Évolution EBL 2019-2024	Évolution totale 2019-2024
Auvergne-Rhône-Alpes	+22,9	+18,2	+5,5	+18,7	+11,8	-0,7	+34,5	+12,9
Bourgogne-Franche-Comté	+18,4	+20,6	-0,5	+15,8	+14,2	+12,6	+12,8	+13,8
Bretagne	+21,4	+33,3	+15,4	+25,7	+17,0	-23,6	+29,6	+0,5
Centre-Val de Loire	+13,3	-	+20,6	+16,6	+12,9	-	+20,7	+16,7
Corse	+12,3	-	+7,9	+11,4	+2,7	-	+19,3	+5,8
Grand Est	+16,9	+18,4	+2,2	+14,8	+3,6	+13,2	+7,0	+7,8
Guadeloupe	-7,6	-1,6	+25,5	+10,2	+66,3	+4,6	+10,8	+17,3
Guyane	+58,8	-100,0	-17,6	+20,5	+75,0	-	+36,3	+62,4
Hauts-de-France	+11,1	+9,6	+9,5	+10,4	+9,4	+15,7	+11,2	+10,8
Île-de-France	+17,3	+26,0	+19,5	+20,1	+11,5	+1,7	+20,8	+12,8
Martinique	+18,1	-	+163,5	+39,6	+29,7	-	+35,0	+31,2
Mayotte	+23,1	-	-	+338,6	-23,2	-	+34,7	+18,5
Normandie	+22,2	+12,8	+9,2	+16,2	+15,5	+7,2	+4,7	+10,6
Nouvelle-Aquitaine	+20,4	+18,0	+12,0	+17,8	+16,7	-8,1	+10,3	+12,6
Occitanie	+26,2	+55,2	+24,3	+32,8	+23,9	+8,0	+10,1	+14,0
Pays de la Loire	+25,8	+15,6	+17,2	+19,0	+22,3	+6,5	+23,7	+13,7
Provence-Alpes-Côte d'Azur	+18,9	+17,9	+6,3	+14,4	+17,2	+29,5	+13,8	+20,5
Réunion	+29,5	+211,7	+29,9	+71,9	+22,4	+6,6	+12,6	+12,6
France	+19,1	+25,5	+15,3	+19,7	+14,3	+6,4	+16,3	+12,7

Source : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

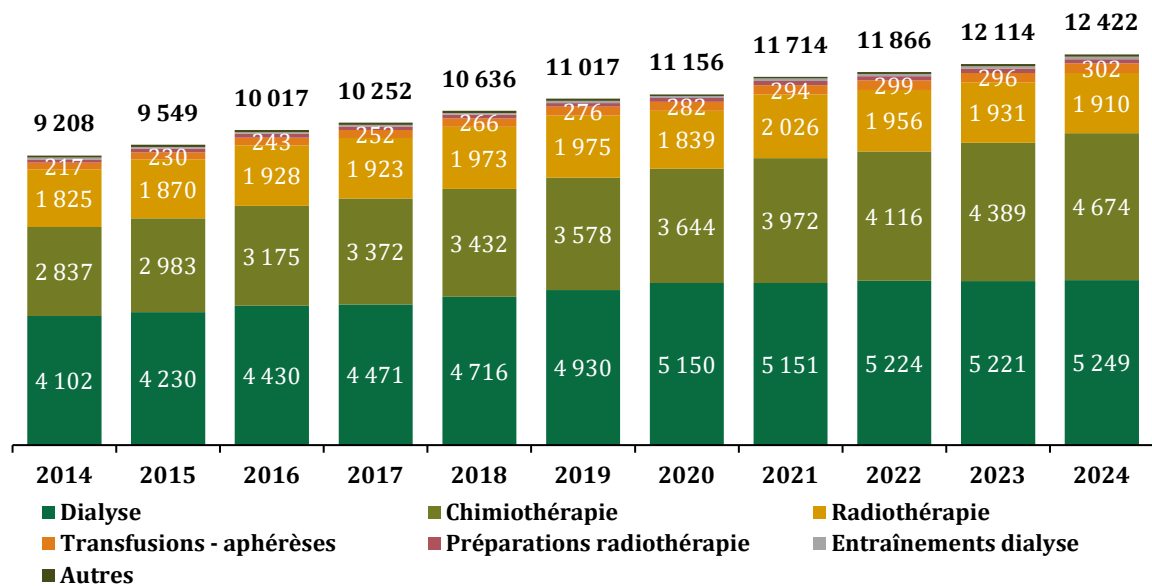
3.5. Les parts de marché des EPS ont progressé et dépassent 50 % sur la chimiothérapie et la radiothérapie mais ont reculé sur la dialyse à 32,1 % en 2024

Les dialyses, chimiothérapies et radiothérapies représentent 95 % des séances avec un poids croissant des chimiothérapies dans le case-mix des séances MCO :

- de 45 % en 2014 puis 42 % en 2024 pour la dialyse ;
- de 31 % en 2014 à 38 % en 2024 pour la chimiothérapie ;
- de 20 % en 2014 à 15 % en 2024 pour la radiothérapie (hors séances réalisées en cabinet libéral).

Le nombre de séances de chimiothérapies a, en effet, progressé de +5,1 % par an sur la décennie. Les séances de dialyse connaissent un ralentissement depuis 2021 : augmentant de +3,3 % par an en moyenne jusqu'en 2021, les dialyses ne croissent plus qu'à hauteur de +0,6 % par an depuis. Contrairement aux chimiothérapies et aux dialyses, la crise sanitaire a engendré une diminution des radiothérapies en établissement de santé en 2020 suivi d'un rebond en 2021. Retraitée de ces phénomènes, l'activité de radiothérapie en établissement de santé stagne, en réalité, depuis 2016 (cf. graphique 34).

Graphique 34 : Nombre de séances MCO par type d'activité entre 2014 et 2024 (en milliers)



Source : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

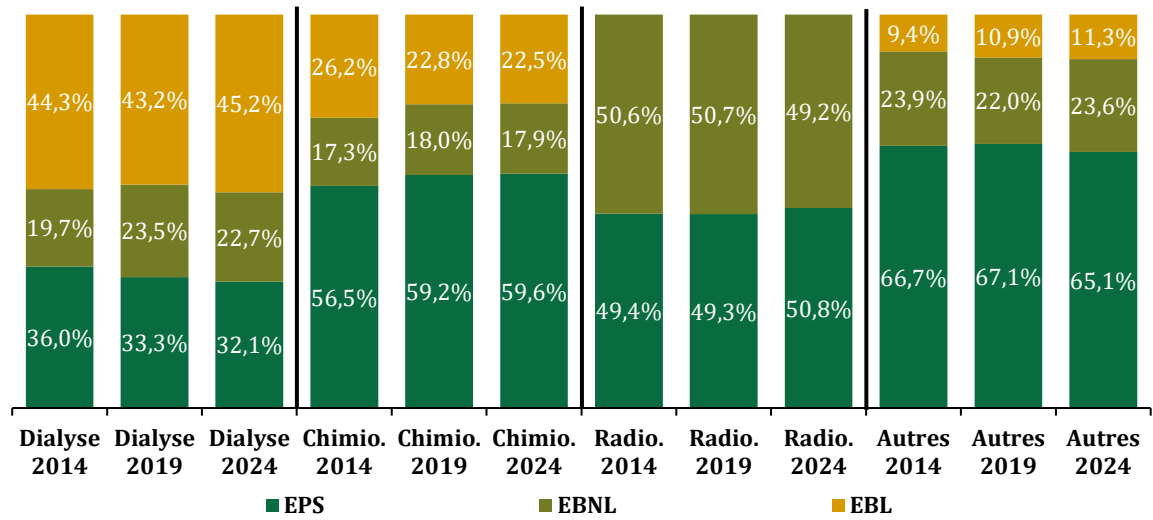
Les EPS disposent d'un positionnement majoritaire, soit une part de marché de plus de 50 %, sur les chimiothérapies, les radiothérapies en établissement de santé et les autres types de séances. D'ailleurs, leur part de marché a augmenté sur ces types de séances :

- ♦ +3,1 pt sur les chimiothérapies au cours de la dernière décennie au détriment des EBL,
- ♦ et de +1,4 pt entre 2019 et 2024 sur les radiothérapies en établissement de santé au détriment des EBNL.

En revanche, la position des EPS sur les dialyses a reculé depuis 2014 avec une perte de part de marché de -3,9 pt qui a bénéficié aux EBNL pour +3,0 pt et, dans une moindre mesure, aux EBL pour +0,9 pt (cf. graphique 35).

Annexe III

Graphique 35 : Parts de marché par type d'activité et par secteur en 2014, 2019 et 2024 (en %)



Source : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

4. La relance de l'hospitalisation partielle en SMR n'a pas permis de retrouver le niveau d'activité pré crise, le secteur public ayant, de surcroît, perdu -2,0 pt de part de marché

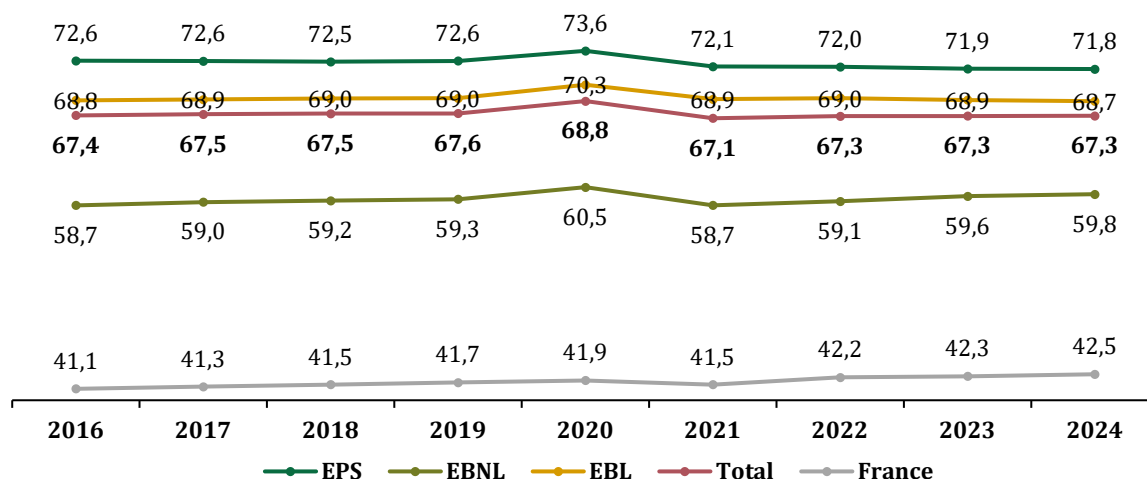
4.1. Alors que les SMR accueillent des patients moins dépendants qu'avant la crise, les patients pris en charge en SMR demeurent plus âgés et plus dépendants dans le secteur public que dans le secteur privé

4.1.1. Si la moyenne d'âge des patients accueillis en SMR est stable, entre 67 et 68 ans, ces dernières années, les patients demeurent plus âgés qu'en MCO, en particulier dans le secteur public

L'âge moyen des patients hospitalisés en soins médicaux et de réadaptation (SMR) est de 67,3 ans en 2024. Hormis sur l'année 2020 où il s'est établi à 68,8 ans, **cet âge moyen a été stable sur la dernière décennie entre 67 et 68 ans, un niveau supérieur à l'âge moyen des patients hospitalisés en MCO et a fortiori de la population générale française.** En revanche, il peut être noté que **le vieillissement de la population générale ne s'est pas traduit dans l'âge moyen des patients hospitalisés en SMR.**

L'âge moyen des patients hospitalisés dans les EPS, de 72,4 ans en moyenne sur la décennie, est historiquement supérieur à celui des autres secteurs (69,1 ans dans le secteur privé lucratif et 59,3 ans dans le secteur privé non lucratif). Les patients accueillis en EPS pour des SMR tendent cependant à être plus jeunes (-0,8 ans entre 2014 et 2024) tandis que la moyenne d'âge a augmenté de +1,1 an depuis 2014 en EBNL (cf. graphique 36).

