

Évaluation des besoins de la filière psychiatrie en France à l'horizon 2030

Rapport détaillé

Paris – septembre 2026

Sommaire

Édito	3
Introduction : contexte, porteurs et méthodologie.....	4
Glossaire des sigles	6
 A. Des besoins de soins en hausse à l’horizon 2030	 7
Sous l'effet de la démographie, de l'épidémiologie et de la prise de conscience, la demande de soins devrait croître d'ici 2030	8
Du besoin à l'hospitalisation : une lecture en entonnoir.....	9
Le dynamisme du secteur privé sur les pathologies du quotidien et l'essor des centres de crise et de post-cure compensent partiellement la baisse d'activité du public.....	11
À retenir – Partie A	13
 B. Activité de l’hospitalisation : une offre sous tension, un rôle croissant du secteur privé.....	 14
B.1 Développement de l’offre.....	15
B.2 Évolution de l’activité.....	18
B.3 Évolution de la file active	20
À retenir – Partie B	24
 C. Impact des réformes : une dépense maîtrisée, un développement de l’offre freiné	 25
Dans un contexte de forte croissance des besoins, les réformes ont permis de maîtriser la dépense publique, mais figé le développement de l'offre sans enrayer la baisse d'activité	26
La hausse d'activité au-delà de l'enveloppe fermée n'est pas rémunérée : un modèle désincitatif à l'adaptation de l'offre	26
La sécurisation a joué son rôle pour les établissements déjà en place, mais reste figée à un taux moyen de 14 % en 2025	27
La sécurisation amplifie les effets de l'enveloppe fermée, avec un complément de DFA versé entre 15 % et 29 % depuis 2022	28
Le rythme de croissance du secteur privé ralentit sous l'effet désincitatif cumulé de la réforme et de la sécurisation	29
D'ici 2030, 3 millions de journées de soins risquent de ne pas être financées pour le secteur privé	30
À retenir – Partie C	31
 D. Propositions d’évolution du modèle de financement	 32
L'objectif : reconnecter le modèle de financement à l'évolution des besoins de soins de la population	33
Un modèle reconnecté à l'activité facilite l'engagement des établissements pour répondre aux besoins actuels et futurs	34
À court terme, des optimisations ciblées soutiendraient le développement de l'activité	35
La transformation de fond nécessite d'abord de normaliser les actes et d'instaurer un PMSI descriptif en psychiatrie	37
Au-delà du financement, la FHP Psy propose des évolutions inter-secteurs pour améliorer l'accès et la qualité du soin	40
À retenir – Partie D	41
 Conclusion : messages clés	 42

Édito

La psychiatrie française à la croisée des chemins



La santé mentale s'est imposée comme l'un des défis majeurs de notre société. Les crises successives ont accéléré une évolution déjà engagée : les besoins de soins psychiatriques progressent, se diversifient et concernent un nombre croissant de nos concitoyens. Troubles anxieux, dépressions, addictions, souffrance psychique des jeunes, fragilités liées au vieillissement ou à la précarité : les pathologies évoluent, tandis que **les attentes en matière de prévention, de diagnostic précoce et d'accès aux soins n'ont jamais été aussi fortes.**

Face à cette réalité, notre système de soins se trouve à la croisée des chemins.

L'étude prospective réalisée par le cabinet Roland Berger pour la FHP Psy met en évidence un paradoxe préoccupant : **alors que les besoins augmentent à l'horizon 2030, l'activité d'hospitalisation se contracte et le développement de l'offre ralentit.** Ce décalage ne peut être regardé comme un simple ajustement statistique. Il traduit un risque bien réel de renoncement ou de retard dans l'accès aux soins pour des patients et des familles déjà confrontés à des parcours souvent longs et difficiles.

Dans ce contexte, les établissements privés spécialisés en psychiatrie occupent une place devenue essentielle. Présents dans 70 départements, ils réalisent aujourd'hui près de 30 % de l'activité nationale. **Ils sont le seul secteur dont la file active progresse et se mobilisent fortement pour répondre aux besoins émergents,** notamment en pédopsychiatrie, en hospitalisation de jour et dans les prises en charge spécialisées. Cette contribution n'oppose pas les secteurs : elle souligne au contraire la nécessité de mobiliser toutes les capacités disponibles, publiques, associatives et privées, dans une logique de complémentarité territoriale et de parcours coordonnés.

Or, la réforme du financement engagée depuis 2022, si elle a permis de maîtriser la dépense publique et de sécuriser les ressources historiques, montre désormais ses limites. Le fonctionnement en enveloppe fermée conduit à une situation difficilement soutenable : **lorsqu'un établissement accueille davantage de patients et réalise plus de soins, aucune ressource supplémentaire n'est créée pour le secteur.** L'activité additionnelle peut même entraîner une diminution de la valeur de chaque journée. **Un tel mécanisme finit nécessairement par décourager les ouvertures, les investissements et les innovations** dont la psychiatrie a pourtant besoin.

Les conséquences sont déjà perceptibles. Le rythme de création de lits et de places atteint en 2026 son niveau le plus bas depuis 2017. Sans évolution du modèle, **de l'ordre de 3 millions de journées de soins risquent de ne pas être financées sur la période 2026-2030**, pour le seul secteur privé, dont 1,1 million pour la seule année 2030. Derrière ce chiffre, il y a des patients qui risquent de ne pas trouver, au moment opportun, une réponse adaptée à leur situation.

Cette étude ne se limite donc pas à établir un diagnostic. Elle propose **une trajectoire réaliste et progressive pour reconnecter, à court et moyen terme, le financement aux besoins de la population.**

Nous ne défendons pas une augmentation non maîtrisée de la dépense. **Nous défendons un financement lisible, équitable et responsable, capable d'accompagner les besoins, de soutenir la qualité des soins** et de redonner aux acteurs la capacité d'investir. Nous défendons également **une psychiatrie décloisonnée, organisée autour des parcours des patients, de la prévention et de la coopération entre tous les secteurs.**

À l'approche des grandes échéances de 2027, cette étude constitue une invitation à agir. La psychiatrie française dispose des compétences, des professionnels et des capacités d'innovation nécessaires. Il nous appartient désormais de lui donner un cadre à la hauteur des besoins de la population. **C'est une responsabilité collective et, plus encore, une exigence de santé publique.**

Marc Laidet
Président, FHP Psy

Introduction

Un contexte de santé publique sous tension

La psychiatrie occupe une place singulière dans le système de santé français. Elle prend en charge des pathologies variées – des troubles délirants aux troubles anxieux et de l'humeur, en passant par les addictions ou les troubles de l'enfance – dont la prévalence progresse et se transforme. Les « pathologies du quotidien », plus diffuses mais massives, montent en puissance, tandis que la société accorde une attention croissante à la santé mentale. Cette dynamique de la demande contraste avec une offre hospitalière qui, globalement, se contracte depuis 2016.

Les porteurs de l'étude

Cette étude est portée par la FHP Psy, qui représente 211 établissements adhérents et 20 000 lits et places en psychiatrie. Elle a été réalisée par le cabinet **Roland Berger**, cabinet de conseil en stratégie, sur la base des données publiques disponibles et d'entretiens menés avec des experts du secteur. Cette étude est la réactualisation

d'une première version, réalisée en 2023, qui évaluait l'évolution des besoins à 2027. Au lancement de cette seconde étude, la pertinence de ces projections a été mesurée : la trajectoire prospective dressée en 2023 s'est totalement réalisée à 2026. Fort de ce constat, l'étude a été réactualisée en partant d'un modèle fiable et robuste, affiné pour porter l'horizon à 2030.

La raison d'être de cette étude

Face au décalage grandissant entre les besoins et l'offre en amont des grandes échéances politiques de 2027, la filière a souhaité disposer d'une évaluation prospective, chiffrée et documentée. L'objectif est triple : objectiver l'évolution des besoins de soins à l'horizon 2030, éclairer la place respective des différents secteurs – public, associatif et privé – et analyser l'effet des réformes récentes du financement sur la capacité du système à répondre à ces besoins. Le présent document constitue le rapport détaillé de cette étude ; une synthèse est disponible séparément.



Objectifs, périmètre et méthodologie

Objectifs

- **Évaluer l'évolution des besoins** de prise en charge en psychiatrie à l'horizon 2030, par grande catégorie de pathologies.
- **Décrire l'évolution de l'offre et de l'activité d'hospitalisation**, en distinguant les secteurs public, associatif (ESPIC) et privé.
- **Analyser l'impact des réformes du financement engagées depuis 2022** sur le développement de l'offre.
- **Formuler des propositions d'évolution du modèle de financement**, ainsi que des pistes d'amélioration inter-secteurs.

Périmètre

L'étude porte sur l'hospitalisation psychiatrique en France (hospitalisation à temps complet et à temps partiel), en intégrant les prises en charge

spécialisées — centres de crise, centres de post-cure — et, lorsque les données le permettent, l'ambulatoire. Les projections à 2030 traduisent une réponse aux besoins, distincte de l'effet des seules conditions de financement, sauf mention contraire.

Méthodologie et sources

Les analyses s'appuient sur des bases de données publiques et sectorielles : **PMSI / ATIH** pour l'activité, DREES pour les capacités, **DGOS** et **FHP Psy** pour le financement et les remontées d'adhérents, ainsi que la base **HOSCARE** pour les files actives. Elles sont complétées par des entretiens d'experts. Les sigles employés sont explicités dans le glossaire de la page suivante ; ils sont également rappelés au fil du texte lors de leur première occurrence.

Note de lecture — Les volumes d'activité sont exprimés en millions de journées de soins et les évolutions annuelles moyennes en taux de croissance annuel moyen (TCAM), sauf mention contraire.

Glossaire des sigles

ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux.
ARS	Agence régionale de santé — pilote régional de l'offre de soins.
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation — produit les données d'activité (PMSI).
CATTP	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel.
CCAR	Commission consultative de l'allocation des ressources — instance régionale rendant un avis sur l'allocation de la dotation populationnelle.
Circulaire C4	Dernière circulaire budgétaire d'une campagne, qui arrête le financement définitif de l'année écoulée.
CMP	Centre médico-psychologique — structure de soins ambulatoires de secteur public.
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé — coordination des acteurs de santé d'un territoire.
DFA	Dotation à la file active — compartiment du financement des établissements assis sur l'activité réalisée.
DGOS	Direction générale de l'offre de soins — administration du ministère de la Santé.
DMS	Durée moyenne de séjour.
Dot. pop.	Dotation populationnelle — enveloppe répartie en fonction des caractéristiques de la population d'un territoire.
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.
EDGAR	Nomenclature de recueil de l'activité ambulatoire en psychiatrie : entretien, démarche, groupe, accompagnement, réunion.
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.
ENC	Étude nationale de coûts.
ESPIC	Établissement de santé privé d'intérêt collectif (secteur privé non lucratif / associatif).
ex-DAF / ex-OQN	Anciens régimes de financement : DAF pour le public et l'associatif, OQN pour le secteur privé.
HAS	Haute Autorité de santé.
HC / HP	Hospitalisation complète (à temps plein) / hospitalisation partielle (à temps partiel, hôpital de jour).
HOSCAR	Base de données d'activité hospitalière, utilisée ici pour les files actives.
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques.
IPA	Infirmier en pratique avancée.
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique — champ de référence pour certains mécanismes de financement.
OD psy	Objectif de dépenses de la psychiatrie — cadrage financier du champ.
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information — recueil de l'activité hospitalière.
Sécurisation	Mécanisme garantissant un niveau minimal de dotation par rapport à une référence historique.
SMR	Soins médicaux et de réadaptation.
TCAM	Taux de croissance annuel moyen.
TMS	Stimulation magnétique transcrânienne — technique thérapeutique innovante.
Valeur du point	Montant en euros attribué à un point d'activité, obtenu en divisant l'enveloppe de dotation à la file active par le total des points produits par le secteur.
Enveloppe fermée	Enveloppe dont le montant total est fixé à l'avance, indépendamment de l'activité réalisée.
DFA théorique / sécurisée	La DFA théorique résulte de l'activité pondérée multipliée par la valeur du point ; la DFA sécurisée correspond au niveau minimal garanti par référence à une situation historique.
Complément de DFA	Somme versée à un établissement dont la DFA théorique dépasse sa DFA sécurisée, prélevée sur l'enveloppe commune.
Effet de champ	Croissance d'activité résultant d'une évolution d'autorisation : création, extension, regroupement ou spécialisation.

