

Réanimation et soins critiques en général : un modèle à repenser après la crise

PRÉSENTATION

Depuis le début de la crise sanitaire, en France comme à l'étranger, les capacités hospitalières en réanimation ont conditionné, non seulement le fonctionnement des systèmes de santé, mais aussi la vie économique et la vie sociale dans leur ensemble, et même les libertés publiques. Il s'agit là d'un phénomène inédit : la réanimation constitue une activité hospitalière très spécifique, peu connue du grand public, rarement analysée par les institutions publiques d'évaluation et de contrôle⁶² et peu mise en avant dans les politiques publiques. Elle concerne des patients au pronostic vital engagé qui ont besoin, 24h/24, de soins et de surveillance par des professionnels, avec des techniques dont la nature, le nombre et la disponibilité effective sont étroitement réglementés. Pour ces patients, il n'existe pas d'alternative à une hospitalisation en urgence dans une unité de réanimation. Les lits de ces unités sont en permanence occupés à 88 % en moyenne⁶³, avec des pics d'activité récurrents en hiver.

⁶² La Cour n'a recensé aucun rapport analysant de façon globale la question des soins critiques en France antérieur à la crise sanitaire. Depuis, le sujet a été abordé, notamment, dans les rapports sur la crise sanitaire de la mission d'information de l'Assemblée nationale (XV^e législature, n° 3053, 3 juin 2020 et n° 3633, 2 décembre 2020) et de la commission d'enquête du Sénat (n° 199, 2020-2021, 8 décembre 2020).

⁶³ Les sociétés savantes de réanimation recommandent de ne pas dépasser un taux d'occupation de 80 % afin de pouvoir garantir en permanence l'accueil de patients en urgence absolue.

La réanimation est la composante la plus visible d'un ensemble plus large d'activités rassemblées sous le terme de soins critiques, comprenant aussi les soins intensifs⁶⁴ et la surveillance continue⁶⁵ : organisés en France depuis 2002⁶⁶, les soins critiques ont en commun la mission de prévenir, diagnostiquer et traiter les défaillances d'organes vitaux chez des patients en situation critique dont le pronostic est grave, mais potentiellement favorable.

Au 31 décembre 2019, la France comptait 19 580 lits de soins critiques adultes et enfants, dont 5 433 dédiés à la réanimation, 8 192 à la surveillance continue et 5 955 aux soins intensifs. Bien que les soins critiques ne constituent qu'une faible proportion des séjours hospitaliers (4,3 % du total), ils représentent à eux seuls 20 % des journées réalisées en hospitalisation complète, du fait de durées de séjours longues. Les soins critiques rassemblent près de 54 000 équivalents temps plein de personnels médicaux et paramédicaux et représentent une dépense de près de 7,2 Md€⁶⁷ (contre 6,6 Md€ en 2014), dont 3,3 Md€ consacrés à la réanimation.

Dans un contexte de crise sanitaire de longue durée, la Cour a cherché à évaluer dans quelle mesure l'organisation des soins critiques en France a permis d'y répondre efficacement. Si la mobilisation sans précédent du secteur des soins critiques durant la crise a permis de faire face à l'urgence, avec cependant des conséquences à long terme inconnues en termes de santé publique (I), ces services étaient mal préparés à affronter une telle situation. Ce constat appelle des réformes structurelles (II).

⁶⁴ Les soins intensifs ont vocation à prendre en charge des patients présentant une défaillance d'un seul organe.

⁶⁵ Les unités de surveillance continue (USC) assurent la prise en charge des malades qui nécessitent une observation clinique et biologique répétée en raison soit de la gravité de leur état, soit du traitement qui leur a été dispensé.

⁶⁶ Décret n° 2002-466 du 5 avril 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue.

⁶⁷ Il s'agit d'une estimation pour 2018. En l'absence de données nationales disponibles, la méthodologie retenue par la Cour est fondée sur le produit du coût moyen d'une journée d'hospitalisation en soins critiques, issu du retraitement comptable par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (RTC-ATIH) par le nombre de journées produites dans l'année.

