

L'enjeu de l'Euro utile en psychiatrie

**Comment résoudre le paradoxe
de l'offre inutilisée face aux besoins
non couverts ?**

Paris - mars 2025

Sommaire

Édito	3
Introduction : contexte, porteurs et méthodologie.....	4
Glossaire des sigles	5
 Partie 1. Des besoins en forte croissance : l'épidémie silencieuse	 6
Des besoins massifs, largement non couverts	7
La bascule vers la « psychiatrie du quotidien » et la montée du secteur privé	8
 Partie 2. Le paradoxe de l'offre inutilisée	 9
Des capacités en recul, une occupation qui décroche	10
Environ 30 000 lits et places inoccupés en 2022	11
Files actives : l'hospitalisation complète recule, le secteur privé progresse	12
L'ambulatoire saturé : 6 à 12 mois d'attente en CMP	13
 Partie 3. Une réforme du financement synonyme de décroissance 14	
Une réforme qui fige 75 % des ressources	15
3,1 milliards d'euros pour financer des capacités vides	16
Enveloppe fermée : un secteur privé qui se fragilise	17
Désécurisation : un risque pour près d'une clinique sur dix	18
 Synthèse : une dépense peu efficiente, une offre en risque	 19
 Partie 4. La proposition : un contrat pluriannuel avec l'État	 20
L'« Euro utile » : un financement qui suit l'adaptation de l'offre aux besoins.....	21
 Conclusion : messages clés	 21

Le paradoxe de l'Euro utile



La santé mentale est une urgence de santé publique reconnue par tous, et Grande Cause nationale depuis deux ans, pour 2025 comme 2026. Entre 12 et 13 millions de Français sont concernés par un trouble psychiatrique, mais une personne sur huit seulement est aujourd'hui diagnostiquée et prise en charge. Les besoins augmentent, les listes d'attente s'allongent, les urgences saturent. Pourtant, une part majeure de l'offre autorisée reste inutilisée.

C'est ce paradoxe que cette étude documente : en 2022, l'équivalent de près de 30 000 lits et places était resté inoccupé, soit environ un tiers des capacités hors ambulatoire, mobilisant de l'ordre de 3,1 milliards d'euros de financements affectés à des structures plutôt qu'à des soins. Dans le même temps, le modèle de financement, en enveloppe fermée, ne permet pas aux établissements d'adapter leur offre aux besoins.

La FHP Psy porte une conviction simple : chaque euro doit être un « euro utile », c'est-à-dire un euro qui finance des soins effectifs pour les patients qui en ont besoin.

Cette étude n'oppose pas les secteurs. Elle appelle à un contrat pluriannuel d'engagement avec l'État, fondé sur l'efficacité, au service d'un objectif partagé : un accès aux soins de qualité, partout, pour chaque patient.

Marc Laidet
Président, FHP Psy

Introduction

Un contexte de santé publique sous tension

La psychiatrie française fait face à une demande de soins en forte croissance, portée par la démographie, l'épidémiologie et une meilleure reconnaissance des troubles mentaux. Or l'offre d'hospitalisation se contracte et une part importante des capacités autorisées reste inutilisée, dans un modèle de financement qui n'incite pas au développement de l'activité.

Objectif et parti pris

L'étude met en évidence un paradoxe — une offre inutilisée face à des besoins non couverts — et en tire une proposition concrète : réorienter, via un contrat pluriannuel d'engagement avec l'État, les financements aujourd'hui affectés à des capacités vides vers des soins effectifs. C'est le principe de l'« euro utile ».

Les porteurs de l'étude

Cette étude est portée par la FHP Psy, Fédération des cliniques psychiatriques de France, qui représente les 211 établissements de santé privés (ex-OQN) autorisés en psychiatrie, représentant 20 000 lits et places. Elle a été réalisée par le cabinet Roland Berger, sur la base de données publiques et d'entretiens d'experts.



Glossaire des sigles

AMO	Assurance maladie obligatoire.
CEHPP	Centre d'expertise sur l'hospitalisation privée en psychiatrie — source de données citée par l'étude.
CMP	Centre médico-psychologique — structure de soins ambulatoires de secteur public
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé.
DFA	Dotation à la file active — compartiment du financement assis sur l'activité.
DGOS	Direction générale de l'offre de soins.
DMS	Durée moyenne de séjour.
Dotation populationnelle	Dotation forfaitaire répartie selon des critères socio-démographiques.
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.
ESPIC	Établissement de santé privé d'intérêt collectif (privé non lucratif).
ex-DAF / ex-OQN	Anciens régimes de financement : DAF (public et associatif), OQN (secteur privé).
HC / HP / HJ / HN	Hospitalisation complète / partielle / de jour / de nuit.
IFAQ	Incitation financière à l'amélioration de la qualité.
OD PSY	Objectif de dépenses de la psychiatrie.
SAE	Statistique annuelle des établissements de santé.
SAS	Service d'accès aux soins.
Scansanté	Plateforme de restitution des données d'activité hospitalière (ATIH).
TCAM	Taux de croissance annuel moyen.
TMS	Stimulation magnétique transcrânienne.
TO	Taux d'occupation des lits et places.