Graphique 36 : Âge moyen des patients hospitalisés en SMR par type d'établissements entre 2016 et 2024 (en années)

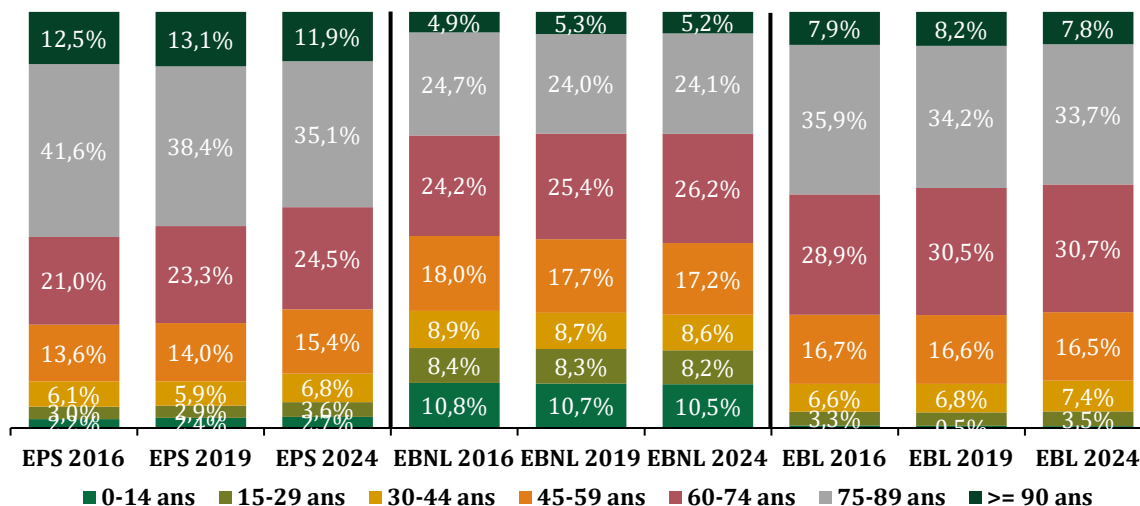


Source : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

La population de plus de 60 ans est majoritaire dans l'ensemble des secteurs, mais avec une augmentation de la part des patients de 60 à 74 ans et une diminution de la part des patients plus âgés. À titre d'exemple, tandis que la part des patients de 60 à 74 ans a gagné +3,5 pt dans la patientèle des EPS depuis 2014, la part des patients de 75 à 89 ans diminuait de -6,0 pt et celle des patients de plus de 90 ans de -0,6 pt.

La patientèle des EBNL se distingue par la surreprésentation des patients pédiatriques. La tranche d'âge de moins de 15 ans constitue plus de 10 % de la patientèle en SMR en EBNL vs. moins de 3 % dans le secteur public et moins de 1 % dans le secteur privé lucratif (cf. graphique 37).

Graphique 37 : Répartition des patients hospitalisés en SMR par tranche d'âge et par type d'établissements en 2016, 2019 et 2024 (en %)



Source : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

4.1.2. Depuis la crise sanitaire, les SMR prennent en charge des patients plus autonomes, les EPS se distinguant toutefois par une patientèle plus dépendante que le secteur privé

Le vieillissement de la population entraîne une augmentation progressive du nombre de personnes en situation de dépendance. En France, entre 500 000 et 1,3 million de personnes âgées vivant à domicile sont considérées comme dépendantes au sens de la grille « autonomie gérontologique groupes iso-ressources » (AGGIR)⁸. S'ajoutent les 600 000 personnes résidant en établissement soit 1,1 à 1,9 million de personnes en situation de dépendance. Ce chiffre pourrait atteindre 3 millions en 2030, notamment en raison de l'augmentation des plus de 85 ans⁹. La dépendance concerne à la fois l'autonomie physique et cognitive, avec une prévalence accrue des troubles cognitifs (comme les démences).

En SMR, le score de dépendance cognitive est un indicateur utilisé pour évaluer le degré d'autonomie cognitive d'un patient (cf. encadré 7).

Encadré 7 : Score de dépendance cognitive

Le score de dépendance cognitive fait partie d'une évaluation globale de la dépendance et mesure la capacité du patient à :

- comprendre les consignes,
- interagir de manière adaptée avec autrui,
- s'orienter dans le temps, l'espace et vis-à-vis des personnes,

⁸ DREES, Études et résultats « Perte d'autonomie à domicile : les seniors moins souvent concernés en 2022 qu'en 2015 », novembre 2024.

⁹ DREES, Études et résultats « Perte d'autonomie : à pratiques inchangées, 108 000 seniors de plus seraient attendus en Ehpad d'ici à 2030 », décembre 2020.

Annexe III

- et faire des choix pertinents dans la vie quotidienne.

Il est utilisé pour déterminer le niveau de surveillance et d'assistance nécessaire du point de vue cognitif, notamment en cas de troubles neurocognitifs, de désorientation, ou de troubles psychiatriques. Il repose sur l'évaluation de deux variables, cotées de 1 à 4 :

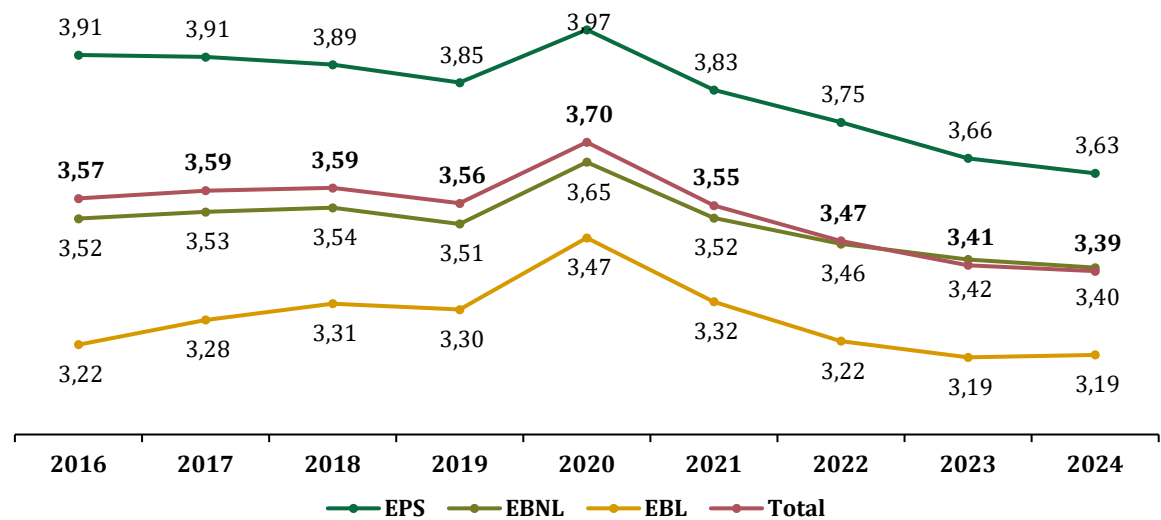
- « comportement » (interactions sociales),
- et « relation et communication » (expression/compréhension).

Le score de dépendance cognitive est ainsi compris entre 2 (autonomie) et 8 (fort niveau de dépendance).

Après une stabilité du score moyen de dépendance cognitive des patients hospitalisés en SMR entre 2016 et 2019 à 3,58 en moyenne, ce score a connu une hausse en 2020 passant à 3,70 tous secteurs confondus. **Depuis 2020, le score de dépendance cognitive diminue et est passé sous son niveau d'avant-crise pour s'établir à 3,39 en 2024. Les SMR prennent ainsi en charge des patients d'un faible niveau de dépendance cognitive.**

Cette tendance baissière se retrouve dans les trois secteurs, sachant que les patients pris en charge dans le secteur public présentent un niveau de dépendance cognitive historiquement plus élevé de +0,3 pt en moyenne. Le secteur privé lucratif assure les soins pour des patients moins dépendants avec un écart de score de -0,3 pt (cf. graphique 38).

Graphique 38 : Score moyen de dépendance cognitive des patients hospitalisés en SMR par type d'établissements entre 2016 et 2024 (score de 2 à 8)



Source : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

Aux côtés du score de dépendance cognitive, le score de dépendance physique constitue la seconde mesure mobilisée pour évaluer la dépendance des patients (cf. encadré 8).

Encadré 8 : Score de dépendance physique

Le score de dépendance physique évalue le niveau d'autonomie d'un patient dans les activités de la vie quotidienne, telles que se nourrir, se laver, s'habiller ou se déplacer. Il permet de mesurer l'intensité des soins requis et d'adapter la prise en charge. Il repose sur l'évaluation de quatre variables, cotées de 1 à 4 :

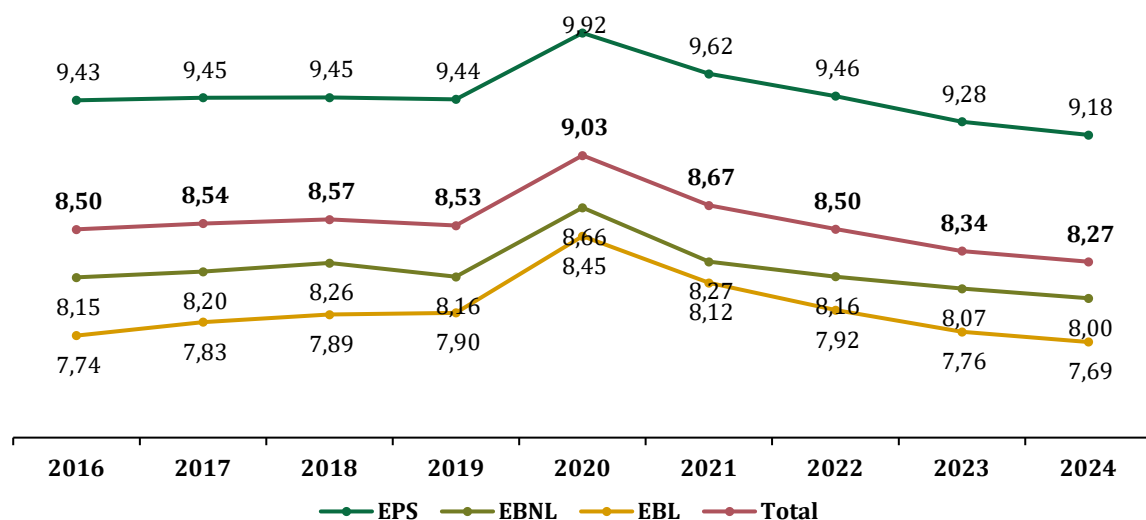
- « habillage et/ou toilette »,
- « déplacements locomotion »,
- « alimentation »
- et « continence - hygiène de l'élimination ».

Le score de dépendance cognitive est ainsi compris entre 4 (autonomie) à 16 (fort niveau de dépendance).

En ce qui concerne la dépendance physique, les tendances temporelles et différences entre secteurs sont du même ordre que sur la dépendance cognitive avec une stabilité du score sur la période 2016-2019 avant un pic en 2020 et une diminution à un niveau moindre qu'avant la crise sanitaire. Le secteur public accueille également des patients présentant un plus grand niveau de dépendance physique que la moyenne. À l'inverse, le secteur privé lucratif prend en charge des patients plus autonomes.

Dans l'échelle de 4 à 16, le score moyen de dépendance indique cependant un plus haut niveau de dépendance sur le plan physique que sur le plan cognitif. Il atteignait 8,54 sur la période 2016-2019 et demeure à 8,27 en 2024 (cf. graphique 39).