Partie A

Des besoins de soins en hausse à l'horizon 2030

Sous l'effet de la démographie, de l'épidémiologie et de la prise de conscience, la demande de soins devrait croître d'ici 2030

Plusieurs dynamiques convergentes tirent la demande de soins psychiatriques à la hausse. Elles relèvent à la fois de l'évolution de la population, de la transformation des pathologies et d'un rapport collectif à la santé mentale profondément modifié.

• **Démographie.** La population continue de croître (+0,4 % par an jusqu'en 2030) et surtout vieillit, ce qui augmente la prévalence des pathologies affectant les plus de 60 ans.

• **Épidémiologie.** Difficile à anticiper en raison de la nature complexe des causes des maladies mentales, elle voit progresser la part de la population concernée par les pathologies émergentes, dites « du quotidien ».

• **Déstigmatisation et sensibilisation.** La santé mentale devient une préoccupation majeure ; la stigmatisation, encore élevée, recule, ce qui ouvre la voie à une demande plus importante.

• **Meilleur diagnostic.** Les consultations progressent (par exemple +25 % d'actes en centre médico-psychologique entre 2010 et 2023) et le nombre de psychologues atteint 74 000 en 2023 (+4 % par an depuis 2014).

• **Prévention précoce.** Le nombre de consultations pour les enfants a doublé entre 2008 et 2016, soutenu par des dispositifs de détection et de prévention (Mon parcours psy, dispositifs post-Covid...).

• **Facteurs de troubles et de désocialisation.** Addictions, usage des jeux vidéo, pertes d'emploi et ruptures familiales – accélérés par la crise du Covid – augmentent les facteurs générateurs de troubles.

• **Évolution des thérapeutiques.** Nouveaux moyens pharmaceutiques, intérêt pour certaines substances psychédéliques et technologies innovantes (stimulation magnétique transcrânienne, téléconsultation) élargissent l'éventail des prises en charge.

Aperçu des facteurs impactant l'activité d'hospitalisation en psychiatrie

Catégorie	Facteur	Tendances	Impact 19-25	Impact 26-30
A Population touchée par des troubles psychiatriques	Démographie	- Population croissante +0,4 % par an jusqu'en 2030 - Vieillesse de la pop. : 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 COVID	🟢	🟢
	Épidémiologie	- Epidémiologie difficile à prévoir en raison de la nature complexe des causes de maladie mentale - Croissance de la part de la population affectée sur les pathologies émergentes, dites 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	Hausse des consultations de psychiatrie (ex : +25% d'actes en centre médico-psychologique entre 2010 et 2023) et du nombre de psychologues (74 k en 23, +4% p.a. depuis 14)	🟢	🟢
C Population hospitalisée	Évolution des thérapeutiques	Augmentation des moyens pharmaceutiques – médicaments (notamment pour la schizophrénie et d'autres troubles délirants) y.c. un intérêt croissant pour certaines substances psychédéliques (ex. programme de recherche européen) et technologies innovantes (TMS, téléconsultations)	🟡	🟡
	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 🟢 Positif 🟡 Neutre 🟡 Négatif			Impact pour l'hospitalisation psy 🟢 🟢	

Presse, entretiens d'experts, Roland Berger

Du besoin à l'hospitalisation : une lecture en entonnoir

Tous les facteurs de demande ne se traduisent pas mécaniquement par des hospitalisations. Entre la population touchée par des troubles psychiatriques et la population effectivement hospitalisée s'intercalent deux filtres : le diagnostic, puis l'orientation vers l'hôpital plutôt que vers une prise en charge alternative. C'est cette lecture « en entonnoir » qui permet de comprendre pourquoi la demande peut progresser sans que l'hospitalisation suive au même rythme.

Ce qui élargit l'entrée de l'entonnoir

La sensibilisation, la déstigmatisation et l'amélioration du diagnostic augmentent la population qui identifie un besoin et consulte. La démographie et l'évolution des pathologies accroissent la population touchée. À l'entrée, la pression est donc clairement orientée à la hausse.

Ce qui resserre la sortie vers l'hôpital

Plusieurs dynamiques détournent une partie de la demande de l'hospitalisation complète : le recours croissant au médico-social, en amont et en aval de l'hôpital, pour sortir d'une logique centrée sur l'établissement ; le passage à l'hôpital de jour et aux soins ambulatoires, encouragé par les autorités afin de favoriser la qualité de vie et la réinsertion des patients ; et l'évolution du casemix, avec un dynamisme plus marqué de pathologies où le secteur privé est davantage présent. Le résultat net est une demande de soins en hausse, mais une hospitalisation dont le volume et la structure se déforment plutôt qu'ils ne croissent uniformément.

D'ici 2030, le besoin de prise en charge des troubles « du quotidien » poursuit sa progression face aux autres diagnostics.

Derrière un volume global orienté à la baisse, la structure des besoins se recompose nettement. Les pathologies

dites « du quotidien » – troubles de l'humeur et troubles anxieux au premier chef – gagnent du terrain, tandis que d'autres diagnostics reculent ou se stabilisent.

- **Troubles de l'humeur et troubles anxieux** : en progression, portés par un environnement incertain, une meilleure reconnaissance et un diagnostic de ville plus systématique ; ce sont les principales pathologies traitées dans le secteur privé. Ces patients présentent une sévérité clinique réelle, des comorbidités associées et un risque suicidaire croissant.

- **Schizophrénie et troubles délirants** : prévalence des formes lourdes stable (paranoïa), avec une amélioration de la prise en charge de ville qui limite le recours à l'hospitalisation.

- **Toxicomanie** : dépriorisée dans le public malgré un dynamisme dans le secteur privé ; l'offre insuffisante conduit à un report de patients vers d'autres secteurs.

- **Démence** : besoin en hausse avec le vieillissement, mais hospitalisation en repli grâce aux prises en charge alternatives (EHPAD, ambulatoire) qui évitent l'aggravation.

- **Troubles de la personnalité et de l'alimentation** : hospitalisation de moins en moins recommandée au profit de thérapies alternatives et de prises en charge à domicile ou en structures médico-sociales, malgré une forte pression sociale sur les adolescents.

- **Troubles de l'enfance** : développement de l'ambulatoire et du soin à domicile, et repérage précoce, pour limiter la séparation de l'enfant de son environnement familial.

Partie A : Des besoins de soins en hausse à l'horizon 2030

Projection de l'activité d'hospitalisation psychiatrique par catégorie de diagnostic principal

[M journées, 2019-2030]

Catégorie de diagnostic principal ¹⁾		Activité récente				Projections scénario de prise en charge hospitalière		
		Evol. besoins	M jours 2025	TCAM 19-25		Tendance hospitalisation	TCAM 26-30	
F00-09	Démence		91% 9%	0,3	-8,2%		- Augmentation du besoin lié au vieillissement de la population - Baisse de l'hospitalisation par l'amélioration des prises en charge alternatives (ex. EHPAD, ambulatoire, etc.) permettant d'éviter une aggravation des maladies neuro-dégénératives	-6,7%
F10-19	Toxicomanie		90% 10%	1,4	-3,1%		- Dépriorisation de la toxicomanie dans le public vs dynamisme de l'action dans le privé - Offre de soins insuffisante : déport des patients vers d'autres secteurs (ex. gastro) - Impact de la prévention et du développement des thérapies d'hospitalisation partielle	1,0%
F20-29	Schizophrénie/ tr. délirants		83% 17%	6,4	-2,5%		- Meilleur diagnostic : prise en charge plus rapide pour éviter l'hospitalisation ou prise en charge alternative (ex. ambulatoire) - Stabilisation suite à la baisse importante lors du COVID-19	-3,0%
F30-39	Troubles de l'humeur		84% 16%	6,0	+0,3%		- Augmentation du traitement et du dépistage chez l'enfant et l'adolescent - Mix en évolution : stagnation des pathologies lourdes (troubles bipolaires, dépressions sévères) et croissance des pathologies du quotidien (dépressions...)	0,8%
F40-49	Troubles anxieux		78% 22%	2,1	+2,5%		- Augmentation du traitement de troubles de anxieux chez l'enfant avec phénomène de décompensation observé - Croissance liée à un environnement incertain, une meilleure reconnaissance et diag. de ville	2,8%
F50-59	Troubles de l'alimentation		77% 23%	0,3	+1,1%		- Augmentation de la prise en charge ambulatoire (+4,8% p.a. 19-25) et reconnaissance de l'inadéquation de l'offre- besoins par le ministère de la santé - Forte pression sociale (réseaux sociaux, presse etc.) notamment vers les adolescents	1,9%
F60-69	Troubles de la personnalité		81% 19%	1,0	-3,1%		- Stabilité de la prévalence des principaux troubles nécessitant une hospitalisation (paranoïa) et amélioration de la prise en charge de ville (psychiatrie et psychologie) - Hospitalisation non recommandée dans le cas de troubles de la personnalité	-2,7%
F70-79	Retard mental		89% 11%	0,6	-5,9%		- Développement de thérapies alternatives et amélioration des prises en charge à domicile ou dans des structures médico- sociales - Hospitalisation non recommandée dans nouvelles thérapeutiques vs par défaut auparavant	-5,7%
F80-89	Tr. du dvpt. psychologique		41% 59%	1,0	-4,6%		- Développement de thérapies alternatives, amélioration des prises en charge à domicile ou dans des structures médico- sociales - Hospitalisation non recommandée dans nouvelles thérapeutiques vs par défaut auparavant	-4,6%
F90-99	Troubles de l'enfance		52% 48%	0,4	-6,7%		Développement de l'ambulatoire et du soin à domicile pour les enfants pour limiter la séparation de l'enfant de son environnement familial et développement d'une stratégie de repérage précoce afin de réduire l'hospitalisation	-3,6%

Note : 1) hors DP non précisés ; 2) y compris associatif, hors ambulatoire
Source : ATIH / PMSI au 16/02/2026, entretiens experts, Roland Berger

■ Temps complet ■ Temps partiel

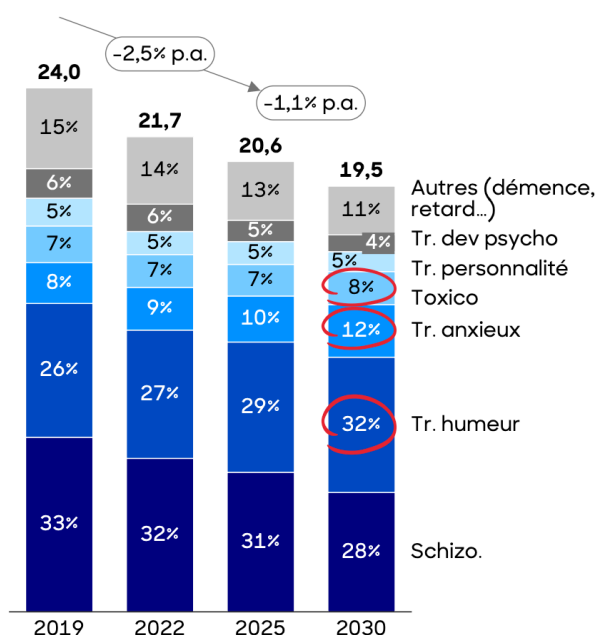
ATIH / PMSI, extraction du 16/02/2026, entretiens d'experts, Roland Berger



Le dynamisme du secteur privé sur les pathologies du quotidien et l'essor des centres de crise et de post-cure compensent partiellement la baisse d'activité du public

Le volume total d'hospitalisation recule de 24,0 millions de journées en 2019 à 19,5 millions en 2030, soit -2,5 % par an jusqu'en 2025 puis -1,1 % par an ensuite. Cette trajectoire d'ensemble masque trois recompositions majeures.