A photograph of a family walking away from the camera on a dirt path. In the foreground, a woman in a black sweater and blue jeans holds the hand of a young girl in a pink shirt. The girl holds the hand of a man in a grey t-shirt and blue jeans. To the left, another man in a white t-shirt and blue jeans carries a wicker basket. The path is lined with trees, and the sun is low in the sky, creating a warm, golden glow and long shadows. The background is slightly blurred, showing other people and a building in the distance.

Partie 1

Des besoins en forte croissance : l'épidémie silencieuse

Des besoins massifs, largement non couverts

Épidémie silencieuse : la demande de soins croît, l'offre ne la couvre pas

Compte tenu des évolutions épidémiologiques et démographiques, le besoin de soins n'est massivement pas traité, malgré le développement des prises en charge agiles hors hospitalisation complète.

- **Des besoins massifs** : les troubles mentaux touchent 12 à 13 millions de personnes en France, en augmentation de 0,5 % par an sous l'effet de la démographie.
- **Un besoin non couvert** : une personne sur huit seulement est diagnostiquée et traitée, et parmi elles une sur quatre relèverait d'une hospitalisation — l'offre ne couvre pas le besoin.
- **Les enfants en première ligne** : la part d'enfants augmente sur certains diagnostics et l'on estime qu'environ la moitié d'entre eux ne sont pas encore suivis.

• **Une prise de conscience croissante** : plan psychiatrie, actions de Santé publique France, et progression des professionnels (+7 % par an de psychologues depuis 2014, +1 % de psychiatres entre 2014 et 2022) améliorent la détection et le traitement précoce hors hôpital.

Ces dynamiques relèvent de trois niveaux : la population touchée par des troubles, la population diagnostiquée, puis la population effectivement hospitalisée — chaque étage étant influencé par des facteurs distincts.

Facteurs impactant l'activité d'hospitalisation privée en psychiatrie

Catégorie	Facteur	Tendances	Impact futur
A Population touchée par des troubles psychiatriques	Données démographiques	- Population croissante: +0,6 % par an sur la période 2000-20 - +0,4 % par an jusqu'en 2030 - Vieillessement de la pop. devant entraîner une augmentation de la prévalence des pathologies affectant les + de 60 ans	↑
	Facteurs gén. de troubles psy. et de désocialisation	- Augmentation des facteurs générateurs de troubles psychiques tels que les addictions, les jeux vidéo - Augmentation des facteurs de désocialisation (perte d'emploi, rupture vie familiale) – accélération avec le COVID	↑
	Épidémiologie	Epidémiologie difficile à prévoir en raison de la nature complexe des causes de maladie mentale – cependant, croissance de la part de la population affectée attendue notamment sur les pathologies émergentes, du "quotidien"	↑/↓
	Prévention précoce	- Doublement du nombre de consultations pour les enfants entre 2008 et 2016 - Nombreuses initiatives pour la détection et la prévention : mon parcours psy, dispositifs post-covid...	↑
B Population diagnostiquée	Sensibilisation / réduction de la stigmatisation	Santé mentale devenant une préoccupation de plus en plus importante dans la société – stigmatisation associée à la psychiatrie toujours élevée mais en baisse, ouvrant vers une demande plus importante	↑
	Meilleur diagnostic (aug. du nb de consultations)	Amélioration du diagnostic grâce à une augmentation des consultations de psychiatrie (+40% entre 2010 et 2016 en CMP) et du nombre de psychologues (84 000 en 2022, +7% p.a. depuis 2014)	↑
C Population hospitalisée	Évolution des moyens thérapeutiques	- Augmentation des moyens pharmaceutiques - médicaments (notamment pour la schizophrénie et d'autres troubles délirants) et technologies innovantes (TMS, téléconsultations) - Avec une majorité d'établissements à taille humaine, capacité du privé à faire évoluer rapidement son offre de soins	↑
	Passage à l'hôpital de jour et ambulatoire	Volonté des autorités toujours plus forte de remplacer l'hospitalisation complète par de l'hospitalisation de jour ou des soins ambulatoires afin de favoriser la qualité de vie et la réinsertion du patient	↑
	Recours croissant au médico-social	Orientation vers des solutions en amont ou en aval de l'hôpital pour décongestionner et sortir d'une logique centrée sur l'hôpital en France	↓
	Changement du casemix	Plus fort dynamisme relatif de certaines pathologies où le privé est davantage présent (troubles anxieux, troubles de l'alimentation)	↓
Impact			Impact global pour l'hospitalisation privée psy
Positif			Neutre
Négatif			

Source : presse, entretiens d'experts



Partie 2

Le paradoxe de l'offre inutilisée

Des capacités en recul, une occupation qui décroche

De 2014 à 2022, les capacités autorisées diminuent et l'occupation chute

Les capacités autorisées reculent nettement dans le secteur public et associatif (ex-DAF) : -8 061 lits et places pour les établissements publics (-12,2 %) et -1 225 pour les ESPIC (-8,6 %) entre 2014 et 2022. Surtout, le taux d'occupation des capacités du secteur ex-DAF décroche continûment.