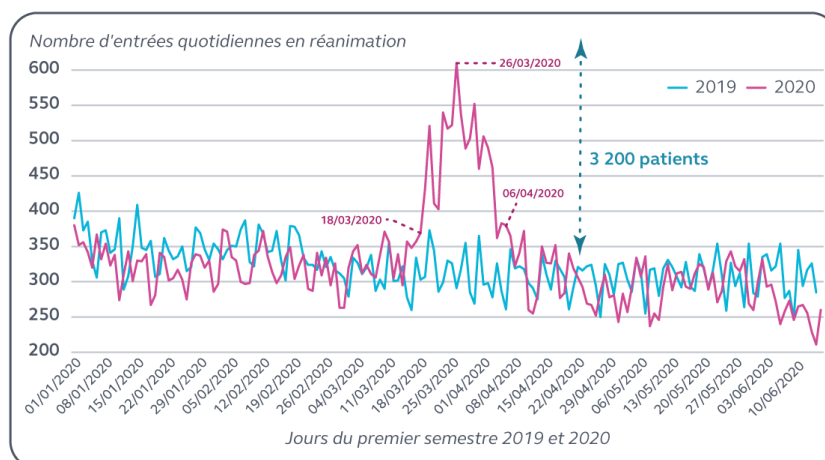
I - Les soins critiques face à la pandémie de covid 19 : une mobilisation inédite

A - Une hausse massive de l'activité entre mars et avril 2020⁶⁸, inégalement répartie sur le territoire

1 - Un afflux de patients considérable en réanimation, conjugué à des durées de séjours longues

Alors que l'activité de soins en réanimation s'avérait plus faible en janvier et février 2020 qu'en 2019, les mois de mars et avril 2020 marquent une rupture brutale : entre le 18 mars et le 26 mars 2020, le nombre d'entrées quotidiennes a progressé de 65,3 % en huit jours. En comparaison des entrées en réanimation réalisées aux mêmes dates de 2019, ce sont plus de 3 200 patients qui sont venus s'ajouter au volume habituel (d'environ 6 200 entrées) en l'espace de deux semaines⁶⁹.

Graphique n° 1 : évolution du nombre d'entrées quotidiennes en réanimation au cours des premiers semestres 2019 et 2020



Source : Cour des comptes d'après les données du programme de médicalisation des systèmes d'information fournies par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH-PMSI) 2019 et 2020

⁶⁸ La deuxième vague épidémique qui a touché la France à partir d'octobre 2020 n'est pas prise en compte du fait de l'indisponibilité des données constatée à fin 2020.

⁶⁹ Les données d'activités issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) sont provisoires. Elles seront rendues définitives par l'ATIH au cours du second trimestre 2021.

Cette hausse brutale des entrées s'est accompagnée de durées moyennes de séjours anormalement longues, ce qui en amplifie les conséquences sur l'organisation des réanimations : selon les données de Santé publique France, la durée moyenne de séjour en réanimation pour un patient atteint de la covid 19 a été de 12 jours⁷⁰, contre 6,6 jours habituellement constatés. Cette conjonction a conduit, le 8 avril 2020, à atteindre le nombre maximal de patients présents en réanimation sur une journée avec 7 027 patients (soit un nombre excédant de 1 947 le nombre de lits affiché au 1^{er} janvier 2020). À titre d'illustration, pour la région Île-de-France, le nombre de patients a atteint l'effectif de près de 2 700 personnes début avril 2020, pour une capacité nominale de 1 150 lits de réanimation. La période de pic s'étend du 2 au 16 avril 2020⁷¹.