Graphique 39 : Score moyen de dépendance physique des patients hospitalisés en SMR par type d'établissements entre 2016 et 2024 (score de 4 à 16)



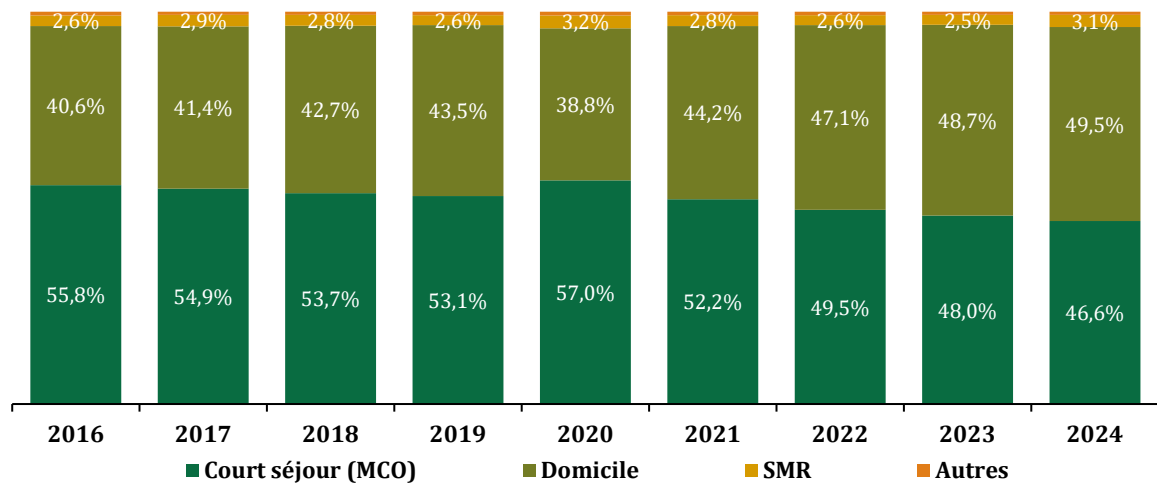
Source : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

4.2. Avec 9 pt en plus de patients venant de leur domicile depuis 2016, les SMR se placent de moins en moins en aval des prises en charge MCO

Les patients hospitalisés en SMR proviennent historiquement à 96 % soit d'une structure de court séjour de MCO soit de leur domicile. Depuis 2016, une bascule s'est opérée, dans la provenance des patients, des structures MCO vers le domicile. En effet, la part des patients provenant de leur domicile a progressé de +8,9 pt, passant de 40,6 % en 2014 à 49,5 % tandis que la part des patients venant d'une structure MCO diminuait de -9,2 pt (cf. graphique 40).

Annexe III

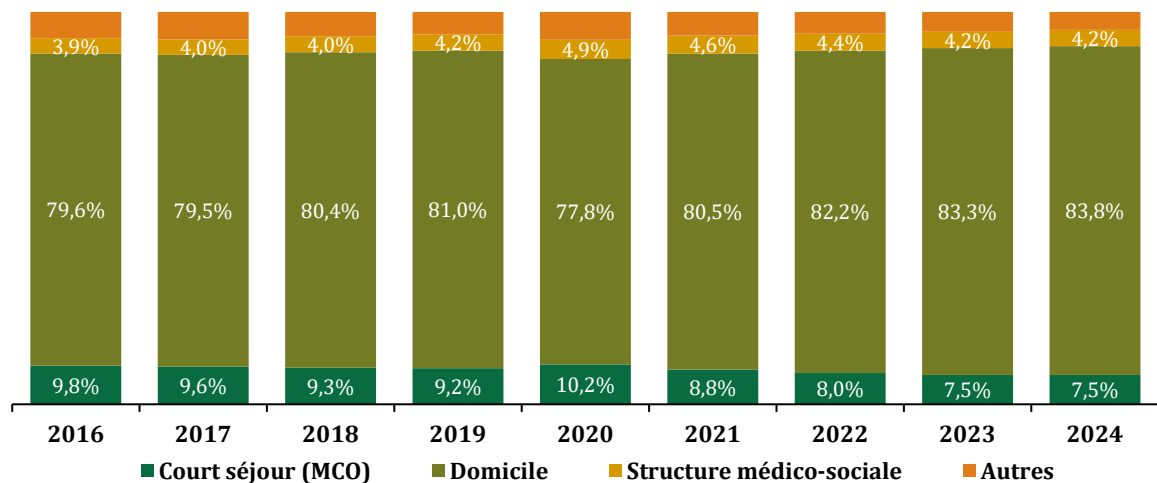
Graphique 40 : Provenance des patients en SMR entre 2016 et 2024 (en %)



Source : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

En 2024, à leur sortie de SMR, les patients ont regagné leur domicile dans 83,8 % des cas. 7,5 % des patients ont été orientés vers une structure MCO et 4,2 % vers une structure médico-sociale. La destination domiciliaire est de plus en plus fréquente alors qu'une orientation vers une structure MCO l'est de moins en moins (cf. graphique 41).

Graphique 41 : Destination des patients en SMR entre 2016 et 2024 (en %)



Source : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

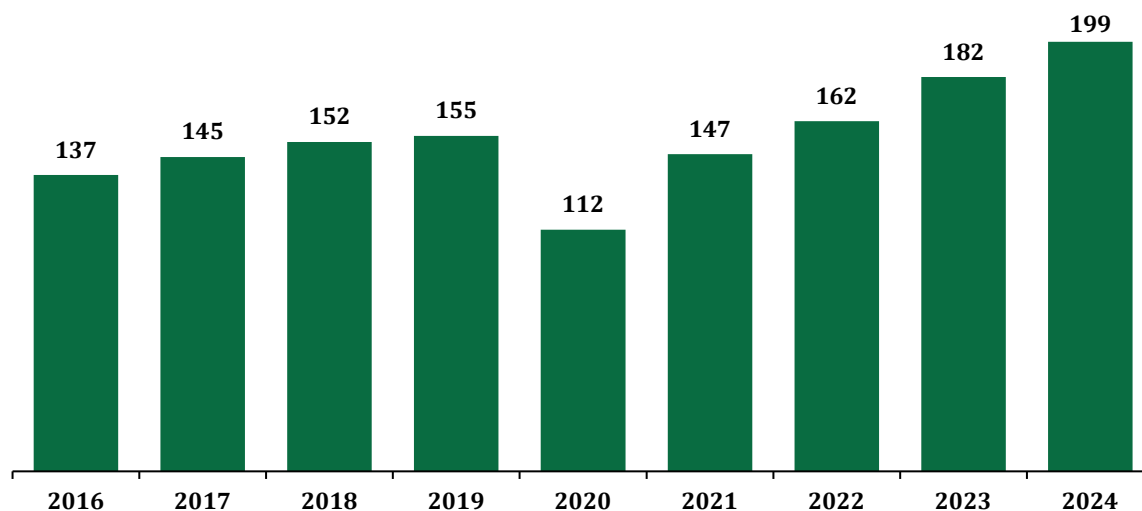
4.3. En dépit de l'accélération du virage ambulatoire, l'activité de SMR demeure inférieure à celle de 2019, le secteur public ayant, en sus, perdu -2,0 pt de part de marché

4.3.1. Avec une hausse de +10,6 % par an depuis 2021 des hospitalisations partielles, les EPS ont rétabli leur part de marché autour de 37 %

Avant la survenue de la crise sanitaire, les séjours d'hospitalisation partielle de SMR progressaient à un rythme de +4,2 % par an dans les EPS. Depuis 2021, la croissance moyenne annuelle de ces séjours s'établit à +10,6 %. Les EPS ont dépassé leur niveau d'activité ambulatoire antérieur à la crise en 2022 et, en 2024, ils ont réalisé 198 603 séjours d'hospitalisation partielle en SMR (cf. graphique 43).

Annexe III

Graphique 42 : Nombre de séjours d'hospitalisation partielle SMR hors séances (en milliers) des EPS entre 2016 et 2024

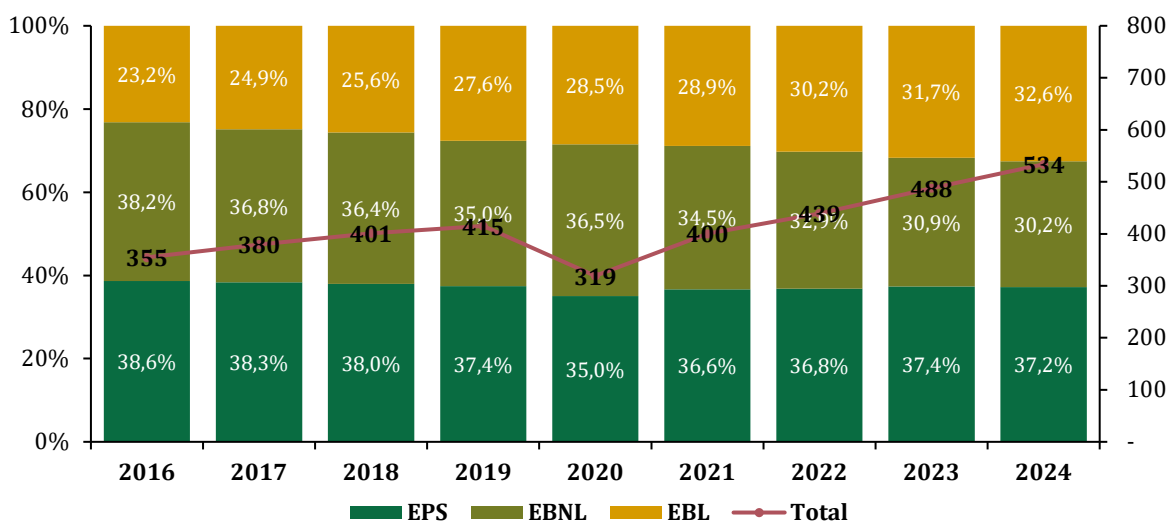


Source : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

Tous secteurs confondus, le virage ambulatoire s'est aussi accéléré depuis 2021. Les séjours d'hospitalisation partielle ont progressé de +10,1 % par an en moyenne depuis 2021 vs. +5,4 % entre 2016 et 2019. Après une chute d'activité en 2020, l'activité ambulatoire a retrouvé son niveau d'avant-crise en 2022 et atteint, en 2024, 533 672 séjours.

Si le secteur public détient toujours la plus grande part de marché en 2024 avec 37,2 %, **la part de marché du secteur privé lucratif a augmenté continuellement depuis 2016, de 1,2 pt par an en moyenne, pour atteindre 32,6 % en 2024. Ce gain de part de marché s'est fait au détriment des EBNL qui ont perdu -8,0 pt de part de marché depuis 2016. Le secteur public, quant à lui, a perdu -1,4 pt de part de marché depuis 2016 mais a restabilisé son positionnement depuis 2023 (cf. graphique 43).**

Graphique 43 : Nombre de séjours SMR d'hospitalisation partielle hors séances (en milliers) et parts de marché par secteur (en %) entre 2016 et 2024

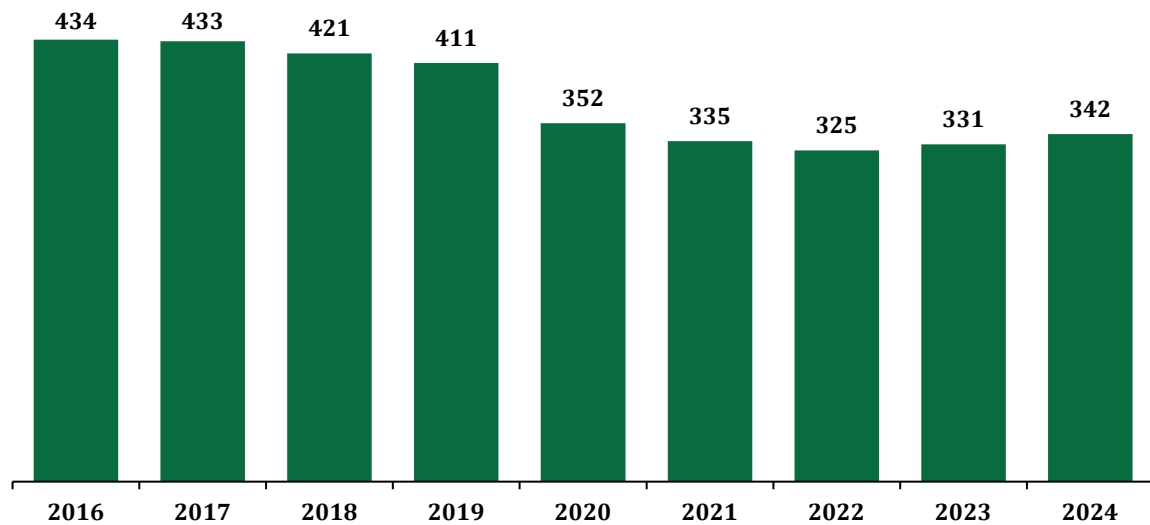


Source : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

4.3.2. N'ayant pas retrouvé leur niveau d'activité antérieur à la crise et ayant perdu -2,0 pt de part de marché depuis 2021 au profit des EBL, les EPS restent en retrait sur l'activité d'hospitalisation complète en SMR