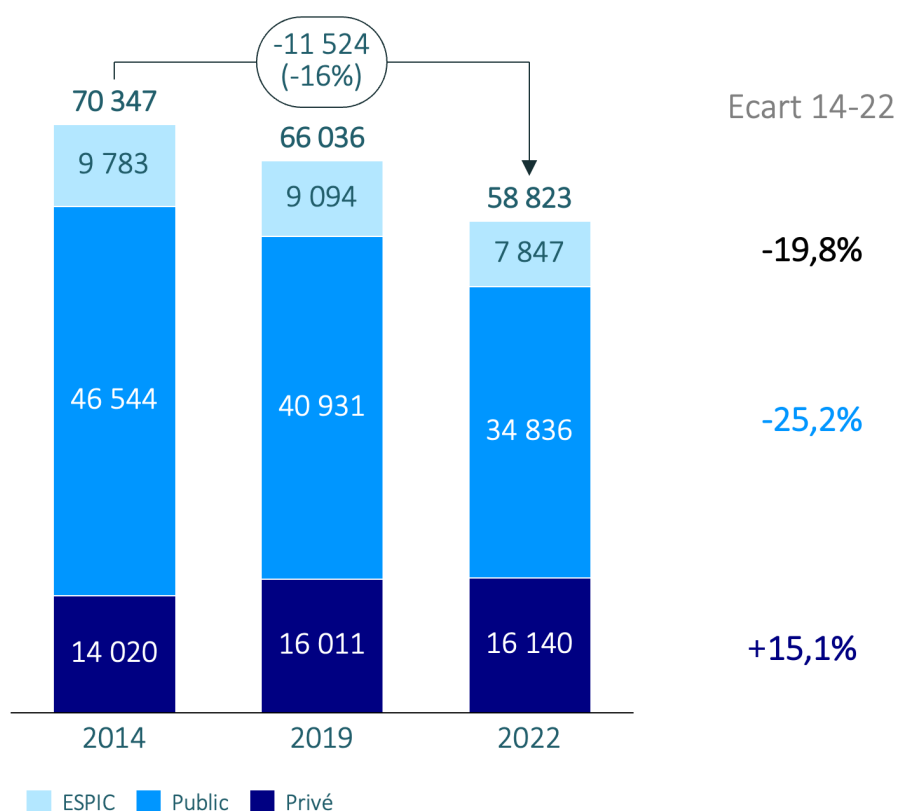
• **2014** : 80 057 lits et places installés, dont 56 327 occupés, soit un taux d'occupation de 70,3 %.

• **2019** : 73 918 installés, dont 50 025 occupés, soit 67,7 %.

• **2022** : 70 771 installés, dont 42 683 occupés, soit 60,3 %.

À rebours de cette tendance, le secteur privé accroît son activité occupée sur la période (+15,1 %), quand le public recule de -25,2 % et l'ESPIC de -19,8 %. L'écart de dynamique entre secteurs se creuse.

Occupation des lits et places installés [2014 / 2019 / 2022]



Environ 30 000 lits et places inoccupés en 2022

Des capacités vides concentrées dans le secteur ex-DAF (public et ESPIC)

En 2022, l'équivalent d'environ 30 000 lits et places n'a pas été occupé sur l'année — de l'ordre de 9 000 lits et 19 000 places dans le seul secteur ex-DAF. Le taux d'occupation varie fortement selon le statut et la modalité.

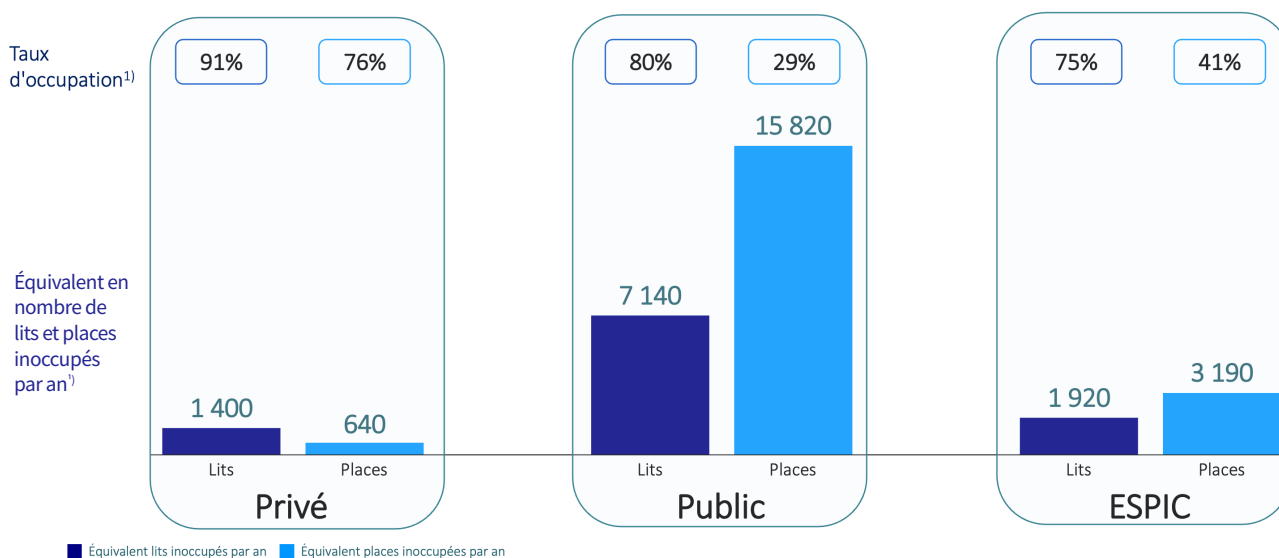
- **Privé** : occupation élevée — 91 % des lits et 76 % des places ; l'équivalent d'environ 1 400 lits et 640 places inoccupés.