Hausse des pathologies du quotidien



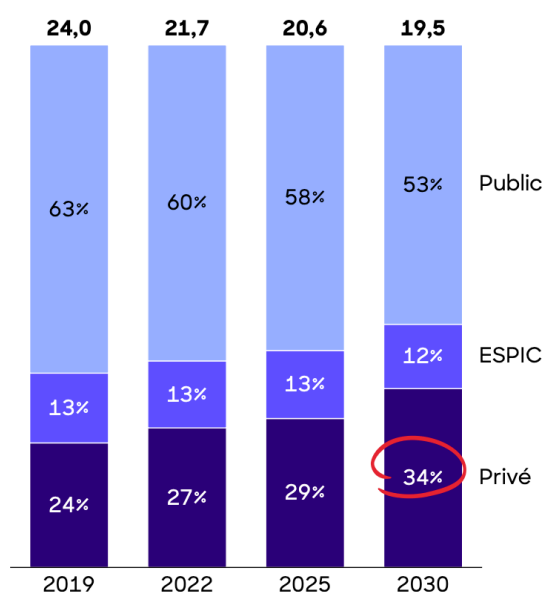
1. La montée des pathologies du quotidien

La part des troubles de l'humeur passe de 26 % à 32 % de l'activité entre 2019 et 2030 et celle des troubles anxieux de 8 % à 12 %, tandis que la schizophrénie recule de 33 % à 28 %. La toxicomanie passe elle de 7 à 8%. Le centre de gravité des besoins se déplace vers des pathologies plus diffuses.

Le taux de -2,5 % par an porte sur 2019-2025 et intègre le repli lié à la crise sanitaire ; celui de -0,7 % par an, p. 18, porte sur 2020-2025.

ATIH / PMSI, extraction du 16/02/2026, entretiens d'experts, Roland Berger

Progression de la part du privé dans l'hospitalisation psy

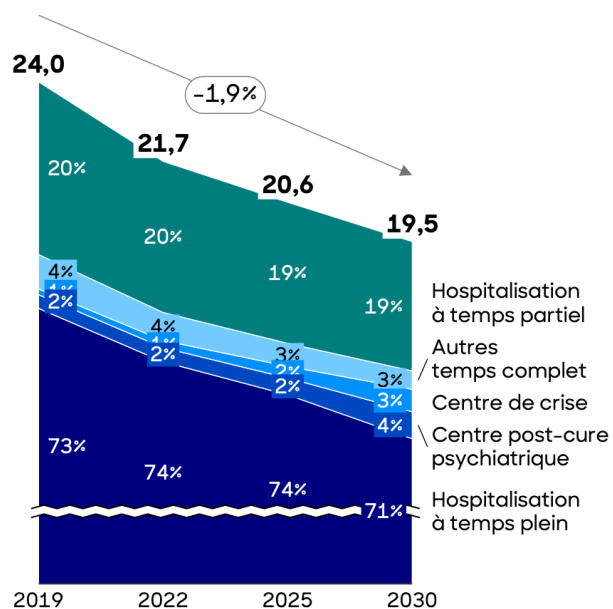


2. La progression de la part du secteur privé

Le secteur privé passe de 24 % de l'activité d'hospitalisation en 2019 à 34 % en 2030. Le public recule de 63 % à 53 % et l'associatif (ESPIC) reste globalement stable autour de 12-13 %.

ATIH / PMSI, extraction du 16/02/2026, entretiens d'experts, Roland Berger

Développement du temps partiel et des prises en charge spécialisées



ATIH / PMSI, extraction du 16/02/2026,
entretiens d'experts, Roland Berger

3. L'essor du temps partiel et des prises en charge spécialisées

L'hospitalisation à temps plein reste majoritaire mais sa part se réduit (73 % en 2019, 71 % en 2030), au profit de l'hospitalisation à temps partiel et surtout des formes spécialisées — centres de crise et centres de post-cure — en forte croissance.



À retenir – Partie A

Des besoins qui montent, une hospitalisation qui se déforme

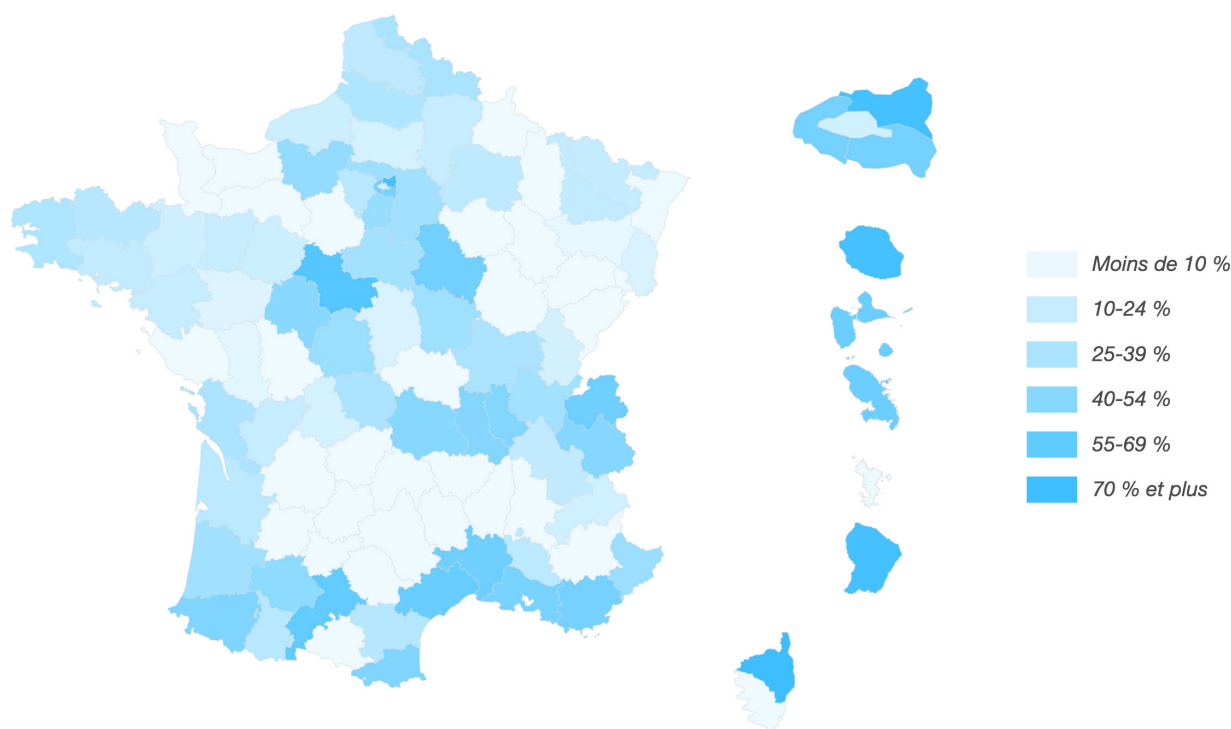
- La demande de soins psychiatriques est orientée à la hausse d'ici 2030, sous l'effet conjoint de la démographie, de l'épidémiologie et d'une meilleure reconnaissance de la santé mentale.
- Le volume d'hospitalisation recule néanmoins (**24,0 M de journées en 2019, 19,5 M attendues en 2030**), une partie de la demande étant réorientée vers l'ambulatoire et le médico-social.
- La structure des besoins bascule vers les pathologies « du quotidien » (**humeur, anxiété**) avec une sévérité des patients en forte évolution au regard de la difficulté d'accès aux soins et au détriment relatif des pathologies historiques (**bipolarité, schizophrénie...**)
- Trois dynamiques se conjuguent : montée des pathologies du quotidien, progression de la part du secteur privé (**24 % à 34 %**) et essor du temps partiel et des prises en charge spécialisées.

Partie B

Activité de l'hospitalisation : une offre sous tension, un rôle croissant du secteur privé

B.1 — Développement de l'offre

Part de l'activité de psychiatrie réalisée par les établissements de santé privés [2025 ; nombre de journées]



ATIH / PMSI, extraction du 28/02/2026

Le secteur privé occupe désormais une place structurante dans l'offre d'hospitalisation psychiatrique, mais avec une implantation très inégale selon les territoires.

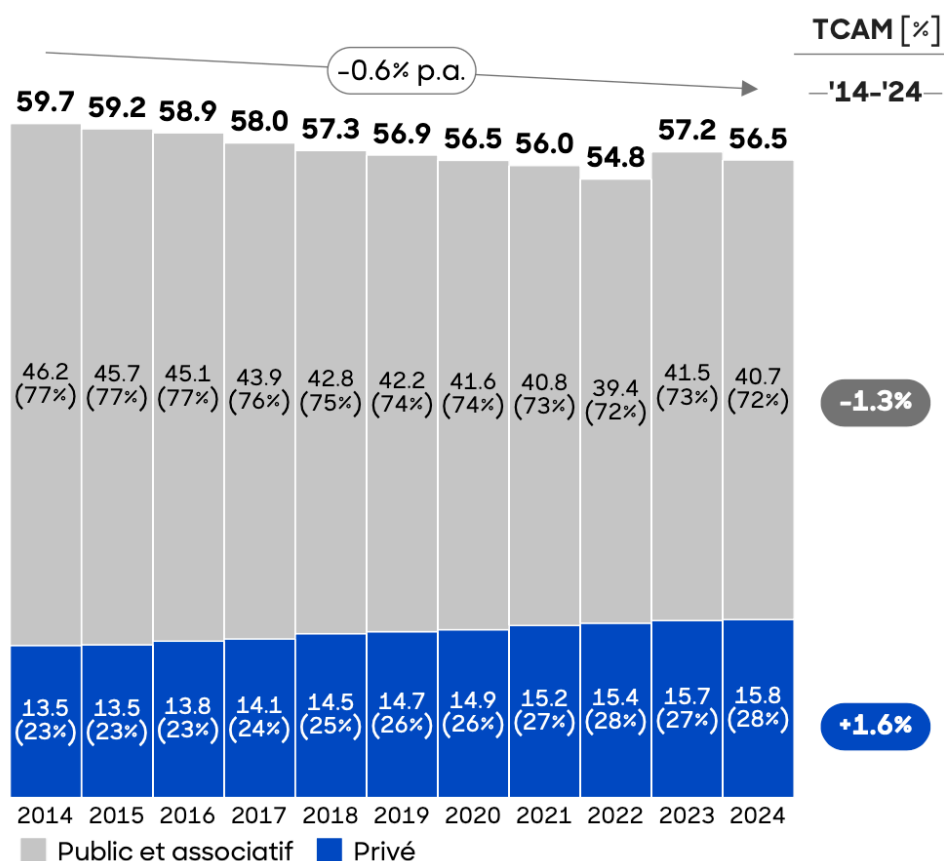
- Le secteur privé réalise près de 30 % de l'activité psychiatrique nationale en 2025, en nombre de journées.
- Dans les 70 départements où une offre privée existe, les établissements privés représentent en moyenne 33 % de l'activité.

- Dans 11 départements, les établissements de santé privés réalisent plus de 50 % de l'activité en nombre de journées.

Cette géographie contrastée signifie que, dans une part importante du territoire, le maintien et le développement de l'offre privée conditionnent directement l'accès aux soins.