L'activité de séjours SMR en hospitalisation complète ou de semaine s'est contracté de -21,4 % depuis 2016 dans le secteur public, passant de 434 380 séjours en 2016 à 341 597 séjours en 2024. La chute d'activité s'est principalement produite en 2020 (-14,4 %) et en 2021 (-4,9 %). **Si une relance d'activité peut être notée en 2023 (+1,8 %) et en 2024 (+3,1 %), elle est loin de compenser les baisses d'activité enregistrées entre 2016 et 2022 (cf. graphique 44).**

Graphique 44 : Nombre de séjours SMR d'hospitalisation complète ou de semaine SMR (en milliers) des EPS entre 2016 et 2024



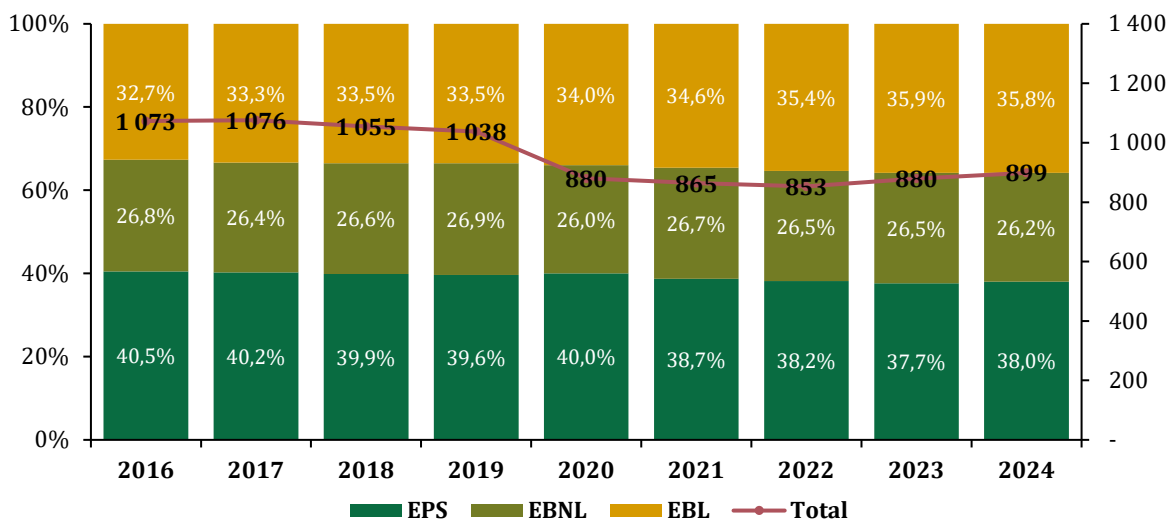
Source : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

À l'échelle de l'ensemble des secteurs, on retrouve une forte baisse de l'activité en 2020, à hauteur de -15,2 %. **Depuis 2020, l'activité d'hospitalisation complète ou de semaine en SMR est stable et demeure ainsi inférieure au niveau de 2019.**

Le secteur public demeure le premier pourvoyeur de soins sur ce segment d'activité mais a perdu -2,5 pt de part de marché depuis 2016, principalement à partir de 2021. Tout comme sur l'ambulatoire, c'est le secteur privé lucratif qui a renforcé son positionnement en hospitalisation complète ou de semaine en gagnant des parts de marché chaque année depuis 2016. La part de marché du secteur privé non lucratif est resté plus stable, comprise entre 26 % et 27 % ces huit dernières années (cf. graphique 45).

Annexe III

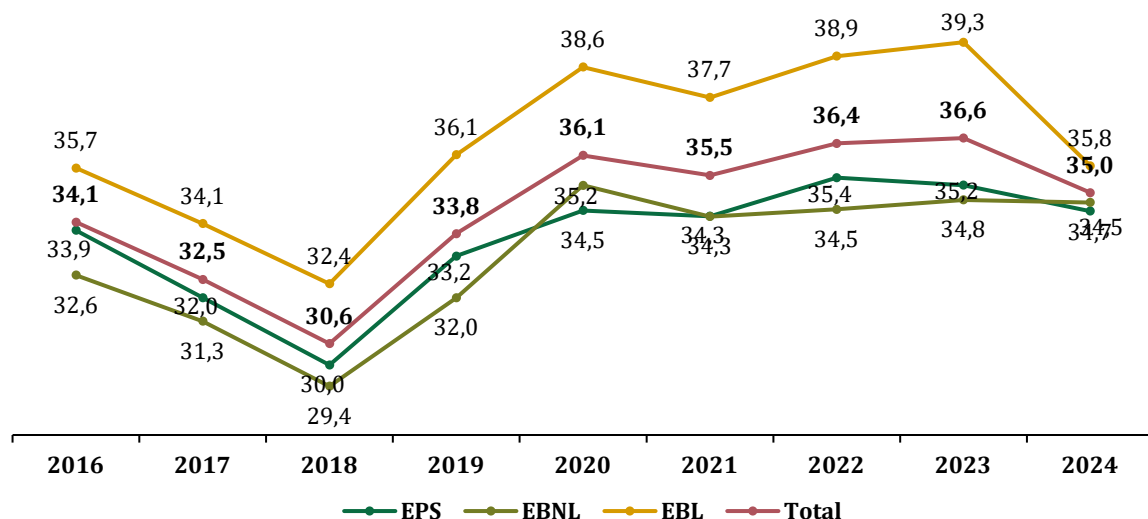
Graphique 45 : Nombre de séjours SMR d'hospitalisation complète ou de semaine hors séances (en milliers) et parts de marché par secteur (en %) entre 2016 et 2024



Source : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

La durée moyenne de présence a diminué de -3,5 jours entre 2016 et 2018 pour atteindre 30,6 jours en moyenne, avant d'augmenter en 2019 et 2020. En 2020, un patient était ainsi présent en SMR pour 38,6 jours. **En dépit d'une baisse en 2024 et de patients moins dépendants, la DMS de 35,0 jours demeure supérieure au niveau de 2018 et 2019.** Le secteur privé lucratif est celui qui présente les DMS les plus longues malgré des profils de patients moins dépendants : elles sont 2,0 jours supérieures à la moyenne sur les années 2016-2024. Ce phénomène pourrait s'expliquer par le positionnement de certains EBL sur des activités complexes mais aussi par le modèle de financement, en vigueur sur la période, à savoir un financement à la journée pour les EBL. Les secteurs public et privé non lucratif présentent, quant à eux, des DMS similaires d'environ un jour inférieures à la moyenne (cf. graphique 46).

Graphique 46 : DMS présence par secteur entre 2016 et 2024 (en jours)

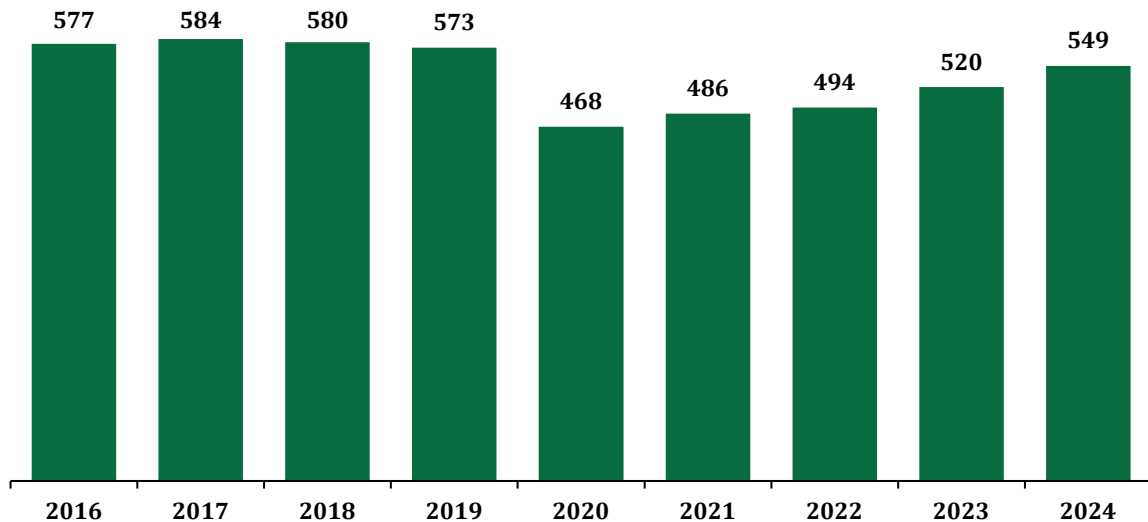


Source : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

4.3.3. Si les EPS demeurent les premiers offreurs de soins en SMR avec 37,8 % de l'activité en 2024, leur part de marché s'est érodé -2,1 pt sur la dernière décennie

En intégrant l'hospitalisation complète ou de semaine, l'hospitalisation partielle et les séances, les EPS ont réalisé 548 532 séjours en 2024. **Si l'activité a été relancée dans les EPS après la première année de crise sanitaire avec une augmentation moyenne de +4,0 % par an depuis 2020, portée par l'hospitalisation partielle, elle demeure en recul par rapport à la période pré-crise.** Avant 2020, l'activité annuelle s'établissait, en effet, à environ 580 000 séjours (cf. graphique 44).

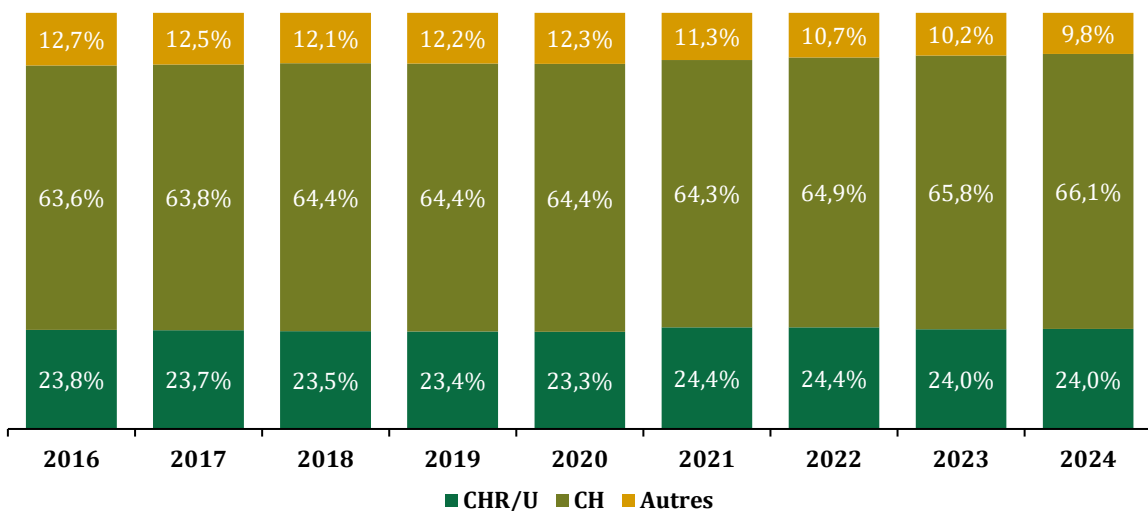
Graphique 47 : Nombre de séjours SMR avec séances (en milliers) des EPS entre 2016 et 2024



Source : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

Au sein du seul secteur public, la répartition des séjours de SMR met en évidence un poids croissant des CHG, leur part de marché ayant augmenté de 63,6 % en 2016, à 64,4 % en 2019 puis 66,1 % en 2024. Le positionnement des CHU étant resté stable sur ces années, ce sont les hôpitaux de proximité et ex-hôpitaux locaux qui apparaissent en retrait avec une perte de part de marché de -2,8 pt depuis 2016 (cf. graphique 48).