2 - Un afflux de patients variable sur le territoire

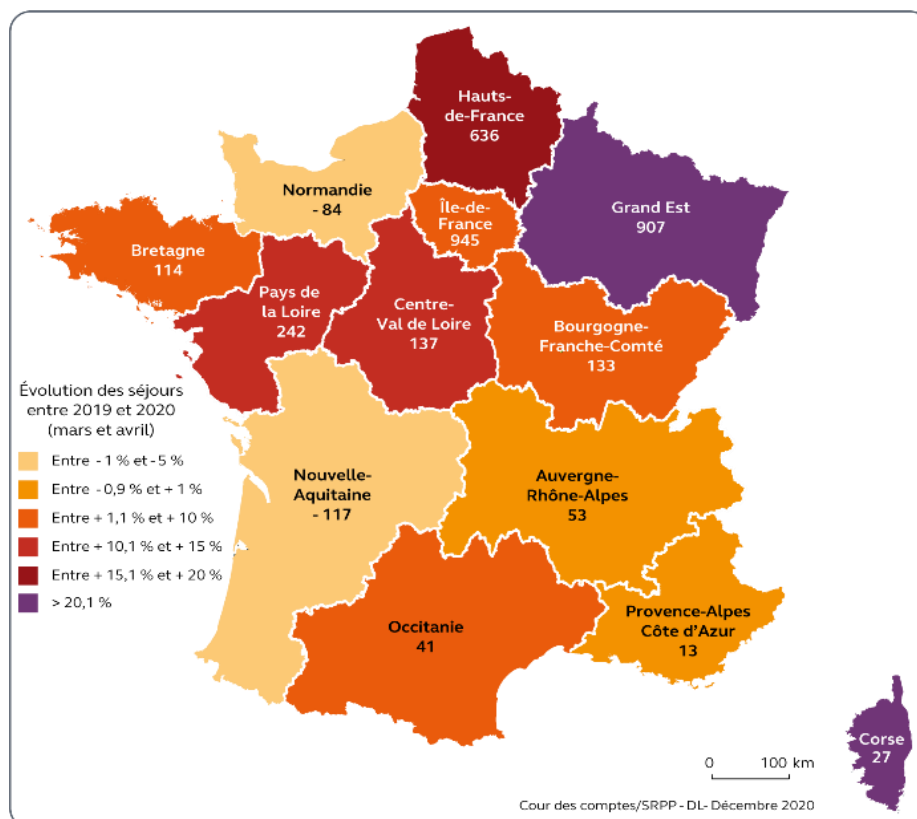
Indépendamment des durées de séjour anormalement longues, l'augmentation des entrées en réanimation a frappé les régions françaises dans des proportions très variables. Les services des régions Grand Est et la Corse ont été les plus concernés par l'augmentation des séjours en réanimation, respectivement de + 25,7 % et + 21,6 %⁷². Ceux d'Île-de-France ont dû admettre 945 patients de plus en mars-avril 2020, soit 9,4 % de plus qu'à la même période de 2019. Dans le même temps, les régions Nouvelle-Aquitaine et Normandie ont connu une baisse du nombre de séjours en mars et avril 2020 au regard de la même période de 2019 (respectivement - 3,3 % et - 4,5 %).

⁷⁰ Santé publique France, *Surveillance des cas graves de Covid-19 admis en réanimation, données arrêtées le 3 juillet 2020*.

⁷¹ Si l'on considère la période de pic comme étant la période comportant plus de 6 000 patients hospitalisés en réanimation par jour (source : ministère des solidarités et de la santé, *Recommandations d'organisation des réanimations en prévision d'une nouvelle vague de Covid-19*, 16 juillet 2020).

⁷² L'indicateur porte sur le nombre de patients adultes hospitalisés avec passage dans une unité médicale de réanimation.

Carte n° 1 : impact de la covid 19 sur les flux d'entrées des services de réanimation au cours des mois de mars et avril 2020



Source : Cour des comptes d'après les données Diamant-PMSI 2019, 2020. Cette mesure d'impact est déterminée en comparant l'évolution du nombre de séjours réalisés dans un service de réanimation adultes en mars-avril 2020 au regard des mêmes mois de l'année 2019, indépendamment des durées de séjour.