Les capacités publiques et associatives reculent malgré un sursaut en 2023, tandis que le secteur privé croît, surtout en hôpital de jour

Évolution de la capacité d'hospitalisation à temps plein [k lits ; 2014-2024]



DREES, bases statistiques

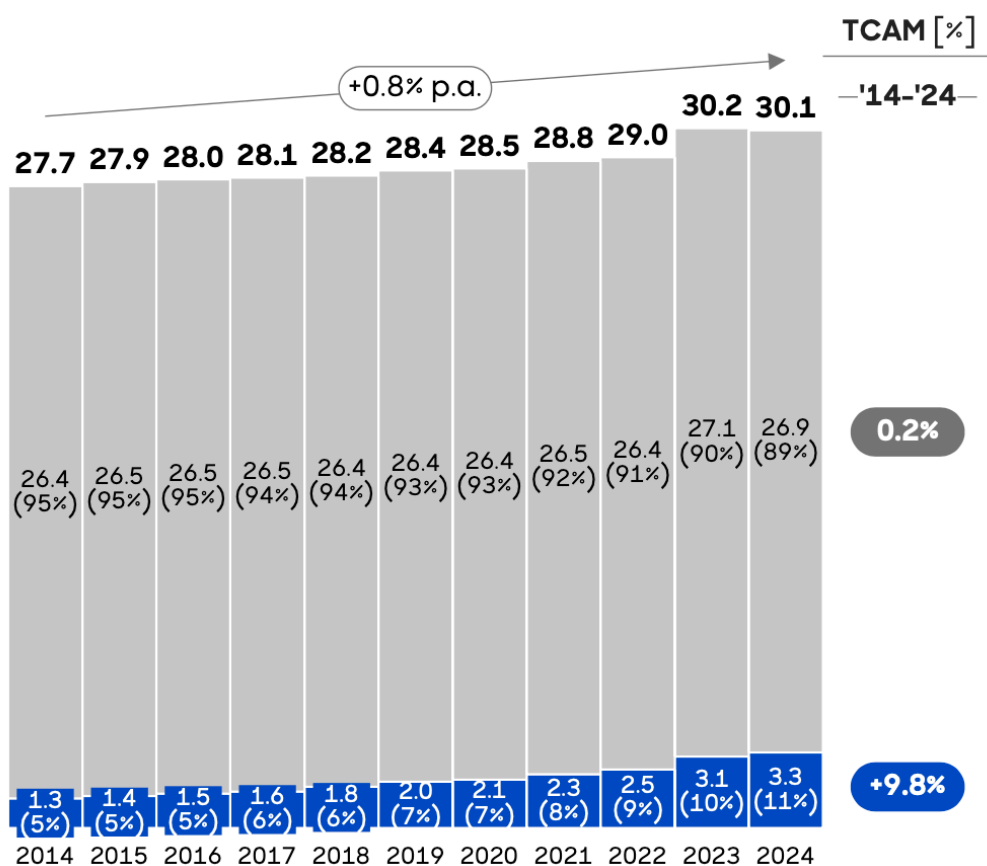
La dynamique des capacités diverge nettement selon les secteurs et selon les modes de prise en charge.

- **Un secteur privé en progression** : les capacités des établissements privés augmentent de +1,6 % par an sur 2014-2024 pour les lits d'hospitalisation à temps plein, et de +9,8 % par an pour les places d'hospitalisation de

jour, compensant partiellement les pertes de capacité du secteur public.

- **Un public et associatif en repli** : les capacités reculent en hospitalisation à temps plein, malgré un sursaut ponctuel en 2023 ; les places d'hospitalisation de jour restent quasi stables (+0,2 % par an).

Évolution des capacités d'hospitalisation de jour [k places ; 2014-2024]



DREES, bases statistiques

• **Un développement tiré par l'hôpital de jour :** les capacités d'hospitalisation de jour ont été développées sous l'impulsion des Agences régionales de santé (ARS) pour favoriser la réinsertion des patients et la proximité, dans un contexte de forte contrainte budgétaire.

Ce mouvement traduit un double phénomène : un désengagement capacitaire progressif du secteur public en hospitalisation complète, et une montée en charge du secteur privé, particulièrement marquée sur les formes de prise en charge les plus souples.



B.2 — Évolution de l'activité

L'activité d'hospitalisation psychiatrique, mesurée en journées de soins, s'inscrit dans une tendance baissière de long terme, ponctuée par le choc du Covid.

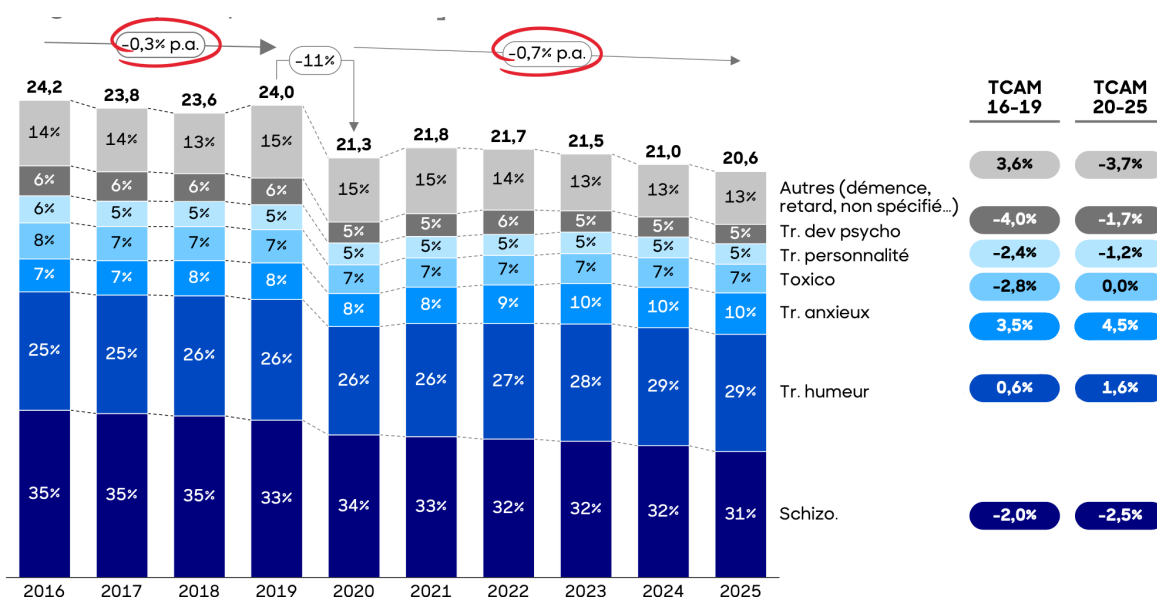
- **Une érosion continue** : l'activité recule de -0,3 % par an entre 2016 et 2019, puis de -0,7 % par an entre 2020 et 2025.
- **Un choc Covid marqué** : les hospitalisations chutent de 11 % entre 2019 et 2020, en particulier les troubles délirants, de l'humeur et de la personnalité.
- **Deux moteurs de résilience** : les troubles anxieux et de l'humeur, qui représentent la majeure partie des

hospitalisations, sont aussi les principales pathologies traitées dans le secteur privé. Ces patients présentent une sévérité clinique réelle, des comorbidités associées et un risque suicidaire croissant.

- **Des reculs ciblés** : stabilité des troubles délirants, mais baisse de la toxicomanie et des troubles de la personnalité.

La photographie d'ensemble est donc celle d'une activité qui se contracte en volume tout en se recomposant vers les pathologies du quotidien, davantage prises en charge par le secteur privé.

Évolution de l'hospitalisation par diagnostic principal [journées de soin, 2016-2025]



ATIH / PMSI, extraction du 16/02/2026, Roland Berger

Majoritaire, l'hospitalisation complète recule face à l'hôpital de jour, particulièrement dynamique dans le secteur privé

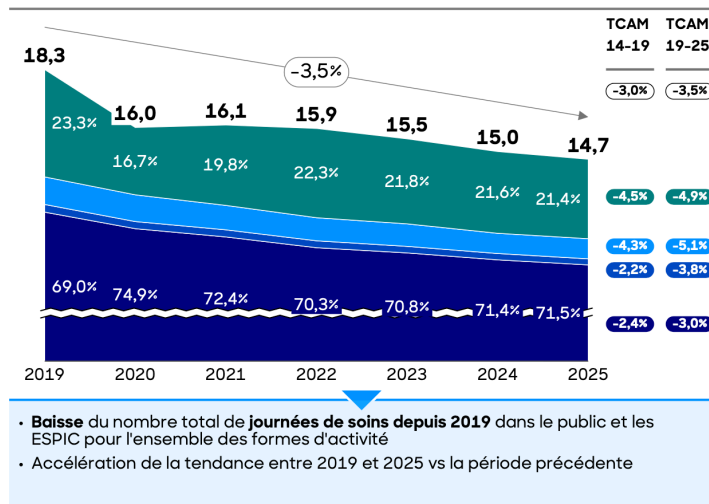
Évolution du nombre de journées par forme d'activité — Public/ESPIC vs Privé [M journées, 2019-2025]

Le mode de prise en charge se transforme, mais dans des proportions très différentes selon les secteurs.

Public et ESPIC : une contraction généralisée

Le nombre total de journées de soins recule depuis 2019 pour l'ensemble des formes d'activité, avec une accélération de la tendance entre 2019 et 2025 (-3,5 % par an) par rapport à la période précédente (-3,0 % par an entre 2014 et 2019). La baisse touche aussi bien l'hospitalisation à temps plein que les autres formes.

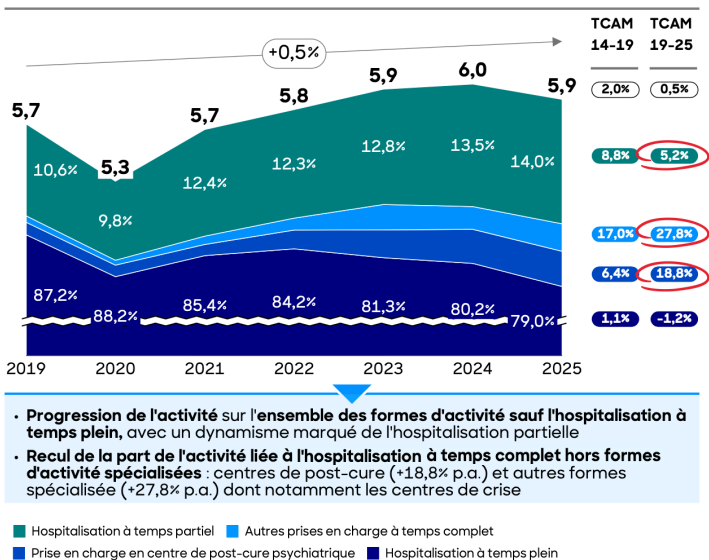
Public et ESPIC



Secteur privé : une croissance tirée par les formes spécialisées et l'intensité des prises en charge

Le secteur privé progresse sur l'ensemble des formes d'activité, sauf l'hospitalisation à temps plein, avec un dynamisme marqué de l'hospitalisation partielle (+ 5,2 % par an). Le recul relatif de l'hospitalisation à temps complet s'accompagne d'un essor des formes spécialisées : les centres de post-cure croissent de +18,8 % par an et les autres formes spécialisées, dont les centres de crise, de +27,8 % par an.

Privé



Le secteur privé accompagne ainsi le mouvement de fond souhaité par les autorités — désengorger l'hospitalisation complète au profit de prises en charge plus souples — là où le public le subit davantage sous contrainte capacitaire et budgétaire.

ATIH / PMSI, extraction du 16/02/2026

B.3 — Évolution de la file active

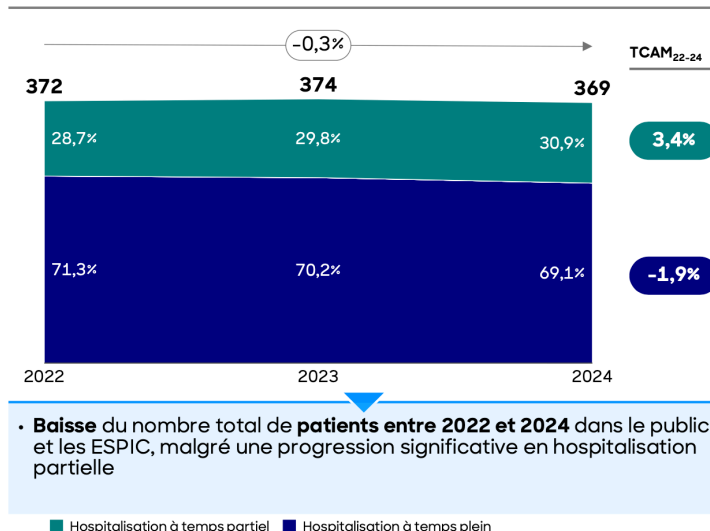
Évolution des files actives d'hospitalisation — Public/ESPIC vs Privé [k patients, 2022-2024]

Au-delà du volume de journées, l'évolution de la file active — le nombre de patients pris en charge — éclaire la capacité du système à toucher davantage de personnes.

Public et ESPIC

Le nombre total de patients recule entre 2022 et 2024, malgré une progression significative en hospitalisation partielle (+3,4 % par an). La hausse de la file active en hospitalisation partielle contrebalance en partie la diminution de la file active en hospitalisation à temps plein (-1,9 % par an), sans suffire à l'inverser.