- **Public** : occupation faible — 80 % des lits mais 29 % des places ; l'équivalent d'environ 7 140 lits et 15 820 places inoccupés.

- **ESPIC** : 75 % des lits et 41 % des places ; l'équivalent d'environ 1 920 lits et 3 190 places inoccupés.

Ce sont donc les places d'hospitalisation partielle du secteur public qui concentrent l'essentiel des capacités inutilisées — un signal d'inefficience allocative au cœur du paradoxe. Les données 2025 de la DREES ne changent pas cette tendance : alors que l'activité de l'hôpital public retrouve son niveau de 2019, la psychiatrie recule de nouveau, la baisse des journées d'hospitalisation complète et partielle n'étant pas compensée par le développement de l'ambulatoire.

Capacités inoccupées par statut et par modalité [2022]



1) Fondé sur un taux d'occupation calculé en nombre de jours de soins réalisés / (nombre de lits et/ou places * 365 jours par an)



Files actives : l'hospitalisation complète recule, le secteur privé progresse

Évolution des files actives d'hospitalisation [2014-2022, milliers de patients]

L'analyse des files actives — le nombre de patients pris en charge — confirme le double mouvement de repli de l'hospitalisation complète et de montée des prises en charge partielles, portées par le secteur privé.

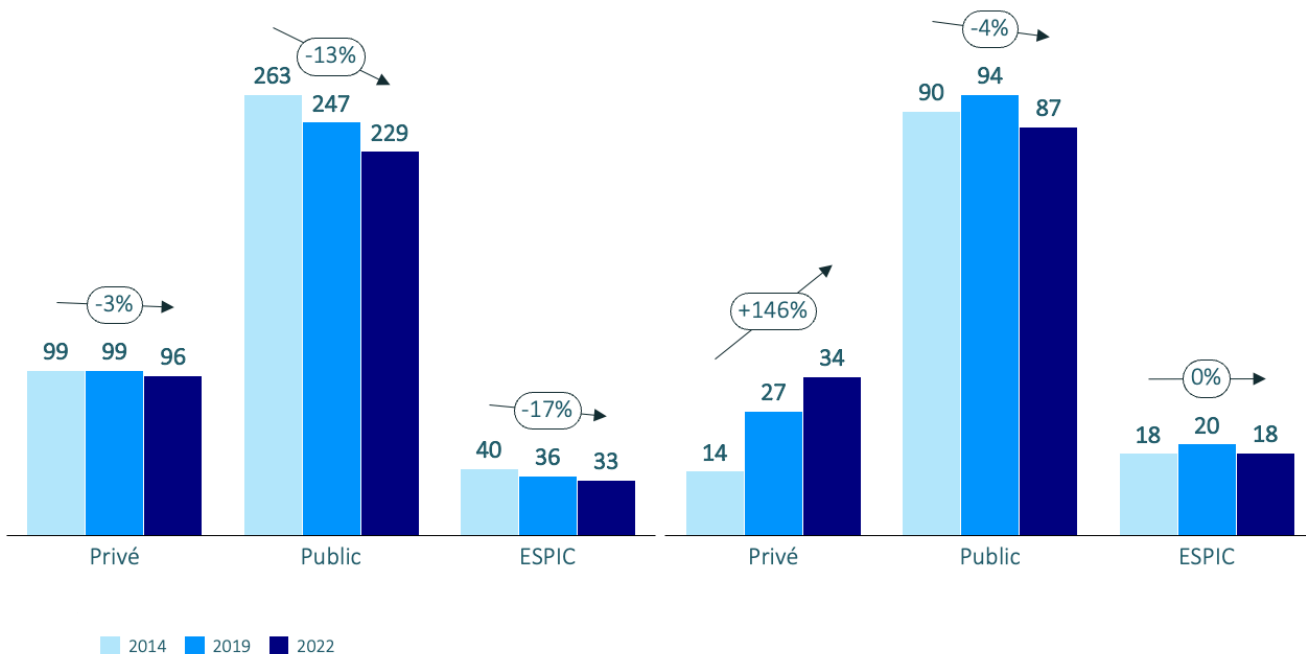
- **Hospitalisation complète en fort recul** : -13 % pour le public (soit environ -34 000 patients), -17 % pour l'ESPIC, -3 % pour le secteur privé.
- **Hospitalisation partielle** : le secteur ex-DAF stagne depuis 2014 (public -4 %, ESPIC stable) et n'a pas retrouvé son niveau de 2019 (environ -9 000 patients).
- **Un secteur privé très dynamique** : +146 % de file active en hospitalisation partielle sur 2014-2022, soit environ +20 000 patients.

Le secteur privé accompagne ainsi le virage vers les prises en charge partielles souhaité par les autorités, là où le secteur public le subit sous contrainte capacitaire et budgétaire. C'est le seul secteur dont la file active progresse malgré les contraintes.