B - Une adaptation rapide des capacités d'hospitalisation en réanimation

1 - L'évolution du nombre de lits de soins critiques au cours de la première vague épidémique

Face à cette vague, entre la mi-mars et la fin mai 2020, une réorganisation générale des services de réanimation a permis une augmentation des capacités d'hospitalisation, doublant rapidement – de 5 080 lits installés au 1^{er} janvier à 10 502 lits le 8 avril et 10 707 lits le

15 avril –, avant de diminuer plus lentement à 10 133 lits le 15 mai et 8 320 lits le 15 juin 2020. Cette adaptation a été parallèle à l'évolution des entrées et des durées de séjour, qui se sont notablement réduites à compter du mois de mai.

La transformation de ces lits s'est faite par redéploiement de lits hospitaliers suffisamment équipés en termes de matériels et de fluides médicaux, pour être reconfigurés en lits de réanimation dits « éphémères ». Les lits de réanimation nouvellement installés proviennent, pour 47 %, d'unités de surveillance continue, pour 32 % de la transformation de salles de réveil et de blocs opératoires, pour 13 % d'unités de soins critiques qui n'étaient pas ouvertes par manque de personnels et pour 8 % d'unités d'hospitalisation conventionnelle (en particulier ambulatoires)⁷³. À la fin de la première vague épidémique (juillet 2020), le nombre de lits utilisés pour les soins de réanimation est estimé à 5 800 par la Société de réanimation de langue française⁷⁴.

La principale difficulté pour conduire cette évolution rapide a consisté en la mise à disposition de personnels médicaux et paramédicaux formés et entraînés à la réanimation médicale. En temps normal, les médecins exerçant en soins critiques sont à 66,5 % des médecins anesthésistes-réanimateurs (MAR), 23,2 % des médecins intensivistes-réanimateurs (MIR), 5,5 % des médecins urgentistes et 4,8 % des médecins ayant une autre spécialité. Cette pluridisciplinarité, ainsi que la double spécialité d'anesthésie-réanimation⁷⁵, se sont révélées particulièrement précieuses lors de la première phase épidémique. En effet, la grande majorité des effectifs supplémentaires mobilisés provenait d'unités concernées par la déprogrammation générale des activités hospitalières non urgentes. Au total, les lits de réanimation éphémères ont mobilisé un surcroît de 2 500 médecins (à plus de 85 % des anesthésistes-réanimateurs) – soit + 41,5 % par rapport aux effectifs habituels –, 4 300 infirmier(e)s de soins généraux diplômés d'État (IDE), 2 300 infirmier(e)s anesthésistes diplômés d'État (Iade) et 1 000 infirmier(e)s de bloc opératoire diplômés d'État (Ibode) – soit + 70% pour les infirmiers dans leur ensemble –, libérés par les déprogrammations chirurgicales⁷⁶.

⁷³ Les lits de soins intensifs, majoritairement spécialisés dans la prise en charge des défaillances cardiologiques ou neurologiques, n'ont pas été mobilisés pour accueillir des patients covid durant la crise. Source : conseil national professionnel d'anesthésie-réanimation et de médecine péri-opératoire (CNP ARMPO).

⁷⁴ Ce chiffre inclut les lits de réanimation pérennes et les lits éphémères toujours opérationnels à cette date.

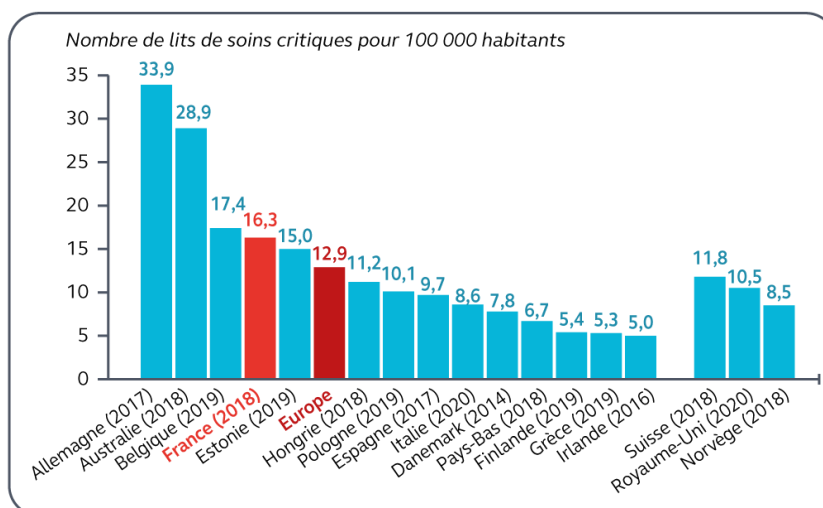
⁷⁵ Cette double spécialisation existe aussi en Italie ou en Allemagne.