Public et ESPIC

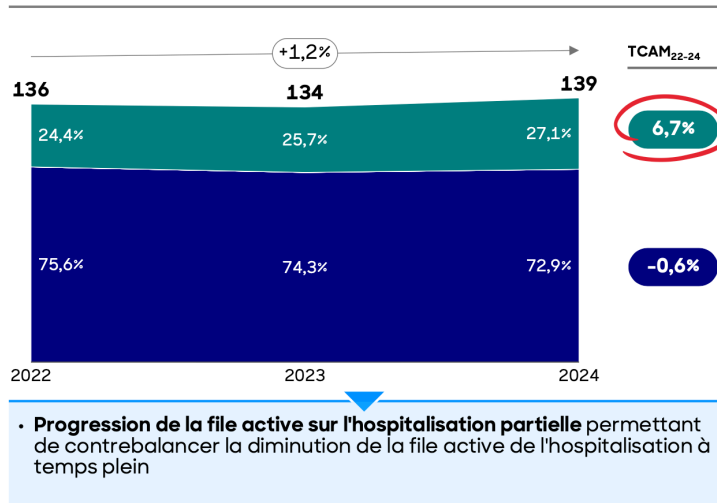


Secteur privé

Le secteur privé enregistre à l'inverse une progression de sa file active totale (+1,2 % par an), portée par l'hospitalisation partielle (+6,7 % par an), l'hospitalisation à temps plein restant quasi stable (-0,6 % par an). C'est le seul secteur à afficher un solde positif sur la période.

Cette divergence confirme le rôle croissant du secteur privé comme point d'accès aux soins, en particulier pour les prises en charge à temps partiel.

Privé



HOSCARE, février 2026

La part du secteur privé dans la file active d'hospitalisation complète progresse dans la majorité des régions

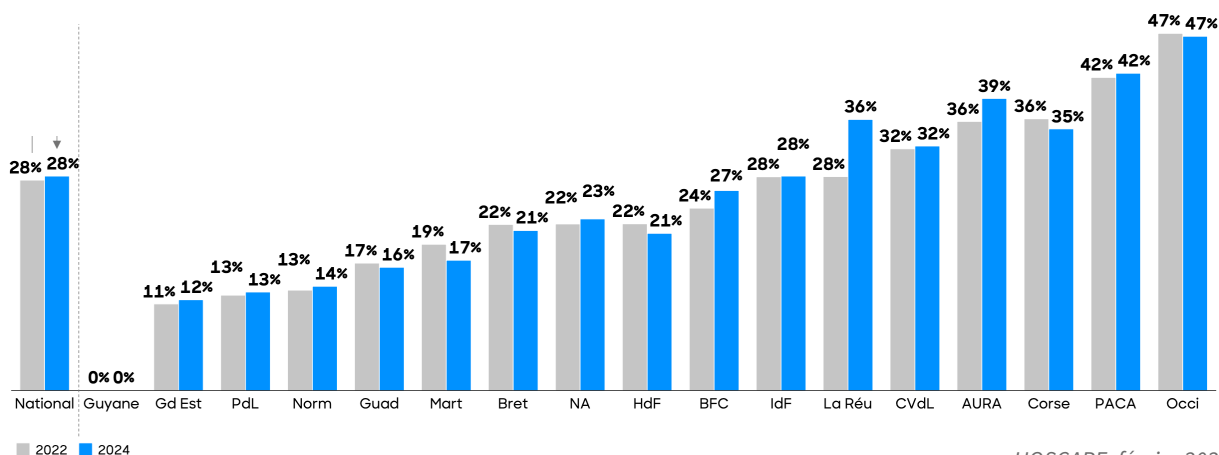
La montée du secteur privé n'est pas un phénomène localisé : elle s'observe dans une majorité de régions et de collectivités d'outre-mer entre 2022 et 2024, **avec une progression de 2 % de la part du secteur privé au niveau national.**

Les situations régionales restent toutefois très contrastées. La part du secteur privé dans la file active d'hospitalisation complète s'échelonne d'un niveau marginal dans certaines régions (Guyane, Grand Est, Pays de la Loire) à près de la moitié dans

d'autres (Occitanie, PACA). Cette hétérogénéité reflète les histoires d'implantation propres à chaque territoire et les stratégies différenciées des acteurs. L'hospitalisation en temps partiel dans le secteur privé a elle progressé de 6,7% par an sur la période.

La tendance générale demeure orientée à la hausse : le secteur privé consolide sa place dans le paysage de l'hospitalisation complète, y compris là où il était historiquement peu présent.

Part du secteur privé dans les files actives d'hospitalisation complète, par région [% , 2022 vs 2024]



HOSCARE, février 2026



Les acteurs privés se mobilisent sur la pédopsychiatrie, triplant leur file active entre 2022 et 2024 ; le public reste le premier acteur

La prise en charge des mineurs constitue un enjeu de santé publique majeur, marqué par une pression sociale croissante et des besoins en forte hausse. L'étude met en évidence une mobilisation accélérée du secteur privé, sans remettre en cause la primauté du public.

- **Une file active des mineurs en forte progression**, quelle que soit la modalité d'hospitalisation.
- **Une hospitalisation partielle dominante**, mode de prise en charge le plus fréquent pour cette population.
- **Une percée du secteur privé sur l'hospitalisation complète**, liée à la mise en œuvre de nouvelles

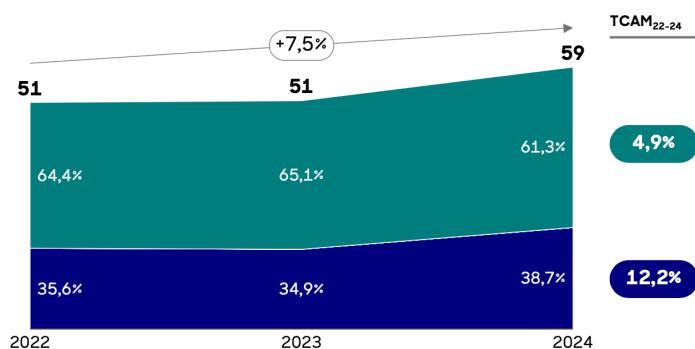
autorisations: la file active du secteur privé pour les moins de 18 ans est multipliée par trois entre 2022 et 2024.

- **Une part de marché du secteur privé en forte hausse**, de 7 % de la file active infanto-juvénile totale en 2022 à 17 % en 2024, avec une forte croissance de l'hospitalisation partielle, de 28,8% par an sur la période.

Le secteur public demeure néanmoins le premier acteur de la pédopsychiatrie, la progression du secteur privé venant compléter – et non remplacer – l'offre existante face à des besoins croissants.

Files actives d'hospitalisation des moins de 18 ans — Public/ESPIC vs Privé [k patients, 2022-2024]

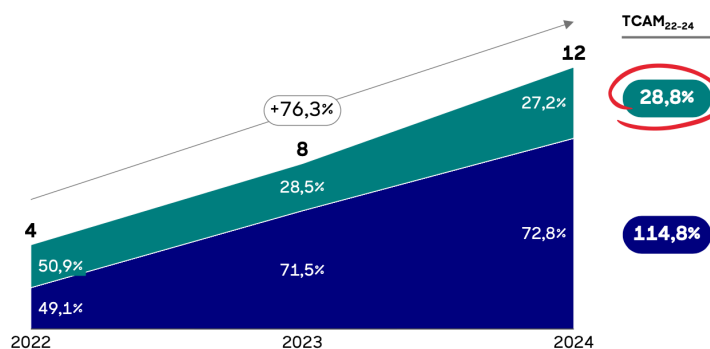
Public et ESPIC



- La file active des mineurs progresse significativement, quelle que soit la modalité d'hospitalisation
- L'hospitalisation partielle est le mode d'hospitalisation dominant

■ Hospitalisation à temps partiel ■ Hospitalisation à temps plein

Privé



- Progression de la file active particulièrement marquée sur l'hospitalisation complète, liée à la mise en œuvre d'autorisations,
- Part de marché en forte hausse entre 2022 (7% de la file active infanto totale) et 2024 : 17%

La part des mineurs dans la file active progresse dans toutes les régions entre 2022 et 2024

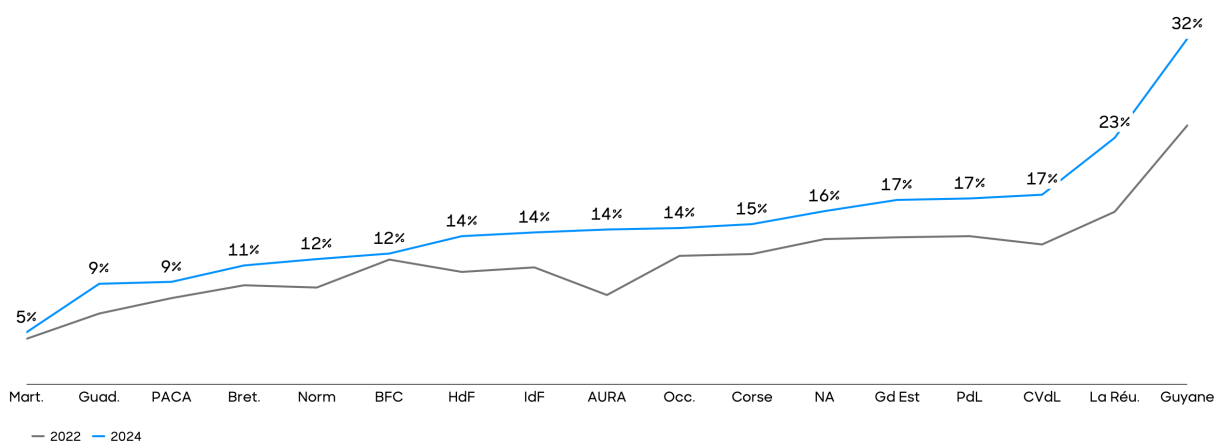
La montée en charge de la pédopsychiatrie se vérifie sur l'ensemble du territoire : la part des mineurs dans la file active d'hospitalisation progresse dans toutes les régions entre 2022 et 2024.

Les niveaux restent hétérogènes, d'environ 5 % dans certaines collectivités (Martinique) à près d'un tiers dans d'autres (Guyane), reflétant à la fois la structure démographique des territoires et l'état de l'offre locale.

Mais le sens de l'évolution est unanime : la place des mineurs dans l'activité hospitalière s'accroît partout.

Ce constat renforce l'enjeu d'une offre adaptée aux enfants et adolescents — privilégiant l'ambulatoire, le soin à domicile et le repérage précoce — et interroge la capacité du modèle de financement à accompagner cette montée en charge.

Part des mineurs dans les files actives d'hospitalisation, par région [% , 2022 vs 2024]



HOSCARE, février 2026



À retenir – Partie B

Le secteur privé, le seul à afficher une file active qui progresse

- L'offre privée est présente dans **70 départements** et réalise **près de 30 %** de l'activité nationale ; **elle dépasse 50 % dans 11 départements.**
- Les capacités publiques et associatives reculent, tandis que le secteur privé croît, surtout en hôpital de jour **(+9,8 % par an de places sur 2014-2024).**
- L'activité d'hospitalisation décroît depuis 2016 ; seuls les troubles de l'humeur et anxieux progressent, portés par le secteur privé. Ces patients présentent une sévérité clinique réelle, des comorbidités associées et un risque suicidaire croissant.
- L'hospitalisation complète recule au profit du temps partiel et des formes spécialisées (centres de crise et de post-cure), très dynamiques dans le secteur privé. Ce recul n'est pas compensé par l'activité des centres médico-psychologiques (CMP).
- Le secteur privé est le seul secteur à afficher une file active en hausse, et il se mobilise fortement sur la pédopsychiatrie **(file active < 18 ans triplée entre 2022 et 2024).**

Partie C

Impact des réformes : une dépense maîtrisée, un développement de l'offre freiné

Dans un contexte de forte croissance des besoins, les réformes ont permis de maîtriser la dépense publique, mais figé le développement de l'offre sans enrayer la baisse d'activité

Les réformes du financement et le mécanisme de sécurisation ont atteint leur objectif budgétaire de maîtrise de la dépense. Mais l'étude identifie cinq effets de bord qui pèsent sur la capacité du système à répondre aux besoins.