Files actives d'hospitalisation complète et partielle [2014 / 2019 / 2022]

Hospitalisation complète

Hospitalisation partielle



Scansanté 2014-2019-2022

L'ambulatoire saturé : 6 à 12 mois d'attente en CMP

Le développement de l'ambulatoire ne suffit pas à absorber la demande

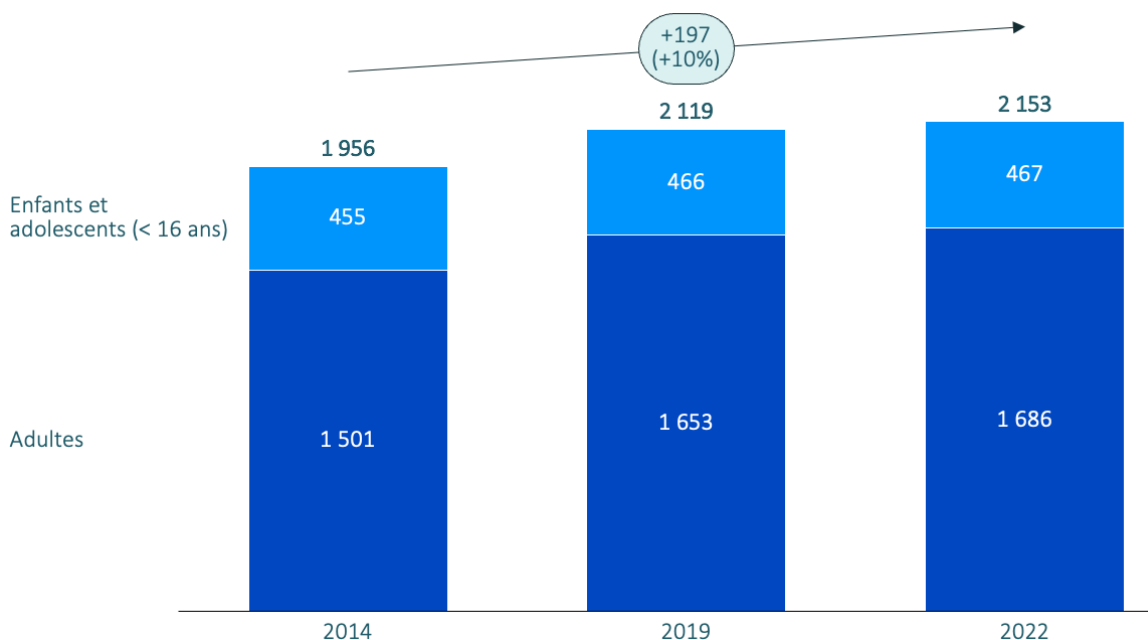
L'ambulatoire progresse, mais insuffisamment pour répondre à la hausse des besoins. La file active ambulatoire progresse d'environ 197 000 personnes sur huit ans (+10,1 %), adultes et enfants confondus.

• **Des délais critiques :** l'attente pour une place en centre médico-psychologique (CMP) atteint 6 à 12 mois, pour les adultes comme pour les enfants.

Les alertes contenues dans le rapport d'information parlementaire (N. Dubré-Chirat et S. Rousseau)

- Les urgences psychiatriques sont devenues le point d'entrée par défaut du parcours de soins, faute d'offre suffisante en amont.
- Les CMP sont débordés et leurs délais se dégradent, incitant les patients à se tourner vers les urgences.
- Le nombre de psychiatres libéraux a diminué de 4,5 % entre 2010 et 2022 (de 6 459 à 6 170), aggravant les difficultés d'accès dans certains territoires.

Évolution de la file active ambulatoire [2014 / 2019 / 2022, milliers de personnes]



DREES, Panorama des établissements de santé 2020-2021 et 2024



Partie 3

Une réforme du financement synonyme de décroissance



Une réforme qui fige 75 % des ressources

La réforme du financement AMO alloue l'essentiel des moyens sans lien avec l'activité

Entrée en vigueur en 2022, la réforme du financement par l'assurance maladie obligatoire (AMO) a créé plusieurs compartiments : dotation populationnelle (forfaitaire, sur critères socio-démographiques), activités spécifiques, dotation à la file active (DFA, part à l'activité), puis des compartiments d'incitation (IFAQ, recherche, nouvelles activités, qualité du codage, transformation).

Mais l'équilibre retenu fige la majeure partie des ressources : 75 % des 11,6 Md€ consacrés à l'hospitalisation psychiatrique sont alloués en dotation populationnelle, forfaitaire, quel que soit le niveau

d'activité, et seulement 20 % via la dotation à la file active.

- **Deux logiques opposées** : côté ex-DAF (public et ESPIC), 80 % des ressources passent par la dotation populationnelle;

côté ex-OQN (privé), 80 % passent par la DFA, liée à l'activité.

- **Un secteur ex-DAF non incité à l'activité** : la dotation forfaitaire est versée indépendamment de l'activité réalisée, sans incitation à développer l'offre.



3,1 milliards d'euros pour financer des capacités vides

Sans incitation à l'activité, l'AMO finance l'équivalent de 30 000 lits et places inoccupés

En l'absence d'incitation majeure à l'activité, la trajectoire de baisse s'est poursuivie et le financement s'est déconnecté des soins réellement délivrés. En 2022, l'équivalent de plus de 30 000 lits et places n'a pas été occupé dans l'année, soit près d'un tiers des capacités d'hospitalisation complète et partielle hors ambulatoire.