Graphique 48 : Parts de séjours SMR établissement public de santé par catégorie d'établissement entre 2016 et 2024 (en %)

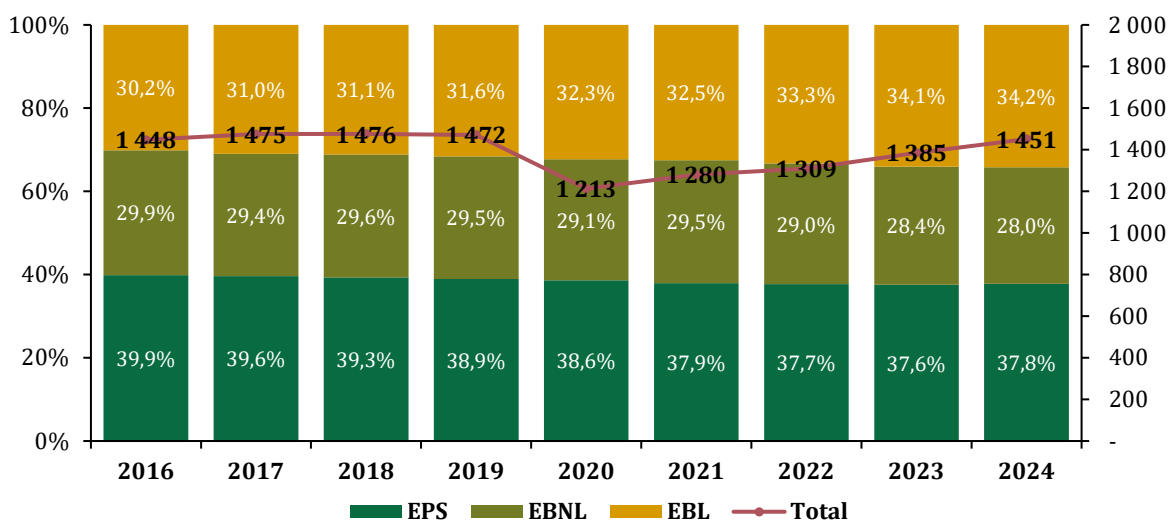


Source : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

Considérant tous les secteurs, l'activité 2024 se rapproche, en revanche, du niveau d'activité pré-crise du fait de la dynamique du secteur privé lucratif.

Ce secteur a vu sa part de marché progresser de +4,0 points sur la dernière décennie. En miroir, les secteurs public et privé non lucratif ont respectivement perdu -2,1 pt et -1,9 pt de part de marché. Les différences d'intensité des tensions RH entre secteurs et les modèles de financement, historiquement à la journée pour les EBL et en dotation annuelle de financement pour les autres, ont pu contribuer à ce phénomène de vase communicant. **Le secteur public reste cependant le premier offreur de soins en SMR et a stabilisé sa part de marché depuis 2021**, contrairement au secteur privé non lucratif dont les parts de marché ont continué à s'éroder sur 2022-2024 (cf. graphique 49).

Graphique 49 : Nombre de séjours SMR avec séances (en milliers) et parts de marché par secteur (en %) entre 2016 et 2024



Source : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

4.4. Alors que le secteur privé lucratif est dynamique dans la plupart des régions, les évolutions régionales sont plus disparates en ce qui concerne les EPS et les EBNL

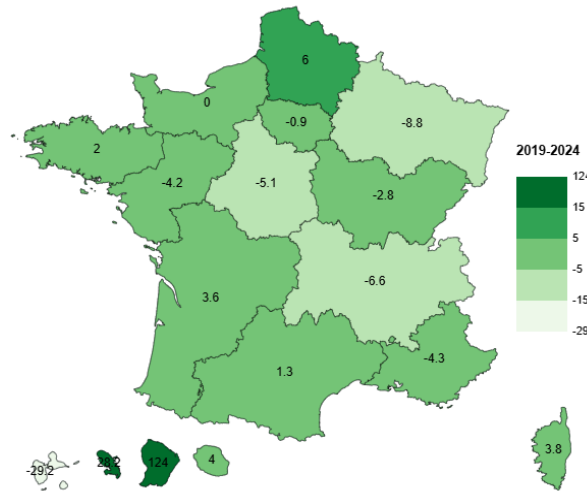
L'activité de SMR a progressé ou a été stable entre 2019 et 2024 dans neuf régions. La Guyane, la Martinique et les Hauts-de-France sont les trois régions où l'activité a le plus augmenté sur les quatre dernières années et cela, grâce aux établissements de santé publics et privés lucratifs. À l'inverse, l'activité de SMR a reculé dans huit régions et en particulier en Guadeloupe (-29,2 %), Grand Est (-8,8 %) et Auvergne-Rhône-Alpes (-6,6 %).

L'activité des EBL apparaît particulièrement dynamique en Bretagne, Grand Est, Guyane, Hauts-de-France et à la Réunion avec une hausse d'activité de plus de +20 % depuis 2019.

Pour ce qui est du secteur public, le nombre de séjours de SMR a augmenté de plus de +10 % en Guyane, Martinique et Hauts-de-France et diminué de plus de -10 % en Centre-Val de Loire, Grand Est, Guadeloupe et à la Réunion (cf. graphique 50 et tableau 8).

Annexe III

Graphique 50 : Évolution du nombre de séjours SMR par région entre 2019 et 2024 (en %)



Source : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

Tableau 8 : Évolution du nombre de séjours SMR par secteur et par région entre 2019 et 2024 (en %)

Régions	Évolution EPS 2019-2024	Évolution EBNL 2019-2024	Évolution EBL 2019-2024	Évolution totale 2019-2024
Auvergne-Rhône-Alpes	-7,4	-9,8	-0,1	-6,6
Bourgogne-Franche-Comté	-8,2	+11,2	-3,4	-2,8
Bretagne	-6,8	+2,5	+38,0	+2,0
Centre-Val de Loire	-11,4	-7,2	+3,1	-5,1
Corse	-0,6	-	+5,8	+3,8
Grand Est	-13,6	-11,0	+20,5	-8,8
Guadeloupe	-14,1	-	-33,4	-29,2
Guyane	+69,0	-	+129,8	+124,0
Hauts-de-France	+10,4	-13,2	+24,8	+6,0
Île-de-France	-6,3	-12,5	+13,9	-0,9
Martinique	+58,9	-11,8	+0,6	+28,2
Mayotte	-	-	-	-
Normandie	-5,0	+0,0	+6,4	+0,0
Nouvelle-Aquitaine	+4,0	-8,2	+12,2	+3,6
Occitanie	-9,1	+8,4	+4,7	+1,3
Pays de la Loire	-9,2	-4,2	+12,8	-4,2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	+0,5	-3,5	-5,8	-4,3
Réunion	-23,6	-20,9	+29,9	+4,0
FRANCE	-4,2	-6,3	+6,7	-1,4

Source : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

4.5. Les EPS ont perdu leur place de premiers offreurs de soins sur les SMR locomoteurs mais se sont maintenus sur les SMR neurologiques et cardio-vasculaires

Deux catégories de diagnostic rassemblent, en 2024, 59 % des séjours en SMR : les affections et traumatismes du système ostéoarticulaire et les affections du système nerveux. Ces deux catégories sont d'ailleurs parmi les rares à être en croissance depuis 2019 et enregistrent une hausse respective de +3,5 % et +3,6 % du nombre de séjours associés. L'ensemble des autres motifs connaissent une baisse de volume de séjours associés, à l'exception des affections de l'œil et des maladies infectieuses, virales ou parasitaires qui représentent toutefois des volumes marginaux de 4 000 à 6 000 séjours annuels (cf. tableau 9).

Tableau 9 : Nombre de séjours SMR selon le type d'affections en 2019 et 2024 (en milliers) et évolution (en %)

Types d'affections	2019	2024	Évolution 2019-2024
08 - Affections et traumatismes du système ostéoarticulaire	520	538	+3,5
01 - Affections du système nerveux	305	317	+3,6
05 - Affections de l'appareil circulatoire	182	176	-3,6
10 - Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	98	93	-5,1
04 - Affections de l'appareil respiratoire	83	80	-3,0
19 - Troubles mentaux et du comportement	77	72	-6,8
23 - Autres motifs de recours aux services de santé	68	56	-16,9
06 - Affections des organes digestifs	46	35	-23,2
09 - Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	32	29	-10,1
11 - Affections de l'appareil génito-urinaire	29	26	-8,3
16 - Affections du sang, des organes hématopoïétiques, du système immunitaire et tumeurs malignes de siège imprécis ou diffus	13	11	-16,4
03 - Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	8	8	-4,0
02 - Affections de l'œil	5	6	+19,3
18 - Certaines maladies infectieuses, virales ou parasitaires	4	4	+14,0
Autres / non renseigné	2	-	-100,0
27 - Post-transplantation d'organe	1	1	-2,4
TOTAL	1 472	1 451	-1,4

Source : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

Sur le système ostéoarticulaire, motif de recours prépondérant, le secteur privé lucratif est devenu le premier pourvoyeur de soins avec une hausse de +4,0 pt de part de marché depuis 2019, prise sur les deux autres secteurs. Sur les affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles ainsi que sur les affections de l'appareil circulatoire, les EBL ont également engrangé des parts de marché supplémentaires au détriment des EBNL pour le premier motif et des EPS pour le second.

La répartition de l'activité est plus stable en ce qui concerne le système nerveux mais aussi l'appareil circulatoire avec les EPS assurant la plus grande part de l'activité : 46,2 % sur le système nerveux et 45,3 % sur l'appareil circulatoire en 2024 (cf. tableau 10).