1. Aucune incitation à l'activité. Le financement en enveloppe fermée et la sécurisation n'incitent pas les établissements à accroître leur activité pour répondre à un besoin de soins massivement non couvert : une journée de soins supplémentaire ne génère aucun euro de dotation supplémentaire pour le secteur.

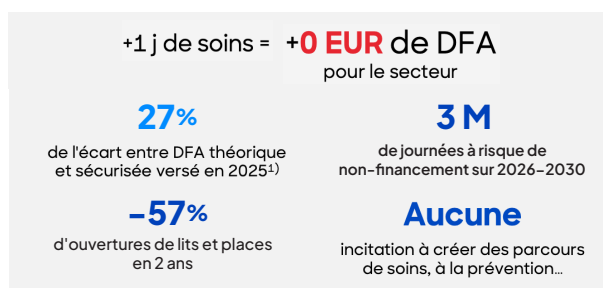
2. Un frein à l'adaptation de l'offre. Le modèle et le calendrier de la campagne de délégation des crédits freinent l'adaptation de l'offre : l'incertitude sur les revenus de l'année en cours et la faible réactivité aux variations d'activité fragilisent la relation avec les financeurs. Résultat : **-57 % en deux ans d'ouvertures de lits et places attendues en 2026 par rapport à 2024.**

3. Une croissance bridée par l'enveloppe fermée. À l'horizon 2030, les établissements privés pourraient limiter leur croissance au financement réellement disponible, du fait de la décorrélation entre l'activité et la taille de l'enveloppe : **de l'ordre de 3 millions de journées de soins risquent de ne pas être financées sur la période 2026-2030.**

4. Des parcours de soins non encouragés. La structure en enveloppes fermées non fongibles et le manque de visibilité sur la dotation populationnelle n'incitent pas à élaborer des parcours de soins en complémentarité entre secteurs.

5. Peu de leviers pour la prévention et l'attractivité. Les réformes des autorisations et du financement ne contribuent ni à la prévention, ni à la visibilité de l'activité, ni au renforcement de l'attractivité médicale.

Les cinq principaux impacts des réformes



¹⁾Taux de complément versé : taux appliqué à l'écart entre la DFA théorique et la DFA sécurisée d'un établissement, résultant de la répartition de l'enveloppe fermée dans le cadre de la sécurisation.

DGOS, FHP Psy, Roland Berger

La hausse d'activité au-delà de l'enveloppe fermée n'est pas rémunérée : un modèle désincitatif à l'adaptation de l'offre

Le cœur du problème tient à la mécanique de l'enveloppe fermée. La dotation à la file active (DFA) est distribuée en totalité, quelle que soit l'activité réalisée par le secteur.

Au niveau du secteur : une journée de plus, zéro euro de plus

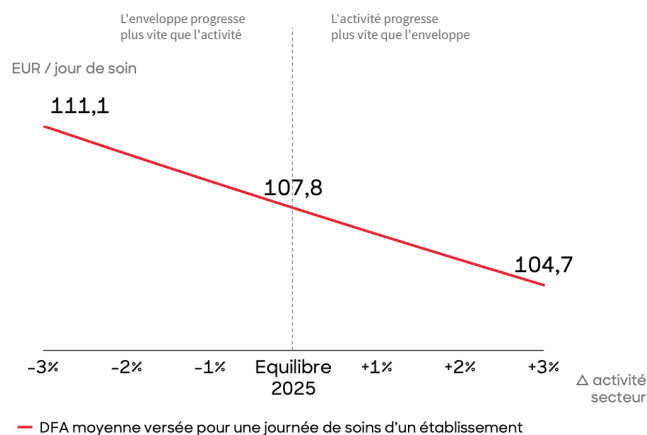
L'enveloppe étant fermée et intégralement distribuée, chaque journée de soins supplémentaire n'a aucun impact sur le total versé au secteur. L'activité ne sert qu'à répartir l'enveloppe entre les établissements : elle déplace la valeur, elle ne la crée pas.

Au niveau d'un établissement : une valeur du point qui s'érode

Chaque établissement subit l'évolution de la valeur du point, sans visibilité et sans pouvoir l'influencer. Si la hausse de l'activité totale du secteur dépasse celle de l'enveloppe, la valeur de chaque journée réalisée diminue. Dans l'exemple modélisé, la dotation moyenne versée pour une journée de soins passe de **111,1 €** lorsque l'activité du secteur recule de 3 % à **104,7 €** lorsqu'elle progresse de 3 % : la valeur incrémentale d'une journée supplémentaire chute drastiquement dès que l'on dépasse l'équilibre.

Le signal envoyé aux établissements est donc contre-productif : produire davantage de soins peut réduire la rémunération unitaire, sans accroître les ressources du secteur.

Évolution de la DFA moyenne d'une journée de soins selon l'activité du secteur [€/journée, 2025]



Cas présenté :

- Établissement réalisant 30 000 points d'activité en 2025 en hospitalisation à temps plein
- Hypothèse d'enveloppe DFA de 851 M EUR et activité secteur de 7,9 M de points

À noter : en 2022, le coût d'une journée de soins pour l'Assurance maladie est 3,1 fois plus élevé dans le secteur ex-DAF que dans le secteur ex-OQN (hors ambulatoire).

Source : cabinet Roland Berger, observatoire du financement de la psychiatrie privée, février 2025

Impact macro au niveau du secteur

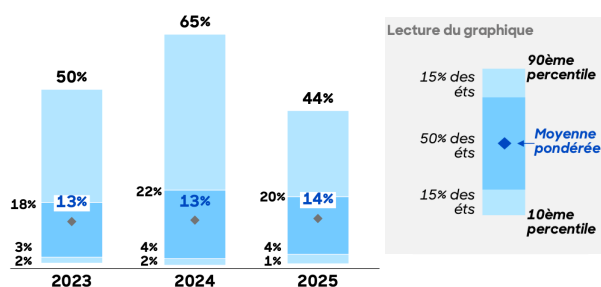
+1 journée de soins
=
+0 EUR de DFA

- L'enveloppe de DFA est **décorrélée de l'activité**, car fermée et distribuée en totalité
- Chaque journée de soins supplémentaire n'a aucun impact sur le total de la DFA versée au secteur
- L'activité permet uniquement à répartir l'enveloppe entre les établissements

PMSI, DGOS, Roland Berger

La sécurisation a joué son rôle pour les établissements déjà en place, mais reste figée à un taux moyen de 14 % en 2025

Taux de sécurisation moyen [Montant versé pour atteindre la DFA sécurisée / montant DFA versé ; 2023 – 2025]



Taux de sécurisation moyen [2023-2025]

La sécurisation garantit à chaque établissement un niveau minimal de dotation par rapport à une référence historique. L'étude montre qu'elle a stabilisé les situations, sans dynamiser l'offre.

• **Des situations figées** : dans leur majorité, les établissements sont restés dans la même situation — sécurisée ou non — entre 2023 et 2025 (sur un total de 209 établissements).

• **Un taux moyen stable** : le taux moyen de sécurisation stagne à 14 % en 2025.

• **Un point de vigilance** : 31 établissements ont des revenus sécurisés à plus de 20 %, ce qui pose la question de l'anticipation de la désécurisation prévue fin 2028.

Autrement dit, le dispositif a protégé les acteurs installés mais n'a pas créé d'incitation à adapter l'offre ni à se développer. Il reporte en outre une difficulté à moyen terme, à l'échéance de la désécurisation, pour les établissements les plus dépendants du mécanisme.

DGOS, FHP Psy

La sécurisation amplifie les effets de l'enveloppe fermée, avec un complément de DFA versé entre 15 % et 29 % depuis 2022

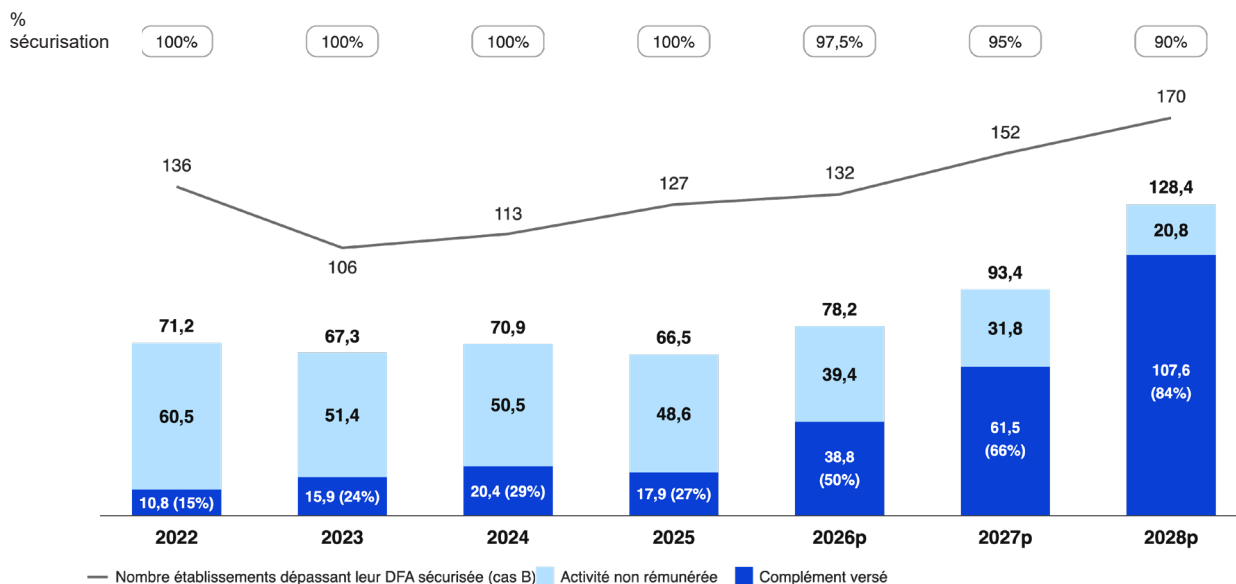
Lorsque la DFA théorique d'un établissement dépasse sa DFA sécurisée, un complément lui est versé, prélevé sur l'enveloppe commune. Ce mécanisme, croissant, illustre la tension montante du système.

Depuis 2022, le taux de complément versé oscille entre 15 % et 29 %. Le nombre d'établissements dépassant leur DFA sécurisée augmente régulièrement, et la part d'activité non rémunérée s'accroît à mesure que le taux de sécurisation garanti est appelé à diminuer

(100 % jusqu'en 2025, puis 97,5 % en 2026, 95 % en 2027 et 90 % en 2028 selon les hypothèses retenues).

La projection fait apparaître une dégradation nette à l'horizon 2027-2028 : la part de complément versé grimpe vers 66 % puis 84 %, signe que le système d'enveloppe fermée devient de plus en plus contraignant à mesure que l'activité progresse au-delà de la référence sécurisée.

Complément versé aux établissements dépassant leur DFA sécurisée [2022-2028p]



PMSI, DGOS



Le rythme de croissance du secteur privé ralentit sous l'effet désincitatif cumulé de la réforme et de la sécurisation

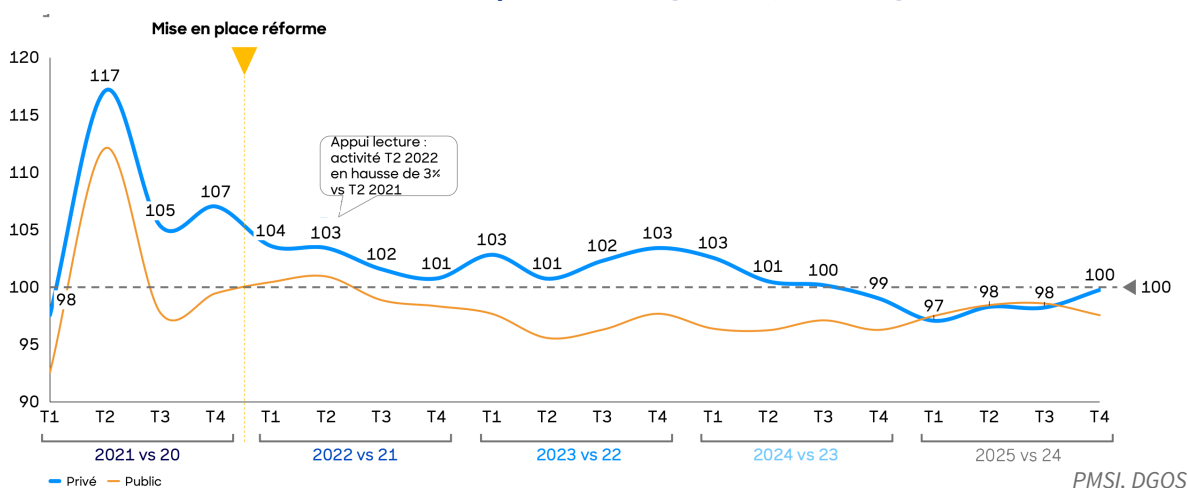
L'effet des réformes ne se lit pas seulement dans les projections : il est déjà visible dans les données trimestrielles récentes. La croissance de l'activité du secteur privé, historiquement plus dynamique que celle du public, s'essouffle depuis la mise en place de la réforme.