Rapportés aux équilibres dotation / capacité installée, ces lits et places inoccupés mobilisent de l'ordre de

3,1 milliards d'euros de dotations en 2022 — des moyens affectés à des structures plutôt qu'à de l'activité de soins, à plus de 90 % dans le secteur ex-DAF (public et ESPIC).

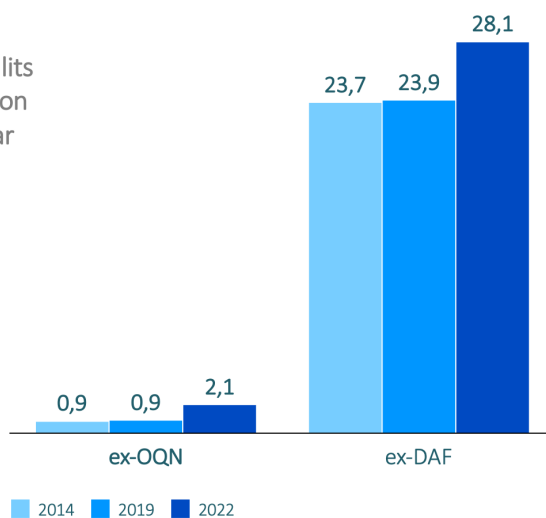
• **Un écart de coût qui se creuse :** le coût AMO par lit ou place installé (hors ambulatoire) est passé d'un rapport de 1,7 en 2014 à 1,9 en 2019 puis 2,1 en 2022 entre secteur public et secteur privé.

Financement des places inoccupées [2014 / 2019 / 2022]

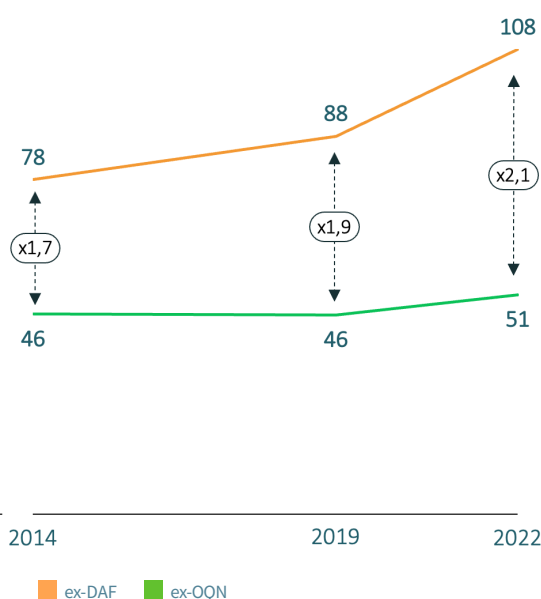
Taux et nombre de lits et places non occupés¹⁾ par statut [milliers, %]

Taux d'occupation¹⁾ 94% 94% 89% 70% 68% 60%

Equivalent lits et places non occupés par an



Coût AMO par lit ou place installé par statut hors ambulatoire²⁾ [k€]



1) Fondé sur un taux d'occupation calculé en nombre de jours de soins réalisés / (nombre de lits * 365 jours par an) ; 2) Estimé selon la part du financement DFA ambulatoire de 2019 au sein de l'OD PSY ex-DAF, reporté sur 2014 et 2022

Source : CEHPP ; DGOS 2020, mise en place de la réforme ; DREES, Panorama des établissements de santé

Enveloppe fermée : un secteur privé qui se fragilise

À l'inverse, le secteur privé accumule un retard de financement et voit sa situation se dégrader

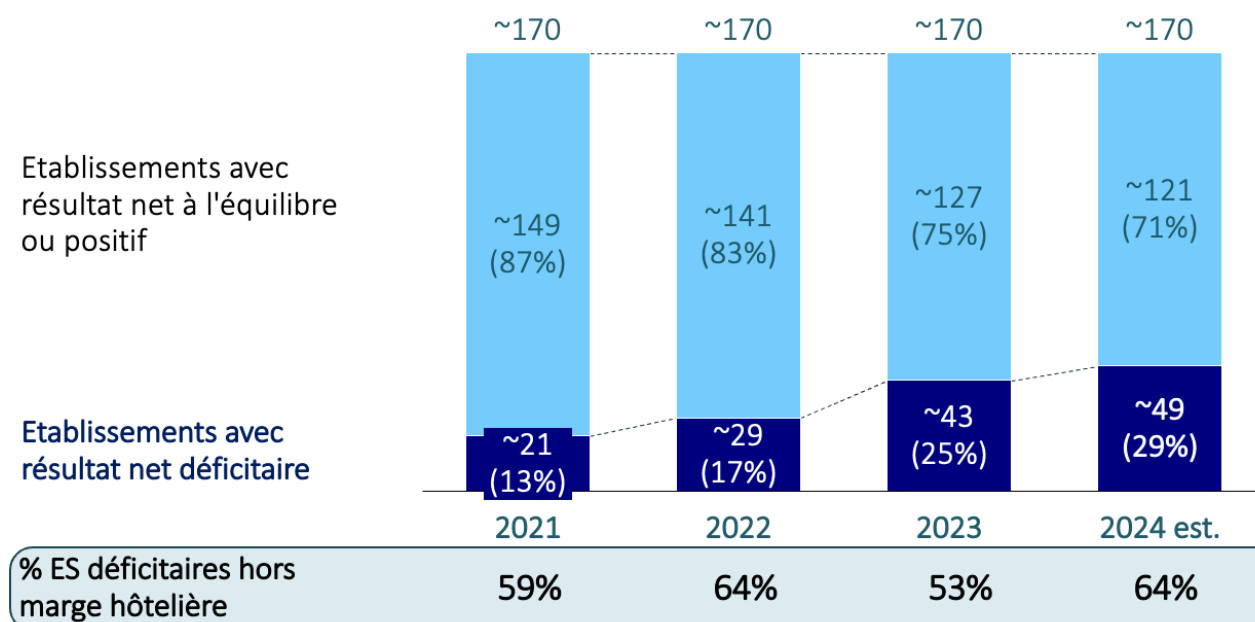
Le secteur privé, lui, augmente son activité — mais le mécanisme d'enveloppe fermée diminue la valorisation de chaque journée dès que le montant distribué progresse moins vite que l'activité. L'écart est cumulatif : en 2023, le secteur privé aurait perçu 25 M€ de DFA supplémentaires sur la base de la valorisation d'une journée de 2021, et le manque à gagner est estimé à près de 30 M€ en 2024.