Annexe III

Tableau 10 : Parts de marché par type d'affection et par secteur en 2019 et 2024 (en %)

Types d'affections	EPS 2019	EPS 2024	EBNL 2019	EBNL 2024	EBL 2019	EBL 2024
08 - Affections et traumatismes du système ostéoarticulaire	34,1	32,8	28,9	26,2	36,9	40,9
01 - Affections du système nerveux	46,5	46,2	33,7	33,4	19,8	20,4
05 - Affections de l'appareil circulatoire	44,2	45,3	20,1	19,4	35,7	35,3
10 - Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	17,3	16,4	40,3	35,2	42,4	48,4
04 - Affections de l'appareil respiratoire	37,2	34,5	28,6	27,0	34,2	38,5
19 - Troubles mentaux et du comportement	43,2	38,7	28,1	27,2	28,8	34,0
23 - Autres motifs de recours aux services de santé	58,5	52,0	21,6	23,4	20,0	24,6
06 - Affections des organes digestifs	36,5	36,8	26,8	25,7	36,7	37,5
09 - Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	39,2	36,6	38,7	40,4	22,0	23,1
11 - Affections de l'appareil génito-urinaire	38,9	41,0	26,7	25,7	34,4	33,3
16 - Affections du sang, des organes hématopoïétiques, du système immunitaire et tumeurs malignes de siège imprécis ou diffus	41,8	41,4	30,1	30,1	28,1	28,4
03 - Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	28,1	33,6	43,9	43,7	28,0	22,7
02 - Affections de l'œil	22,2	37,4	60,0	47,7	17,8	14,9
18 - Certaines maladies infectieuses, virales ou parasitaires	48,6	55,0	24,0	19,2	27,4	25,8
Autres / non renseigné	52,0	-	8,6	-	39,4	-
27 - Post-transplantation d'organe	37,4	36,9	42,3	35,4	20,3	27,7
TOTAL	38,9	37,8	29,5	28,0	31,6	34,2

Source : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

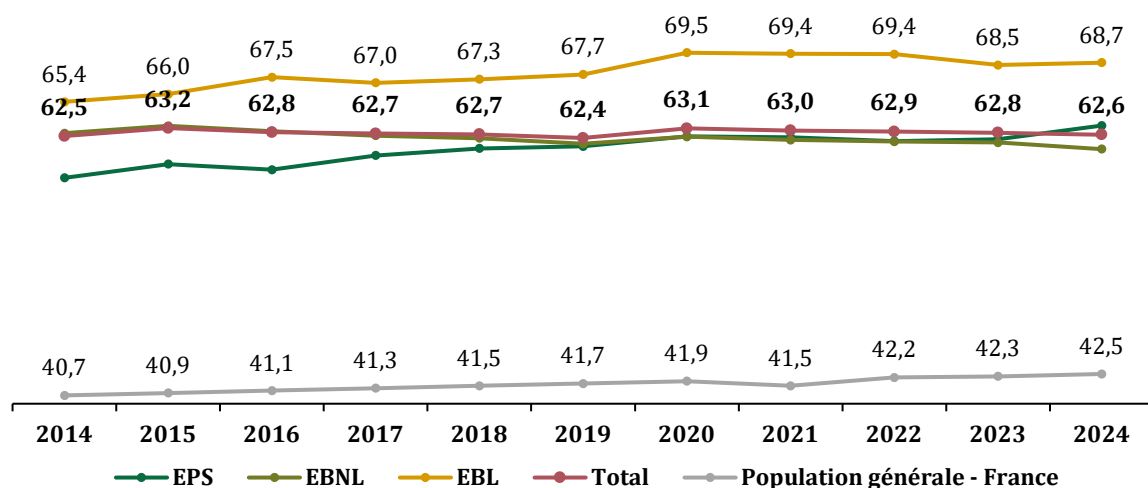
5. Les EPS, historiquement minoritaires en HAD, ont décroché de la dynamique d'essor de ce mode de prise en charge et leur part de marché qui était de 31,3 % en 2014 n'est plus que de 27,1 % en 2024

5.1. Les EPS prennent en charge en HAD des patients plus jeunes et plus autonomes que les EBL

5.1.1. L'âge moyen des patients pris en charge en HAD est stable à 63 ans sur la dernière décennie et c'est le secteur privé lucratif qui prend en charge les patients les plus âgés

Sur la dernière décennie, l'âge des patients pris en charge en hospitalisation à domicile (HAD) est resté compris entre 62,4 ans et 63,2 ans. Les patients en HAD sont plus âgés que ceux pris en charge en MCO qui ont 57,3 ans en moyenne en 2024. Si la patientèle des EBL et des EPS a connu un vieillissement avec un âge moyen augmentant respectivement de +3,3 ans et +4,4 ans, celle des EBNL s'est rajeunie avec une baisse de l'âge moyen de -1,3 an (cf. graphique 51).

Graphique 51 : Âge moyen des patients hospitalisés en HAD par type d'établissements entre 2014 et 2024 (en années)

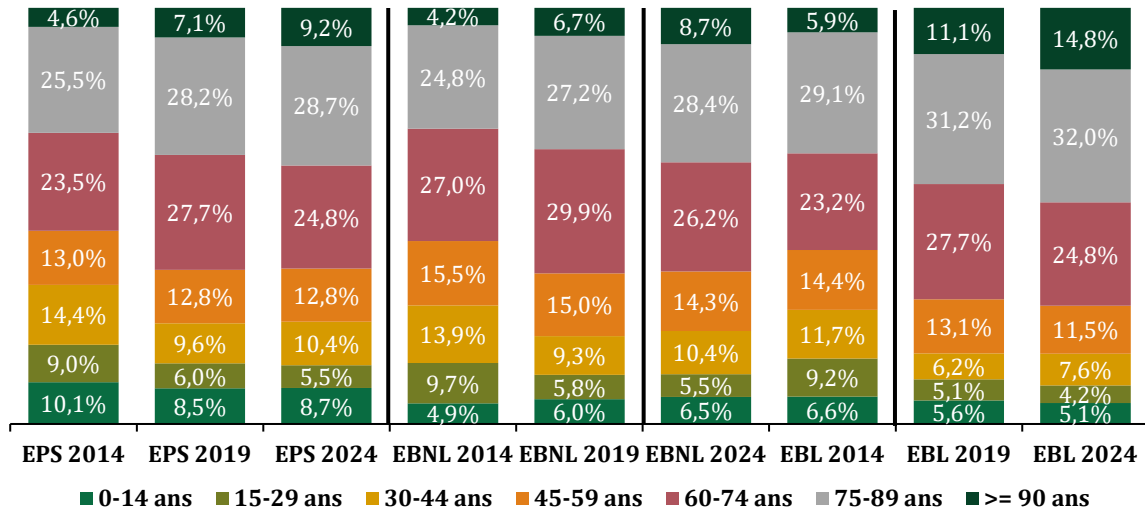


Source : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

En HAD, les patients de 60 ans et plus sont également majoritaires dans les séjours mais la dynamique de vieillissement constaté dans les EBL et EPS est liée aux tranches d'âge de 75 ans et plus. La proportion de ces tranches d'âge est passée de 35,2 % en 2014 à 47,0 % en 2024 pour les EBL et de 30,1 % à 37,9 % pour les EPS (cf. graphique 52).

Annexe III

Graphique 52 : Répartition des séjours d'HAD par tranche d'âge et par type d'établissements en 2014, 2019 et 2024 (en %)



Source : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

5.1.2. Les patients en HAD présentent des profils de dépendance plus lourds, les EBL se démarquant par une patientèle plus dépendante que les autres établissements

En HAD, le niveau de dépendance des patients est évalué à travers l'indice de Karnofsky (cf. encadré 9).

Encadré 9 : Indice de Karnofsky

L'indice de Karnofsky évalue l'état général ou le niveau d'autonomie d'un patient, en particulier en oncologie ou en soins palliatifs. Il varie de 100 % (autonomie complète) à 0 % (décès) :

- de 100 % à 80 %, le patient est capable de mener une activité normale ;
- de 70 % à 40 %, le patient n'est pas en mesure de travailler et nécessite une assistance mais est capable de vivre chez lui, d'assumer ses besoins personnels ;
- de 30 % à 10 %, le patient ne peut s'occuper de lui-même et nécessite des soins hospitaliers ou équivalent.

Par exemple, un indice de Karnofsky de 60 % se traduit par un patient nécessitant une aide occasionnelle mais pouvant prendre en charge la plupart de ses besoins et un indice à 30 % un patient sévèrement handicapé. À 10 %, le patient est considéré moribond, dans un processus fatal progressant rapidement.

Source : Mission.

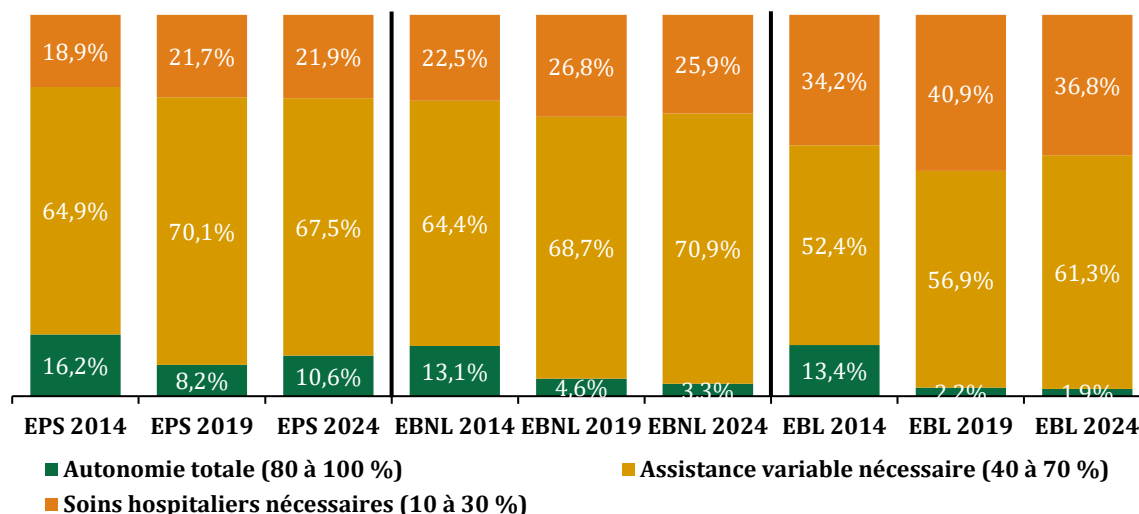
Le profil de dépendance des patients en HAD s'est alourdi sur la dernière décennie avec :

- ◆ 26,8 % des patients nécessitant des soins hospitaliers en 2024 vs. 22,8 % en 2014 ;
- ◆ 68,2 % des patients nécessitant une assistance en 2024 vs. 63,0 % en 2014.

Les patients autonomes ne représentent plus que 5,0 % des patients pris en charge en 2024.

Les EPS prennent en charge des patients moins dépendants que dans les autres secteurs. En 2024, 21,9 % des patients présentent un profil de dépendance impliquant des soins hospitaliers dans le secteur. Cette proportion s'élève à 25,9 % dans les EBNL et 36,8 % dans les EBL. Le secteur privé tend d'ailleurs à prendre en charge des patients de plus en plus dépendants : la part des patients nécessitant des soins hospitaliers a cru de +3,4 pt depuis 2014 dans les EBNL et de +2,6 pt dans les EBL (cf. graphique 53).

Graphique 53 : Répartition des patients hospitalisés en HAD selon l'indice de Karnofsky par type d'établissements en 2014, 2019 et 2024 (en %)



Source : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

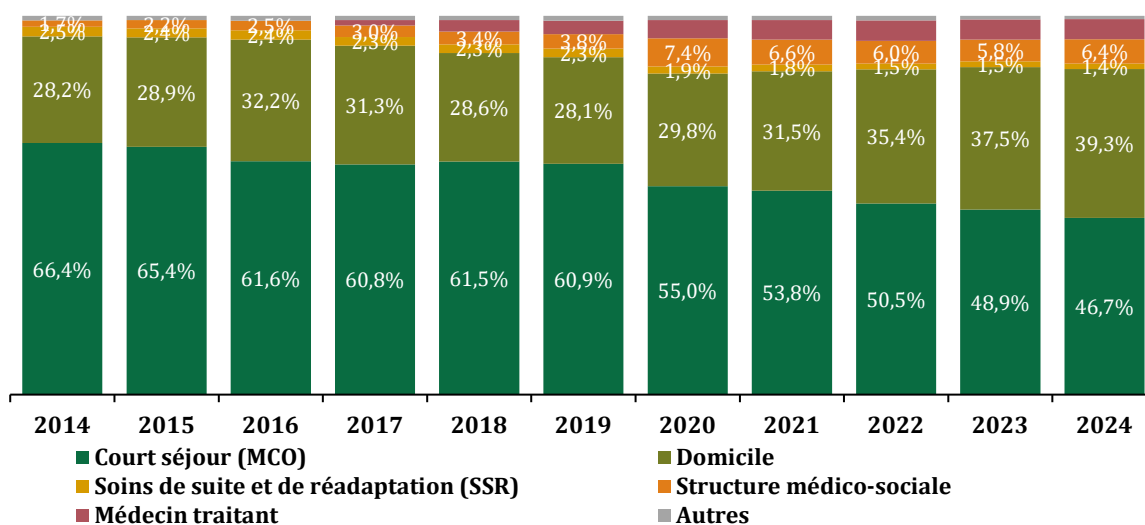
5.2. Les structures MCO demeurent les principaux prescripteurs pour l'HAD avec 46,7 % de patients adressés en 2024 mais la part des patients orientés depuis leur domicile ou une structure médico-sociale n'est désormais plus qu'à 1 pt d'écart

Jusqu'en 2022, les structures de court séjour constituaient la majorité des origines des patients accueillis en HAD. En 2024, ils ne sont plus que 46,7 % à provenir d'une structure MCO, soit près de 20 pt de moins qu'en 2014. Les modes d'entrée domiciliaires se sont développés tout au long de la décennie :

- ♦ de 28,2 % en 2014 à 39,3 % pour le domicile ;
- ♦ de 1,7 % en 2014 à 6,4 % en 2024 pour les structures d'hébergement médico-sociale.