⁷⁶ Une étude (J.-Y. Lefrant et al., « A national healthcare response to intensive care bed requirements during the COVID-19 Outbreak in France », *Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine*, 2020) conduite auprès de 336 unités de soins critiques estime les effectifs supplémentaires mobilisés à environ 30 % pour les médecins et les IDE, 55 % pour les aides-soignants et 60 % pour les internes.

2 - Des comparaisons internationales devant être effectuées à périmètre comparable

Durant cette crise, les capacités permanentes d'hospitalisation en soins critiques ont fait l'objet de nombreuses comparaisons internationales. En juin 2020, l'OCDE a procédé à une actualisation des données établies dans ce domaine depuis 2008⁷⁷. Dans cette étude, la France présente un taux d'équipement en lits de soins critiques de 16,3 pour 100 000 habitants, contre 33,9 pour l'Allemagne.

Graphique n° 2 : nombre de lits de soins critiques pour 100 000 habitants au sein de l'OCDE (définitions non harmonisées)



Source : OCDE, juin 2020

Ces comparaisons présentent cependant deux biais méthodologiques entre la France et l'Allemagne, que la Cour a cherché à corriger afin de rétablir des périmètres de comparaison homogènes.

⁷⁷ Hannah Wunsch et al., « Variation in critical care services across North America and Western Europe », *Critical Care Medicine*, 2008 ; A. Rhodes et al., « The variability of critical care bed numbers in Europe », *Intensive Care Medicine*, 2012 ; Jan Bauer et al., « Access to intensive care in 14 European countries: a spatial analysis of intensive care need and capacity in the light of COVID-19 », *Intensive Care Medicine*, 2020.

D'une part, la France a retenu – comme la majeure partie des pays de l'OCDE – une organisation des soins critiques à trois niveaux (réanimation, soins intensifs et surveillance continue), alors que l'Allemagne fonde son organisation sur la présence de lits de soins critiques dans l'ensemble des hôpitaux dispensant des soins hospitaliers conventionnels, avec une modulation de la présence médicale, laquelle est permanente dans les seuls hôpitaux de recours situés dans les grandes agglomérations. Or, on peut imparfaitement assimiler les lits de réanimation de petits hôpitaux allemands (sans présence médicale permanente) à des lits de surveillance continue en France⁷⁸. Pourtant, l'OCDE n'a pas retenu dans son étude, concernant les données capacitaires françaises, les lits de surveillance continue pour adultes. Il est donc nécessaire de les intégrer pour une comparaison homogène entre les deux pays.

D'autre part, les données retenues par l'OCDE pour l'Allemagne, à la différence des données françaises, incluent l'ensemble des lits de soins critiques, y compris ceux destinés aux enfants. Ce biais nécessite donc de rétablir dans la comparaison les lits de soins critiques pédiatriques français.

Dès lors et pour 2017, les écarts observés entre les deux pays paraissent nettement atténués, et plus encore si ces ratios sont calculés au regard de la population âgée de plus de 60 ans, qui représente près des deux tiers des patients hospitalisés en soins critiques.