Cette dynamique fragilise directement le modèle économique des cliniques, déjà mis sous tension par la bascule vers l'hôpital de jour et la baisse des durées moyennes de séjour.

• **Des établissements de plus en plus déficitaires** : la part de cliniques privées en déficit passe de 13 % en 2021 à 17 % en 2022, 25 % en 2023 et environ 29 % en 2024.

• **Un modèle fragilisé** : les recettes hôtelières (15 à 20 % des revenus) s'érodent, tandis que les coûts augmentent (inflation). À noter : pour 90 % des établissements du secteur, les recettes de l'assurance maladie obligatoire ne couvrent pas l'ensemble des charges (masse salariale, frais fixes et variables). Leur équilibre économique repose sur les recettes des assurances maladie complémentaires (AMC).

Établissements privés en difficulté financière [échantillon ~170, 2021-2024]



Désécurisation : un risque pour près d'une clinique sur dix

La levée de la sécurisation expose les établissements au sous-financement de l'enveloppe fermée

Pour amortir l'impact de la crise sanitaire, les pouvoirs publics ont mis en place, entre 2022 et 2025, un mécanisme temporaire de sécurisation : chaque établissement a la garantie de percevoir au minimum la dotation populationnelle et la DFA de l'année précédente lorsque la sécurisation est à 100 %. Ce mécanisme n'augmente pas le montant total distribué : il ne fait que répartir l'enveloppe d'OD psy existante.

Sa levée constitue une échéance à haut risque pour les établissements qui ont fonctionné dans une logique de dotation et se retrouveraient exposés au sous-financement de l'enveloppe fermée.

Ce qu'aurait produit une désécurisation totale dès 2023

- **Environ 10 % des établissements privés** auraient vu leur dotation à la file active (DFA) chuter de plus de 20 %.
- **Soit près de 13 % de leurs revenus totaux**, faisant courir un risque de défaillance et dégradant l'offre de soins.
- Pour mémoire, le complément de DFA versé en 2022 représentait 15,1 % de la valorisation supplémentaire (11 M€), et le taux de rémunération du différentiel de DFA n'était que de 23,6 % en 2023 (16 M€).



Une dépense peu efficiente, une offre en risque

Des financements en hausse, une activité en recul

La synthèse des constats pose une question centrale d'efficience de la dépense publique. Entre 2014 et 2022, le secteur public et l'ESPIC voient leur activité se réduire, tandis que leurs moyens financiers et humains rapportés à la capacité autorisée augmentent.

- **Des capacités en baisse** : -12 % de lits et places autorisés (80,1 k → 70,8 k).
- **Une activité en recul** : -24 % de journées d'hospitalisation complète et partielle (20,6 → 15,6 M).

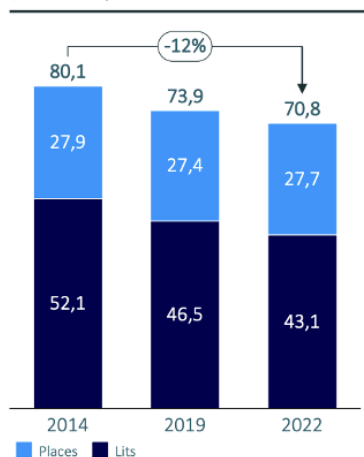
- **Des financements en hausse** : +62 % de coût par journée de soins (302 € → 489 € hors ambulatoire).

- **Des moyens humains en hausse par capacité** : +12 % d'effectifs par lits et places autorisés.