Après des trimestres de croissance soutenue (par exemple +3 % au deuxième trimestre 2022 par rapport au même trimestre de 2021), le rythme se rapproche

progressivement de la stabilité, voire du léger recul sur certains trimestres de 2025. Le différentiel de dynamisme entre secteur privé et public se réduit.

Cette inflexion est cohérente avec le diagnostic d'ensemble : dès lors que l'activité supplémentaire n'est plus rémunérée, l'incitation à croître s'éteint, y compris chez l'acteur qui portait jusqu'ici l'essentiel de la dynamique du secteur.

Croissance trimestrielle de l'activité — Secteur privé vs Public [base 100, 2020-2025]



Le rythme d'ouverture de lits et places des acteurs privés ralentit, atteignant en 2026 son plus bas niveau depuis 2017

Le tarissement de l'incitation à adapter l'offre se traduit très concrètement dans le rythme d'ouverture de capacités. Après plusieurs années de développement soutenu, les acteurs privés réduisent fortement leurs ouvertures de lits et places.

Le parc installé a progressé d'environ 15 000 lits et places en 2017 à près de 20 000 en 2026. Mais le flux annuel d'ouvertures s'effondre : après un pic en 2023 (près de 1 350 lits et places ouverts), le nombre

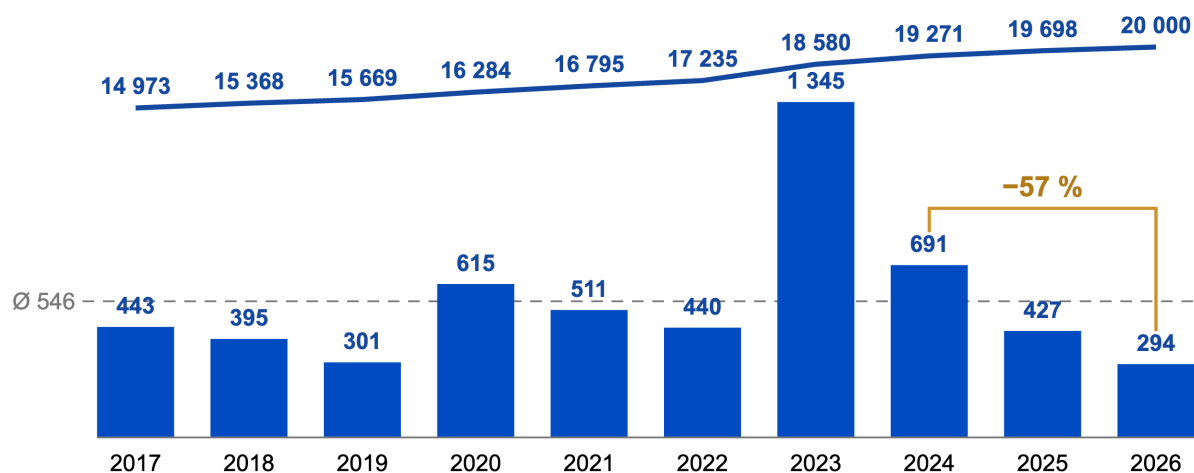
d'ouvertures en 2026 tombe à 294, soit une chute de l'ordre de -57 % en deux ans et le plus bas niveau depuis 2017.

Ce ralentissement capacitaire intervient au moment même où les besoins progressent, en particulier sur la pédopsychiatrie et les pathologies du quotidien. Il illustre le risque central identifié par l'étude : un modèle de financement qui décourage précisément l'adaptation de l'offre dont le système aurait besoin.

Partie C : Impact des réformes : une dépense maîtrisée, un développement de l'offre freiné

Lits et places installés des acteurs privés et flux annuel d'ouvertures [2017-2026e]

Trait : capacités totales installées — Barres : lits et places ouverts dans l'année, secteur privé [nombre]



FHP Psy — données déclarées par les adhérents

D'ici 2030, 3 millions de journées à risque de non-financement

La synthèse des mécanismes précédents aboutit à un décrochage progressif entre le financement disponible et l'activité que le secteur devrait réaliser pour répondre aux besoins.

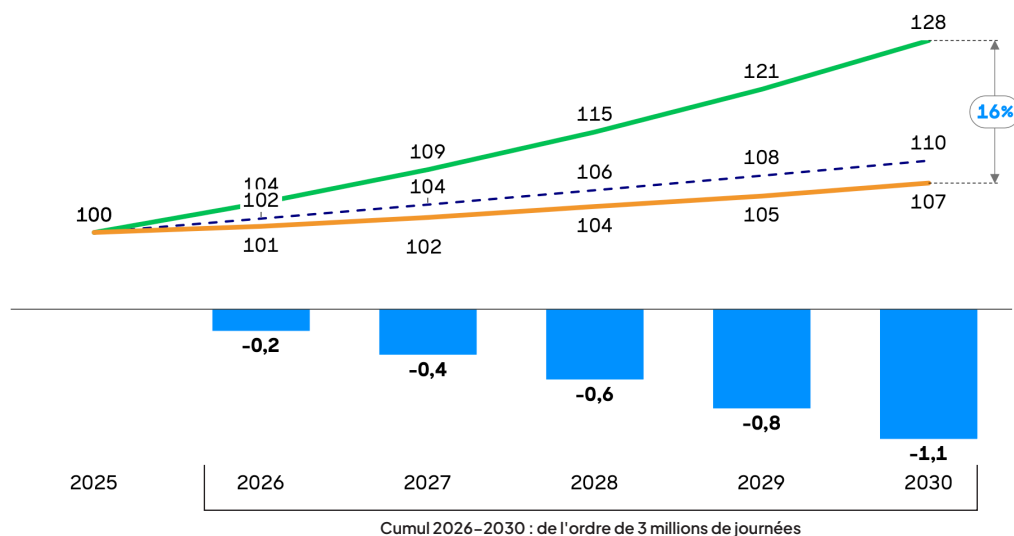
- En base 100 (2025), l'enveloppe de DFA des acteurs privés progresse jusqu'à environ 110 en 2030, portée par une hausse d'environ 2 % par an. Or l'activité requise pour répondre aux besoins atteindrait 128 sur la même base. Sous contrainte de financement, l'activité effectivement réalisable ne progresse que jusqu'à 107. L'écart, croissant, correspond aux journées

« à risque » : de -0,2 million en 2026 à -1,1 million en 2030. **Le modèle d'enveloppe fermée** ne permet pas de financer la croissance de l'activité.

- La sécurisation** accroît l'effet désincitatif à augmenter l'activité et à adapter l'offre pour répondre aux besoins non couverts à date.

- Si le ralentissement observé en 2025 se poursuit**, de l'ordre de 3 millions de journées de soins risquent de ne pas être financées sur la période 2026-2030, pour le seul secteur privé, dont 1,1 million pour la seule année 2030.

Décrochage entre financement et activité — exemple du secteur privé [base 100 en 2025, 2025-2030p]



— Enveloppe DFA acteurs privés [EUR, base 100 2025] — Activité acteurs privés avec contrainte financement [points, base 100 2025]
— Activité acteurs privés selon besoins [points, base 100 2025] — Journées à risque [M jours]

À retenir – Partie C

Une maîtrise de l'enveloppe, mais une adaptation de l'offre inadaptée à l'évolution des besoins

- Les réformes ont maîtrisé la dépense publique, **mais figé le développement de l'offre** sans enrayer la baisse d'activité globale.
- En enveloppe fermée, une journée de soins supplémentaire ne rapporte aucun euro au secteur : **le modèle est désincitatif à l'adaptation de l'offre.**
- La sécurisation a stabilisé les situations sans dynamiser l'offre ; son taux moyen stagne à **14 %**.
- Le ralentissement est déjà visible : croissance du secteur privé en berne et ouvertures de lits et places au plus bas depuis 2017 **(-57 % en deux ans)**.
- **3 millions de journées** à risque de non-financement sur 2026-2030.

Partie D

Propositions d'évolution du modèle de financement

L'objectif :

Reconnecter le modèle de financement à l'évolution des besoins de soins de la population

La FHP Psy propose une refonte guidée par trois principes directeurs, complémentaires, qui doivent structurer l'ensemble des évolutions.

1. Un atout pour adapter l'offre aux besoins

- Lien fort entre besoin de soins, activité et financement.
- Réactivité aux fluctuations d'activité.
- Prise en compte des effets de champ : chaque autorisation accordée doit être financée.
- Prise en compte des variations de coûts (inflation...) et facilitation de parcours de soins adaptés à chacun.

2. Une trajectoire budgétaire partagée et transparente

- Visibilité sur les atterrissages, tant au niveau du secteur que de chaque établissement.
- Transparence dans l'utilisation des enveloppes, y compris celles non rattachées directement à l'activité.
- Pilotage outillé et infra-annuel des équilibres et de l'atterrissage.

3. Un levier d'excellence et de gradation de l'offre

- Gradation du soin sur tous les territoires et appui au maintien de capacités et compétences rares.
- Renforcement des capacités sur les territoires les plus vulnérables et soutien à l'innovation.

Un modèle reconnecté à l'activité facilite l'engagement des établissements pour répondre aux besoins actuels et futurs

La proposition s'organise en neuf leviers, du court terme à la transformation de fond, articulés autour de deux impacts recherchés : une valorisation de l'activité au plus près de la réalité, et un système transparent et prédictif. **Ces leviers recourent la contribution de la FHP Psy à la concertation DGOS ouverte le 9 avril 2026, centrée sur trois sujets : la gouvernance des allocations (CCAR), les critères de la dotation populationnelle et les règles de la dotation à la file active (DFA).**

À court terme : optimiser le modèle actuel

Quatre projets majeurs peuvent être lancés sans transformation profonde : la revue du mode de délégation

des crédits, le financement des effets de champ, le financement de l'ambulatoire privé, et la révision des critères de répartition de la dotation populationnelle.

À plus long terme : transformer le modèle en profondeur

La transformation de fond suppose d'abord de normaliser les actes et d'instaurer un PMSI descriptif en psychiatrie, préalables indispensables à un modèle de financement à l'activité assis sur une nomenclature partagée et sur des coûts réels, complété par un mécanisme d'équilibre entre activité et financement.

Neuf leviers d'évolution du modèle de financement

À court terme — optimiser le modèle actuel

- 1 Revue de la délégation de crédits
- 2 Financement des effets de champ
- 3 Revue des critères de la dotation populationnelle
- 4 Accès aux prises en charge ambulatoires — enveloppe dédiée

À plus long terme — transformer le modèle

- 5 Normalisation et nomenclature de soins
- 6 Gradation des soins
- 7 PMSI descriptif en psychiatrie
- 8 Modèle de financement à l'activité
- 9 Mécanisme d'équilibre entre activité et financement

À court terme, des optimisations ciblées soutiendraient le développement de l'activité

1

Levier 1 — Refonte du rythme de délégation des crédits

Les établissements ont besoin de **fiabilité, d'auditabilité, de visibilité et de réactivité dans leur financement.**

Trois scénarios sont envisageables :

- un recalage sur l'année calendaire, avec lissage du recalcul de la dotation et rapprochement de l'année civile ;

- un suivi tendanciel « au fil de l'eau », trimestriel, avec une valeur du point estimée pour mieux accompagner la montée en puissance ;
- ou un pilotage au plus près de l'activité, avec une valeur théorique du point fixée en janvier et un paiement mensuel selon l'activité remontée.