Tableau n° 1 : nombre de lits de soins critiques, à périmètre comparable, pour 100 000 habitants entre la France et l'Allemagne en 2017

Pour 2017	Population de l'année retenue	Population de plus de 60 ans	Nombre de lits de soins critiques	Ratio (population générale)	Ratio (population de plus de 60 ans)
Allemagne	82 520 000	22 502 234	27 974	33,9	124,3
France	66 770 000	16 609 000	19 251	28,8	115,9

Source : Cour des comptes

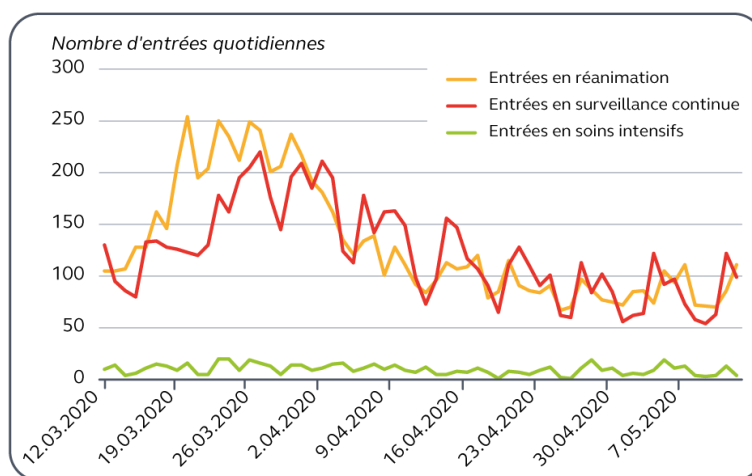
Note de lecture : les données allemandes sont issues du recueil réalisé par l'OCDE. Les données françaises ont été corrigées au regard des chiffres de l'OCDE, afin de rétablir un périmètre de comparaison équivalent avec l'Allemagne en incluant les lits de soins critiques pédiatriques et les lits de surveillance continue pour adultes.

⁷⁸ Monitor, *International comparisons of selected service lines in seven health systems*, annexe 3, « Review of service lines: critical care, evidence report », NHS, 2014.

Une différence majeure demeure : dans le modèle français, une partie des lits de soins critiques (en l'occurrence près de 6 000 lits de soins intensifs) n'est pas placée sous la responsabilité de médecins réanimateurs, mais majoritairement de cardiologues ou de neurologues. Si ce choix de spécialiser les soins intensifs s'avère intéressant en temps normal⁷⁹, il s'est révélé pénalisant pendant la première vague épidémique. En effet, ces lits n'ont pu être mobilisés pour la prise en charge des patients covid, comme le montre le suivi des entrées quotidiennes dans les deux régions les plus touchées, le Grand Est et l'Île-de-France. De fait, le nombre de lits par habitant effectivement disponibles pour la réanimation de patients atteints de la covid 19 en France (soit 20 pour 100 000 habitants) s'est ainsi révélé très significativement inférieur à celui de l'Allemagne (33,9). Pour autant, les unités de soins intensifs françaises n'ont pas été inutilisées durant la crise : elles ont pu accueillir des patients non atteints de la covid qui, en temps ordinaire, auraient pu occuper des lits de réanimation.

Au total, les différences des deux modèles rendent les comparaisons difficiles.

Graphique n° 3 : évolution des entrées quotidiennes dans les services de soins critiques du Grand Est et d'Île-de-France



Source : Cour des comptes d'après les données de l'ATIH (période du 12 mars au 12 mai 2020)

⁷⁹ La mortalité cardiovasculaire observée en France fait partie des plus faibles d'Europe et connaît une réduction continue, sous l'effet notamment des progrès intervenus dans les prises en charge des épisodes aigus (Cour des comptes, « La lutte contre les maladies cardio-vasculaires : une priorité à donner à la prévention et à la qualité des soins », in *Rapport annuel sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale*, La Documentation française, septembre 2018, chapitre VI).

C - Une gestion de crise fondée sur des déprogrammations massives aux conséquences inconnues en termes de santé publique

1 - Une déprogrammation généralisée des activités hospitalières sans effet de rattrapage

Face à la situation alarmante en Italie du Nord puis en Grand Est, le ministère de la santé a procédé à la déprogrammation générale des activités de soins non urgentes à compter du 12 mars 2020⁸⁰, avec pour objectifs de diminuer le recours programmé aux soins critiques et libérer ainsi du temps soignant, afin d'orienter ces professionnels vers des unités de réanimation éphémères.