L'adressage par le médecin traitant progresse également en proportion avec 5,3 % des patients bénéficiant de ce mode d'orientation en 2024 (cf. graphique 54).

Graphique 54 : Provenance des patients en HAD entre 2014 et 2024 (en %)



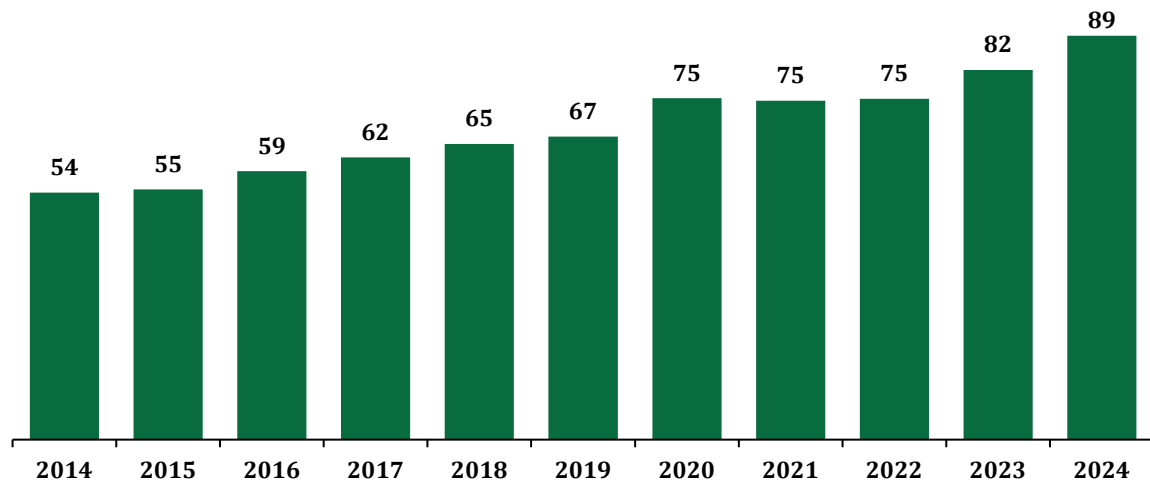
Source : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

5.3. Si l'activité d'HAD des EPS croît de +5,9 % par an en moyenne depuis 2019, 33 % des EPS étaient encore sous SMA en 2024 et la part de marché du secteur public s'est réduite de -3,0 pt depuis 2019, soit une perte de 300 000 journées et 75 M€ de recettes

5.3.1. Les EPS n'ont pas suivi la dynamique globale de l'activité d'HAD avec une croissance de +5,9 % par an depuis 2019 vs. +8,1 % tous secteurs confondus

Le développement de l'HAD s'est accéléré, dans le secteur public, depuis la survenue de la crise sanitaire : croissant à hauteur de +4,2 % par an en moyenne sur la période 2014-2019, l'activité a progressé de +12,8 % en 2020. **Considérant la période 2019-2024, la croissance moyenne annuelle s'établit à +5,9 % dans le secteur public** et en 2024, les EPS ont réalisé 89 101 séjours en HAD (cf. graphique 55).

Graphique 55 : Nombre de séjours HAD (en milliers) des EPS entre 2014 et 2024

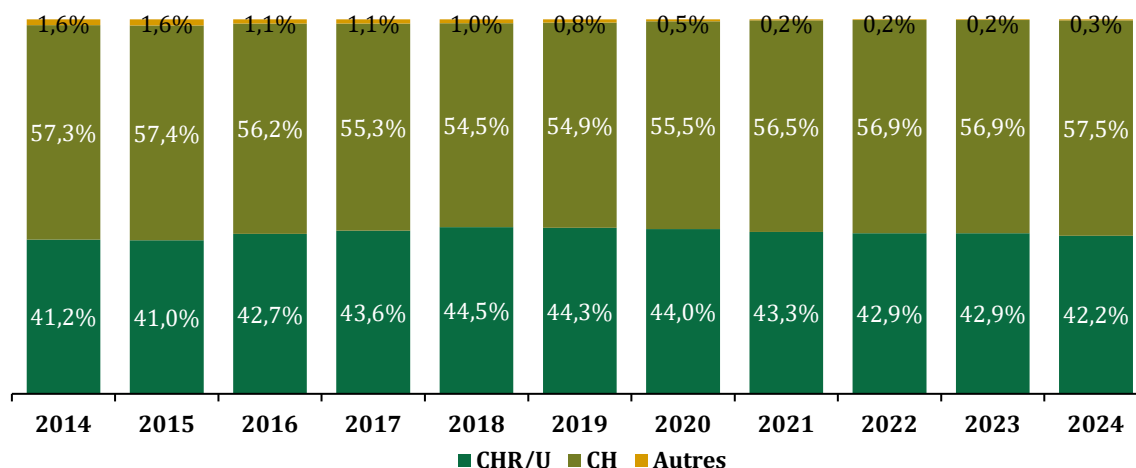


Source : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

L'activité d'HAD est répartie entre catégories d'établissements publics dans des proportions comparables à l'activité MCO avec toutefois une HAD plus développée dans les CHU. Les CHU réalisent ainsi 42,4 % de l'activité d'HAD en 2024 vs. 40,7 % de l'activité MCO. À l'inverse, si les CH sont les principaux offreurs de soins publics en HAD, leur poids est plus faible que sur le champ MCO (cf. graphique 56).

Annexe III

Graphique 56 : Parts de séjours HAD en établissement public de santé par catégorie d'établissement entre 2014 et 2024 (en %)

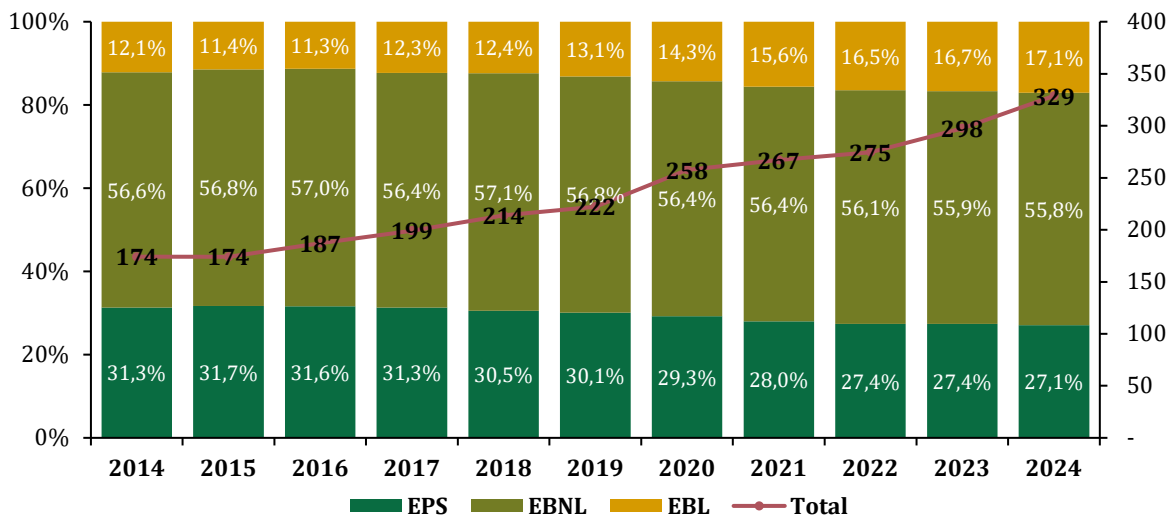


Source : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

Tous secteurs confondus, la croissance de l'HAD a été plus dynamique encore : +5,0 % par an en moyenne entre 2014 et 2019 et +8,1 % entre 2019 et 2024. Le nombre de séjours a ainsi quasiment doublé sur la dernière décennie pour atteindre 328 745 séjours.

Avec des taux de croissance plus faibles, les EPS ont vu leur part de marché reculer de -4,2 pt, dont -3,0 pt depuis 2019, au profit du secteur privé lucratif. Les EBNL demeurent toutefois majoritaires avec une part de marché de 55,8 % en 2024 (cf. graphique 57).

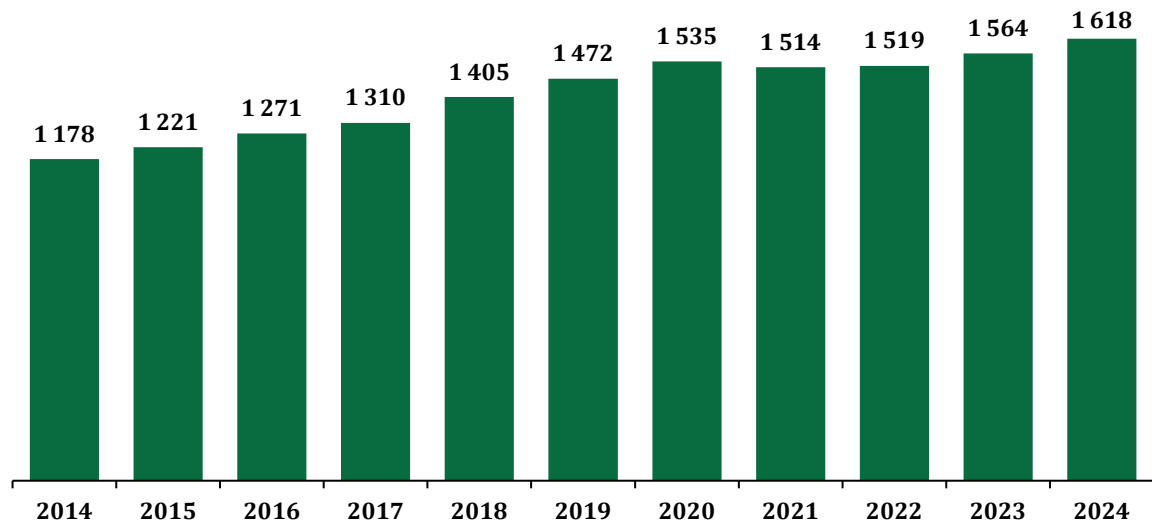
Graphique 57 : Nombre de séjours HAD (en milliers) et parts de marché par secteur (en %) entre 2016 et 2024



Source : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

Sur la dernière décennie, la progression du nombre de journées d'HAD réalisées par les EPS est moindre que celle des séjours (+37,4 % de journées vs. +63,5 de séjours), indiquant un raccourcissement des séjours (cf. graphique 58).