Précision technique : Les trois scénarios se distinguent par le rythme de mise à jour de l'activité de référence :

- annuel (année calendaire)
- trimestriel (12 mois glissants)

• ou mensuel (au plus près), sur un socle commun (versements mensuels maintenus, transparence au niveau du secteur).

L'enjeu est de résorber l'« effet tunnel » actuel de 14 à 16 mois entre l'activité réalisée et son financement définitif (circulaire C4 en mars n+1), pour une mise en œuvre co-construite avec la DGOS, au mieux en 2027.

2

Levier 2 — Financer à 100 % les effets de champ

Les autorisations accordées, en plus des opérations structurantes, doivent être financées à hauteur des lits et places autorisés. L'étude propose un fléchage pluriannuel des mesures nouvelles, à due proportion des capacités autorisées et selon les engagements de mise en œuvre des acteurs, avec une anticipation de la montée en puissance pour faciliter la projection

financière et opérationnelle des établissements, et un mécanisme d'ajustement dynamique semestriel.

Aujourd'hui, l'établissement auto-finance sa montée en charge, le financement à la DFA n'intervenant qu'en année n+1. La sécurisation protégeant les activités déclinantes plutôt que la croissance, la FHP Psy propose un financement progressif par paliers croissants.

3

Levier 3 — Revue des critères de la dotation populationnelle

La refonte porterait sur deux niveaux : la répartition entre régions et la répartition entre établissements au sein d'une région.

Elle reposerait sur des indicateurs fondés sur la population (finalité de l'action), le soin réalisé (utilisation des moyens) et les priorités politiques (prévention, prise en charge de l'adolescent...),

avec une volonté de rééquilibrage territorial. Des bornes plancher et plafond réalistes inscriraient les transitions dans une trajectoire cohérente, objectivée par des bases de référence populationnelles (INSEE) et épidémiologiques (PMSI psy). Un cadre national, piloté par un comité d'expertise et d'arbitrage, garantirait l'homogénéité et la transparence, dans le respect de l'autonomie des ARS.

Précision technique : La grille actuelle repose sur cinq critères pondérés par l'arrêté interministériel du 31 décembre 2022 et sur une assise construite à partir des recettes 2022, soit une photographie de l'existant et non des besoins. La FHP Psy propose d'enrichir cette grille (population mineure et jeunes adultes,

population âgée, densité de psychologues, précarité) et de garantir l'effectivité des minima de dotation : le seuil réglementaire de 15 %, qui s'apprécie aux niveaux national et régional, et le minimum de 12 % par établissement auquel la DGOS a souscrit, dont l'effectivité n'est aujourd'hui pas garantie.

4

Levier 4 — Accès du secteur privé aux prises en charge ambulatoires — enveloppe dédiée

Il s'agit de **soutenir l'accès au soin de premier recours en psychiatrie par le développement de centres pluridisciplinaires intégrés dans un parcours de soins, afin de réduire les délais d'attente**. Cela suppose la définition d'une nomenclature d'actes identique pour le secteur privé et le public, et la création d'un ambulatoire privé financé sur une enveloppe dédiée, en sus des enveloppes existantes.

L'ambulatoire (CMP, CATTP, équipes mobiles) est aujourd'hui assuré à environ 89 % par le public et 11 % par les ESPIC et absorbe de l'ordre de 3Md€, portés exclusivement par l'ex-DAF (près de 28 % de son financement). Le secteur privé n'en perçoit rien, alors que les délais d'accès en CMP public atteignent 6 à 12 mois. L'enveloppe dédiée doit venir en sus de l'enveloppe fermée couvrant l'hospitalisation complète et de jour.

La transformation de fond nécessite d'abord de normaliser les actes et d'instaurer un PMSI descriptif en psychiatrie

5

Levier 5 — Normalisation et nomenclature de soins

Il n'existe pas aujourd'hui de cahier des charges définissant chaque activité au sein du champ de la psychiatrie. La proposition consiste à définir une **nomenclature d'activité de soins psychiatriques en établissement** – hospitalisation complète, hospitalisation partielle, ambulatoire – en lien avec les travaux en cours de la Haute Autorité de santé (HAS) sur les ratios d'encadrement, qui auront un impact majeur sur l'ensemble des travaux de financement du secteur.

Cette nomenclature vise une taxonomie des actes de soins, destinée à alimenter le PMSI descriptif puis le modèle de rémunération. Les dimensions clés retenues sont la lourdeur et la sévérité du patient, l'intensité de la prise en charge et les équipements spécifiques. Sa révision suppose au préalable la publication des cahiers des charges des mentions (gériatrie et gérontopsychiatrie, réhabilitation psychosociale, pédopsychiatrie, addictologie, psychiatrie périnatale, soins sans consentement).

6

Levier 6 — Gradation des soins

Sur le modèle de la médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), il s'agit de **définir des parcours de soins pour les principales pathologies**, incluant une montée en puissance graduée, et de préciser les compétences et moyens nécessaires à chaque palier.

La maladie psychiatrique étant largement chronique, la gradation devra intégrer cette dimension, que le PMSI – pensé pour des épisodes – décrit mal. Les niveaux d'autorisation du MCO et les activités de recours et d'expertise du SMR restent mobilisables comme références ; le sujet est interdépendant de la nomenclature des actes et du modèle de rémunération.

7

Levier 7 — PMSI descriptif en psychiatrie

Le recueil actuel, limité, gagnerait à devenir un **recueil standardisé et descriptif de l'activité, en groupes homogènes sur des critères médico-économiques** : lourdeur et sévérité des

patients, intensité de la prise en charge, actes réalisés, équipements spécifiques. Un mécanisme d'incitation – une valorisation économique adossée à la saisie – serait nécessaire pour garantir un codage de qualité, au plus près de la réalité.

Précision technique : Le PMSI descriptif est le chantier prioritaire, préalable à toute évolution de la valorisation. Il suivrait un parcours en trois étapes :

- (1) un recueil enrichi de critères de lourdeur et d'intensité, à charge de codage soutenable, coconstruit avec les acteurs et conçu pour décrire l'activité sans normaliser les pratiques ;

- (2) une enquête nationale de coûts (ENC) robuste par secteur, pilotée par l'ATIH ;
- (3) un groupage en groupes médico-économiques homogènes.

Le calendrier est réaliste mais intense : priorité ATIH dès 2027, recueil enrichi en 1 à 3 ans, aboutissement de l'outil à un horizon d'environ cinq ans — raison pour laquelle il doit être engagé sans délai.

8

Levier 8 — Un modèle de financement valorisant l'activité et relié à la nomenclature

Ce levier suppose au préalable de **fiabiliser l'enquête nationale des coûts**. À partir d'une vision des coûts réels, un modèle de financement serait défini en cohérence avec la nomenclature de soins et avec le coût du soin, en intégrant un niveau de marge suffisant pour réaliser les investissements nécessaires à la qualité et au développement

de l'offre dans une cible de convergence sur la valeur du point entre secteurs. Un mécanisme de transition limiterait les effets de rupture.

Ce modèle s'appuierait sur la description médico-économique issue du PMSI, en couvrant les coûts et une marge d'investissement, et supposerait de définir au préalable la nature et l'organisation du soin attendu par territoire : le financement doit refléter ce qui doit être fait, et non le seul coût constaté.

9

Levier 9 — Un mécanisme d'équilibre entre activité et financement

Enfin, un mécanisme d'équilibre articulerait l'incitation à utiliser au mieux les capacités de soins autorisées et la maîtrise de l'objectif de dépenses de la psychiatrie (OD psy), en s'appuyant sur des principes de fongibilité, de progressivité et de vision pluriannuelle.

Dans l'intervalle nécessaire à l'élaboration du PMSI (au minimum cinq ans), un « tunnel de la valeur du point » sécuriserait la transition : un plancher

garanti et pluriannuel, indexé sur l'inflation réelle et quel que soit le volume d'activité sectorielle — la valeur du point ne devant jamais baisser —, assorti de la publication d'une valeur prévisionnelle. Cette garantie plancher accompagnerait la sortie de sécurisation (97,5 % en 2026, 90 % en 2028, puis sortie en 2029).

Cette architecture vise un modèle où le financement suit réellement l'activité et les besoins, tout en restant soutenable et pilotable dans la durée.



Au-delà du financement, la FHP Psy propose des évolutions inter-secteurs pour améliorer l'accès et la qualité du soin

Modalités d'organisation du soin

Normalisation et gradation du soin (pluridisciplinarité, filières d'excellence) ; développement de la psychiatrie de premier recours et de premier secours, avec une prise en charge de première ligne appuyée sur les médecins généralistes et des acteurs de premier secours en santé mentale ; développement des soins pluridisciplinaires, ambulatoires et des équipes mobiles ; recours à la téléconsultation ; renforcement de la prévention primaire (secouristes en santé mentale, travail avec les infirmiers scolaires, éducation des jeunes) et intégration de la prévention secondaire dans le parcours de soins.

Gouvernance

Coordination renforcée par les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et délégation de service public de soins, dans une logique d'efficacité et avec un cadre budgétaire adapté.

Compétences

Soutien à la formation des professionnels de santé et médico-sociaux, et renforcement de l'attractivité : valorisation de la pratique infirmière via l'infirmier en pratique avancée (IPA), et parcours patient mixte ville / établissement, secteur privé ou public, dès les études.

À retenir – Partie D

Une refonte graduée, du court terme à la transformation de fond

- **La FHP Psy propose une refonte guidée par trois principes** : adapter l'offre aux besoins, inscrire l'ensemble dans une trajectoire budgétaire partagée et transparente, en faire un levier d'excellence et de gradation de l'offre.
- **Neuf leviers structurent la proposition**, du court terme à la transformation de fond. À court terme, quatre optimisations ciblées : délégation des crédits, effets de champ, ambulatoire privé, dotation populationnelle.
- **À plus long terme**, la normalisation des actes et un PMSI descriptif conditionnent un modèle de financement assis sur les coûts réels.
- **Un tunnel de la valeur du point** sécuriserait la transition, le temps que le PMSI descriptif aboutisse — environ cinq ans.

Conclusion

Reconnecter le financement aux besoins

Cette étude documente un paradoxe : des besoins de soins psychiatriques orientés à la hausse d'ici 2030, mais une activité d'hospitalisation en repli et une offre dont le développement est freiné par le modèle de financement en vigueur.

Le secteur privé a pris une place structurante – seul secteur à voir sa file active progresser, fortement mobilisé sur la pédopsychiatrie. Mais le modèle d'enveloppe fermée, amplifié par la sécurisation, éteint l'incitation à croître et à investir : le ralentissement est déjà mesurable et, à défaut d'évolution, 3 millions

de journées sont à risque de non-financement sur 2026-2030.

Face à ce constat, la FHP Psy propose une voie graduée. À court terme, quatre optimisations ciblées – délégation des crédits, effets de champ, ambulatoire privé, dotation populationnelle – peuvent soutenir l'activité sans bouleverser le système. À plus long terme, une transformation de fond, fondée sur la normalisation des actes et un PMSI descriptif, permettrait un modèle de financement à l'activité relié aux coûts réels et aux besoins, complété par un mécanisme d'équilibre soutenable.

Nos cinq messages clés

Les besoins de soins progressent d'ici 2030 et se recomposent vers les troubles du quotidien, dans leurs formes sévères.

L'offre se contracte, et le secteur privé en est devenu un pilier — près de 30 % de l'activité.

Les réformes ont maîtrisé la dépense, mais figé le développement et la transformation de l'offre.

Le modèle actuel est désincitatif : 3 millions de journées à risque de non-financement sur 2026-2030.

Une refonte graduée est nécessaire pour reconnecter le financement à l'évolution réelle des besoins.

**Étude réalisée par le cabinet
Roland Berger pour le compte
de la FHP Psy**

Paris – septembre 2026