Cette stratégie a permis d'atteindre les objectifs fixés. Les besoins programmés en réanimation, notamment ceux liés à une intervention chirurgicale lourde, ont largement diminué. La moindre fréquence de ces chirurgies majeures est apparue significative en avril (-50,3 %) et mai 2020 (-35,3 %), en comparaison des mêmes mois de 2019⁸¹. De même, les séjours chirurgicaux⁸², qui étaient en légère progression (+1,5 %) au cours des mois de janvier et février 2020 au regard de 2019, ont connu une baisse de 36,5 % en mars, 73,2 % en avril et 47,1 % en mai, sans qu'aucun effet de rattrapage ne puisse être documenté au cours des mois suivants. Le chapitre suivant du présent rapport public annuel⁸³ donne un exemple territorial de cette évolution.

Cette chute de l'activité programmée s'est aussi accompagnée d'une baisse de près de 50 % des passages aux urgences au cours des mois de mars à avril 2020, qui s'explique, selon la direction générale de la santé, tant par la peur de la contamination de certains patients que par la baisse de la traumatologie. L'impact à long terme en matière de

⁸⁰ L'activation du dispositif ORSAN (organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles) a entraîné le passage des hôpitaux au niveau 1 de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles. Le 6 mars, le niveau 2 de mobilisation a été activé afin de permettre aux établissements de déprogrammer les activités non essentielles. Le 12 mars, son application a été généralisée avec activation du « plan blanc » dans l'ensemble des établissements de santé du territoire.

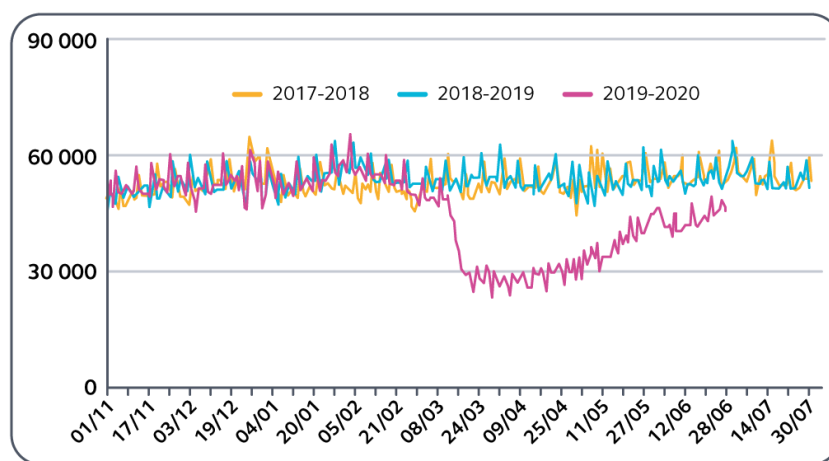
⁸¹ Données établies à partir des dix racines de groupes homogènes de malades (GHM) chirurgicales les plus fréquemment associées à un séjour en réanimation adultes en 2019 (01C044, 05C032, 05C033, 05C034, 05C052, 05C053, 05C062, 06C043, 06C044, 26C024).

⁸² D'après les données Diamant 2019-2020 établies à partir de l'ensemble des racines de GHM avec acte classant opératoire (GHM en C).

⁸³ « Les établissements de santé face à la première vague de covid 19 : exemples néo-aquitains et franc-comtois ».

santé publique des déprogrammations intervenues durant l'épidémie de covid 19 reste aujourd'hui inconnu et potentiellement considérable : son étude est indispensable et devra être engagée.

Graphique n° 4 : nombre quotidien de passages aux urgences du réseau OSCOUR (tous âges)



Source : direction générale de la santé, réseau OSCOUR (novembre 2019 à juillet 2020)

2 - Les capacités supplémentaires du secteur privé lucratif ont été peu mobilisées

Si l'activité de réanimation est pour l'essentiel une activité publique⁸⁴, les établissements privés ont cependant été associés à la gestion de la crise sanitaire, notamment par la délivrance d'autorisations sanitaires exceptionnelles⁸⁵. À l'issue de la première vague, 213 autorisations exceptionnelles d'ouverture d'activités avaient été accordées à des établissements publics ou privés, dont 123 de réanimation qui sont venues s'ajouter aux 263 autorisations pérennes existantes⁸⁶. En leur sein, 131 autorisations exceptionnelles ont été accordées à 119 établissements de santé privés lucratifs et 25 à 23 établissements de santé privés non lucratifs.