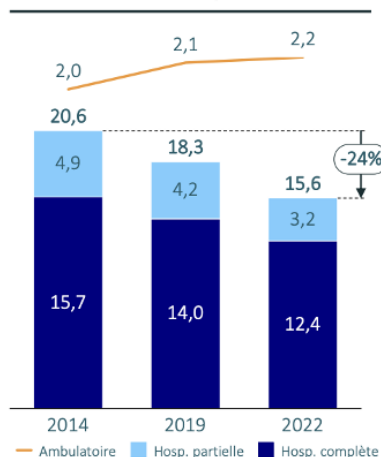
Autrement dit, le système consacre davantage de moyens à une activité qui diminue : c'est le cœur du paradoxe de l'« euro utile ».

Évolution des équilibres des établissements publics et ESPIC [2014-2022]

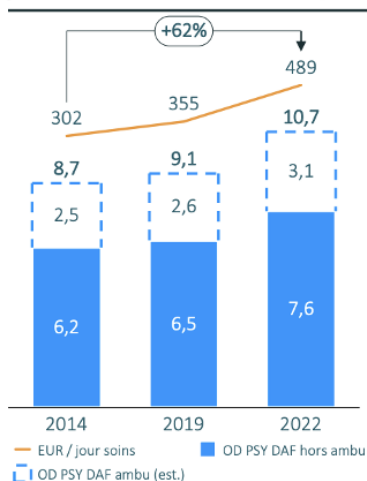
Diminution des capacités autorisées
[k lits et places]



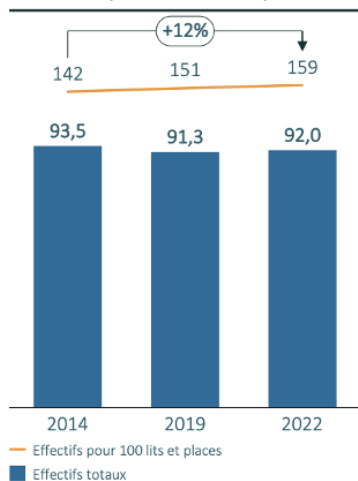
Diminution de l'activité
[M journées HC et HP, file active ambulatoire]



Hausse des financements
[OD PSY DAF Md€- € / journée de soins ambu.]



Hausse des moyens RH par lits et places autorisés¹⁾
[Effectifs pour 100 lits et places]





Partie 4

La proposition : un contrat pluriannuel avec l'État

L'« Euro utile » : un financement qui suit l'adaptation de l'offre aux besoins

2026, année charnière : la levée progressive de la sécurisation libère des ressources à réaffecter

L'année 2026 marque un tournant, avec le début de la levée progressive de la sécurisation du financement de la DFA. Les montants de DFA et de dotation populationnelle ne sont aujourd'hui que le reflet du financement antérieur, quels que soient les soins réellement délivrés sur les capacités autorisées. Lors de la levée de la sécurisation, des montants de DFA vont se libérer, reflétant à la fois l'écart entre modèles de financement et les capacités inoccupées.

Face à la sous-activité chronique du secteur ex-DAF, encore confirmée par les données 2025 de la DREES, et à la nécessité de financer les développements qui répondent aux besoins, la FHP Psy propose une orientation claire : mettre en réserve l'enveloppe aujourd'hui dédiée à des capacités inoccupées pour financer, dans le cadre d'un contrat pluriannuel, l'engagement à mettre en œuvre des soins effectifs.

Cette démarche s'inscrit dans une enveloppe fermée, conforme à l'esprit de la réforme et aux contraintes budgétaires. Elle vise à introduire dans le financement une part de fongibilité et d'efficience — l'« euro utile » aux soins.

Les objectifs assignés à cette enveloppe fléchée : répondre à la croissance des besoins et financer les nouvelles autorisations à leur juste hauteur ; permettre un accès plus rapide à un parcours de soins adapté ; répondre au volume des besoins supplémentaires sans dégrader la qualité ; et accompagner la modernisation et la restructuration de l'offre.

Conclusion

Faire de chaque euro un « euro utile » aux soins

La psychiatrie française doit répondre à des besoins qui augmentent avec une offre dont une part majeure reste, paradoxalement, inutilisée. Le modèle de financement actuel fige les ressources et finance des capacités vides plutôt que des soins, tout en fragilisant les établissements qui adaptent leur offre aux besoins.

La levée progressive de la sécurisation, engagée en 2026, ouvre une fenêtre : réorienter, via un contrat pluriannuel d'engagement avec l'État, les moyens dégagés vers les soins effectivement délivrés aux patients, dans une logique de fongibilité et d'efficience.

Les messages clés

- **Les besoins sont massifs et non couverts :** 12 à 13 M de personnes concernées, une sur huit seulement prise en charge.
- **L'offre est paradoxalement sous-utilisée :** environ 30 000 lits et places inoccupés en 2022, soit près d'un tiers des capacités hors ambulatoire. Les dernières données de la DREES (2025) confirment cette tendance.
- **La dépense est peu efficiente :** environ 3,1 Md€ financent des capacités vides ; l'activité baisse quand les moyens par capacité augmentent.
- **Le modèle fragilise le secteur privé :** enveloppe fermée, retard de financement cumulatif, environ 29 % de cliniques déficitaires en 2024.
- **Une solution existe :** réserver l'enveloppe aujourd'hui affectée à des capacités inoccupées pour financer des soins effectifs, dans un contrat pluriannuel co-construit avec l'État.

Étude réalisée
par le cabinet Roland Berger pour le compte de la FHP Psy
Paris – mars 2025