Graphique 58 : Nombre de journées HAD (en milliers) des EPS entre 2014 et 2024

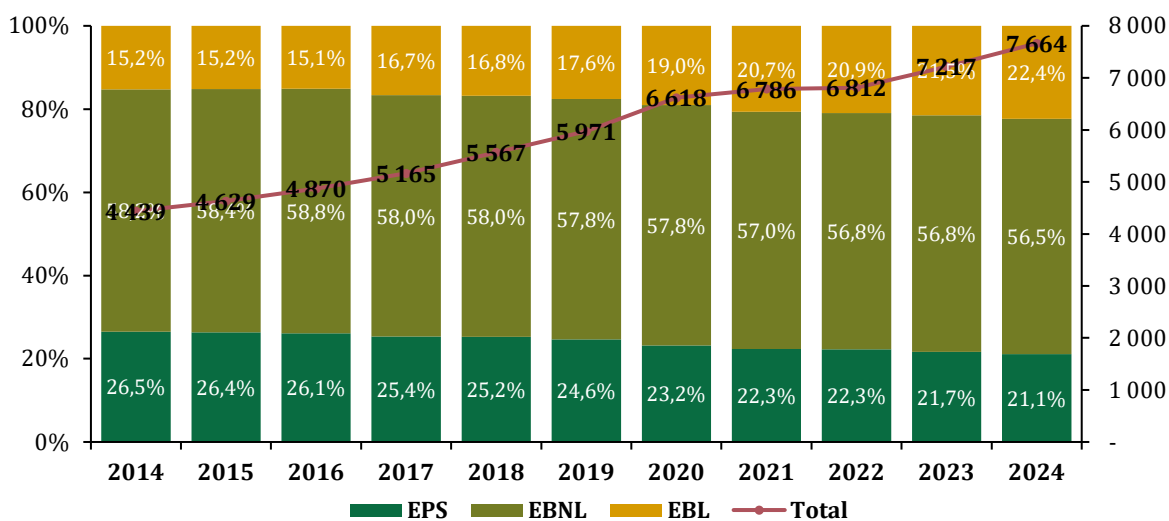


Source : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

En nombre de journées, la part de marché du secteur public est moindre qu'en raisonnant en nombre de séjours (21,1 % des journées vs. 27,1 % des séjours en 2024) avec un recul plus important (-5,4 pt entre 2014 et 2024) qui bénéficie aux EBL. Le secteur privé non lucratif est, là aussi, dominant avec une part de marché de 56,5 % en 2024. Pour se maintenir à une part de marché de l'ordre de 25 %, les EPS auraient dû prendre en charge 300 000 journées supplémentaires en HAD, représentant un potentiel de 75 M€ de recettes¹⁰ (cf. graphique 59).

¹⁰ Considérant des recettes issues des groupes homogènes de tarifs de 250 € par jour.

Graphique 59 : Nombre de journées HAD (en milliers) et parts de marché par secteur (en %) entre 2016 et 2024



Source : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

5.3.2. En 2024, 33 % des EPS, soit 6 CHU et 29 CH, demeurent bénéficiaires de la SMA, une proportion moindre que sur le champ MCO mais supérieure aux établissements HAD privés

Au vu de la dynamique d'activité en HAD, les dispositifs de sécurisation financière ont concerné, en proportion, moins d'établissements qu'en MCO. En 2023, 26 % des établissements réalisant des HAD, soit 72 établissements, ont bénéficié de la SMA.

En 2024, 35 EPS, soit 33 % des EPS réalisant des HAD, demeurent sous le niveau de recettes garanti, dont 6 CHU. D'ailleurs, depuis 2020, les CHU constituent la catégorie ayant le plus bénéficié de ce dispositif, avec 42 % des CHU demeurant sous SMA en 2024.

Comme sur le champ MCO, le secteur privé est parvenu, en moyenne, à reprendre son activité que le secteur public. Seul un CLCC a bénéficié de ce dispositif en 2024 et on ne comptait que 17 % des autres EBNL et 19 % des EBL sous SMA en 2023.

Tableau 11 : Nombre et part des établissements ayant bénéficié de la GF ou de la SMA en HAD

Types	2020	2021	2022	2023	2024
AP-HP	-	-	1 (100 %)	-	-
CHU	4 (33 %)	5 (42 %)	6 (46 %)	5 (38 %)	6 (42 %)
CH	23 (24 %)	34 (36 %)	42 (45 %)	34 (36 %)	29 (31 %)
CLCC	-	-	-	-	1 (33 %)
Autres EBNL	1 (3 %)	7 (25 %)	7 (25 %)	5 (17 %)	6 (21 %)
EBL	20 (14 %)	34 (24 %)	40 (29 %)	28 (19 %)	N.D.
TOTAL	48 (17 %)	80 (29 %)	96 (35 %)	72 (26 %)	N.D.

Source : DGOS.

Le taux de recours à l'HAD par région fait l'objet d'une analyse dans l'annexe V.

5.4. À l'inverse du secteur privé, les EPS n'ont pas suivi la dynamique de l'HAD sur les principaux motifs de recours, notamment les soins palliatifs et les pansements complexes qui concernent 53 % des journées

En 2024, deux motifs de recours à l'HAD représentent 53 % des 7,7 millions de journées : les soins palliatifs avec 2,2 millions de journées et les pansements complexes avec 1,9 millions de journées. Les soins palliatifs ont d'ailleurs connu une progression plus dynamique que la moyenne des autres motifs de prise en charge. **Les dernières années ont vu plusieurs motifs de prise en charge connaître un essor : c'est le cas de la rééducation neurologique, la rééducation orthopédique ainsi que les transfusions sanguines** pour lesquelles le volume de jours associés ont plus que doublé ces cinq dernières années.

Certains motifs voient, en revanche, l'activité qui leur est associé diminuer (cf. tableau 12) :

- ◆ les soins de nursing lourds (-21,2 % depuis 2019),
- ◆ la nutrition entérale (-9,2 %),
- ◆ la nutrition parentérale (-7,3 %),
- ◆ l'éducation du patient et de son entourage (-9,1 %),
- ◆ les surveillances d'aplasie (-10,5 %),
- ◆ et les radiothérapies (-3,9 %).

Les EBNL sont prédominants sur la quasi-intégralité des motifs de recours à l'HAD, à l'exception des post-partum pathologiques, des surveillances d'aplasie, des transfusions sanguines et des radiothérapies. Quant au secteur public, il n'est majoritaire sur aucun segment et a cédé du terrain sur la plupart des motifs de recours, à l'exception de la nutrition entérale, la nutrition parentérale, les post-partum pathologiques et les surveillances d'aplasie (cf. tableau 13).

Annexe III

Tableau 12 : Nombre de jours HAD par mode de prise en charge en 2014, 2019 et 2024

Modes de prise en charge	2014	2019	2024	Évolution 2014-2019	Évolution 2019-2024
4 - Soins palliatifs	1 046 631	1 516 857	2 200 286	+44,9 %	+45,1 %
9 - Pansements complexes (escarres, ulcères, brûlés...)	1 117 474	1 678 554	1 880 302	+50,2 %	+12,0 %
3 - Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	254 685	338 915	442 544	+33,1 %	+30,6 %
7 - Prise en charge de la douleur	88 416	208 717	402 654	+136,1 %	+92,9 %
14 - Soins de nursing lourds	500 900	509 551	401 716	+1,7 %	-21,2 %
8 - Autres traitements	101 832	157 820	355 350	+55,0 %	+125,2 %
6 - Nutrition entérale	299 280	378 219	343 376	+26,4 %	-9,2 %
13 - Surveillance post chimiothérapique	157 449	244 048	290 891	+55,0 %	+19,2 %
5 - Chimiothérapie	100 735	135 079	234 839	+34,1 %	+73,9 %
10 - Post traitement chirurgical	102 469	124 135	183 579	+21,1 %	+47,9 %
12 - Rééducation neurologique	51 535	69 540	170 716	+34,9 %	+145,5 %
19 - Surveillance de grossesse à risque	117 041	117 774	147 435	+0,6 %	+25,2 %
1 - Assistance respiratoire	128 417	119 707	146 995	-6,8 %	+22,8 %
11 - Rééducation orthopédique	41 644	55 913	141 730	+34,3 %	+153,5 %
2 - Nutrition parentérale	124 199	131 741	122 162	+6,1 %	-7,3 %
15 - Éducation du patient et de son entourage	53 498	86 713	78 779	+62,1 %	-9,1 %
21 - Post-partum pathologique	90 988	56 644	60 457	-37,7 %	+6,7 %
22 - Prise en charge du nouveau-né	27 409	24 617	38 361	-10,2 %	+55,8 %
24 - Surveillance d'aplasie	8 758	8 203	7 339	-6,3 %	-10,5 %
18 - Transfusion sanguine	509	788	6 317	+54,8 %	+701,6 %
17 - Radiothérapie	5 319	4 660	4 480	-12,4 %	-3,9 %
29 - Sortie précoce de chirurgie	-	3 145	3 571	N.A.	+13,5 %
20 - Post-partum physiologique	20 051	-	-	-100,0 %	-
0 - Pas de protocole associé	4	1	-	-75,0 %	-100,0 %
TOTAL	4 439 243	5 971 341	7 663 879	+34,5 %	+28,3 %

Source : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission.

Annexe III

Tableau 13 : Parts de marché par mode de prise en charge et par secteur en 2014, 2019 et 2024 (en %)

Modes de prise en charge	EPS 2014	EPS 2019	EPS 2024	EBNL 2014	EBNL 2019	EBNL 2024	EBL 2014	EBL 2019	EBL 2024
4 - Soins palliatifs	24,0	21,6	19,3	58,6	57,6	54,8	17,4	20,7	25,8
9 - Pansements complexes (escarres, ulcères, brûlés...)	27,3	24,9	21,6	58,4	57,2	56,8	14,3	17,8	21,7
3 - Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	35,5	31,9	29,2	52,6	53,3	51,9	11,9	14,8	18,9
7 - Prise en charge de la douleur	29,2	23,1	18,1	55,9	56,7	53,8	14,9	20,1	28,1
14 - Soins de nursing lourds	15,1	19,1	13,9	62,8	60,1	61,5	22,2	20,9	24,7
8 - Autres traitements	33,5	29,8	23,2	52,0	54,8	53,0	14,5	15,4	23,8
6 - Nutrition entérale	20,2	22,8	21,3	66,4	63,5	61,7	13,4	13,7	17,0
13 - Surveillance post chimiothérapique	30,2	30,1	25,3	60,3	59,2	56,0	9,4	10,7	18,7
5 - Chimiothérapie	29,3	37,6	31,7	66,3	57,2	57,5	4,4	5,2	10,9
10 - Post traitement chirurgical	25,4	15,5	11,4	63,7	64,5	66,2	10,9	19,9	22,4
12 - Rééducation neurologique	29,3	20,2	10,3	51,0	57,5	66,6	19,7	22,4	23,1
19 - Surveillance de grossesse à risque	55,6	36,5	33,5	30,3	51,4	57,2	14,1	12,2	9,3
1 - Assistance respiratoire	22,2	21,4	17,8	61,0	58,1	56,8	16,8	20,5	25,4
11 - Rééducation orthopédique	16,0	15,1	7,7	60,1	64,4	65,2	24,0	20,5	27,1
2 - Nutrition parentérale	32,5	32,9	32,7	52,3	54,3	50,5	15,2	12,7	16,8
15 - Éducation du patient et de son entourage	30,4	23,4	24,8	60,3	59,8	62,6	9,3	16,8	12,6
21 - Post-partum pathologique	36,3	42,7	38,8	58,9	54,3	49,8	4,8	2,9	11,4
22 - Prise en charge du nouveau-né	61,1	31,0	29,2	25,8	58,5	56,5	13,0	10,5	14,3
24 - Surveillance d'aplasie	39,6	61,6	43,6	57,1	34,3	32,5	3,3	4,0	24,0
18 - Transfusion sanguine	95,9	66,5	25,2	3,1	17,1	27,2	1,0	16,4	47,6
17 - Radiothérapie	40,8	44,4	23,8	44,9	39,7	46,3	14,3	15,8	29,9
29 - Sortie précoce de chirurgie	-	22,2	16,9	-	60,3	75,2	N.A.	17,5	7,9
20 - Post-partum physiologique	20,6	-	-	60,9	-	-	18,5	-	-
0 - Pas de protocole associé	100,0	100,0	-	0,0	0,0	-	0,0	0,0	-
TOTAL	26,5	24,6	21,1	58,2	57,8	56,5	15,2	17,6	22,4

Source : DIAMANT (Cube Diamant commun), traitements et calculs de la mission