⁸⁴ 84 % des lits de réanimation adultes se trouvent dans le secteur public, contre 11 % dans le secteur privé à but non lucratif et 5 % dans le secteur privé à but lucratif.

⁸⁵ Dispositif prévu aux articles L. 6122-9-1 et R. 6122-31-1 du code de la santé publique depuis 2018. Il s'agit d'anticiper la survenue d'une crise sanitaire imposant la prise en charge d'activités de soins par des établissements jusqu'alors non autorisés pour faire face au flux de patients sur les territoires.

⁸⁶ Source : Arghos Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) 2019.

L'analyse des données SI-VIC⁸⁷ montre, pour les hospitalisations hors soins critiques, une évolution des proportions de patients covid pris en charge entre secteurs au cours de la crise : si 80 % des patients covid étaient hospitalisés dans un établissement public au début du mois d'avril, cette proportion avait été ramenée à 67 % à la fin du mois. En parallèle, le secteur privé non lucratif a vu sa part passer de 10 % à 19 % et le secteur privé lucratif de 9 % à 14 %. Cependant, pour la seule prise en charge en soins critiques, les proportions sont demeurées stables au cours de la crise malgré la création d'unités de réanimation éphémères dans le secteur privé lucratif, signifiant que l'association de ce secteur s'est faite, en pratique, au prorata de ses capacités antérieures à la crise : 80 % des patients covid en soins critiques étaient hospitalisés dans un établissement du secteur public, 10 % à 12 % dans un établissement du secteur privé non lucratif, 7 % à 9 % dans un établissement du secteur privé lucratif.

Dans leurs réponses à la Cour, les fédérations représentatives de l'hospitalisation privée (FHP⁸⁸ et Fehap⁸⁹) regrettent que l'association du secteur privé ait été parfois tardive et souvent en dernier recours, lorsque les structures publiques de réanimation ne pouvaient plus assumer la totalité des besoins. La FHP estime ainsi que des patients ont parfois été accueillis en mode dégradé dans des hôpitaux publics surchargés, ou transférés, alors que des places étaient disponibles en cliniques et hôpitaux privés.

3 - Des transferts de patients en nombre significatif

De nombreuses évacuations de patients bénéficiant de soins de réanimation ont eu lieu depuis les régions très fortement impactées par l'épidémie de covid 19 (Grand Est, Corse, Île-de-France) vers des régions moins touchées. Au total, à la fin juillet 2020, ces transferts ont concerné 661 patients sur un total de 13 945 patients ayant été hospitalisés en réanimation pour covid (soit 4,7 %). Parmi les 661 patients évacués, 166 l'ont été vers d'autres pays européens⁹⁰, dont 119 en Allemagne, 33 en Suisse, 11 au Luxembourg et trois en Autriche. Une étude est actuellement en cours afin d'évaluer l'impact médical de ces transferts en termes de morbi-mortalité.

⁸⁷ Le système d'information pour le suivi des victimes d'attentats et de situations sanitaires exceptionnelles (SI-VIC) est accessible aux établissements de santé pour renseigner l'identité des patients et leur prise en charge. Le SI-VIC a été mobilisé au cours de la crise afin de suivre, chaque jour, le nombre de patients hospitalisés pour covid.

⁸⁸ Fédération des cliniques et hôpitaux privés de France.

⁸⁹ Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires.

⁹⁰ Dans le cadre des dispositions existantes d'assurance maladie européenne.

4 - Une délégation dérogatoire donnée aux groupements hospitaliers de territoire par les agences régionales de santé pendant la crise sanitaire

Comme dans la plupart des pays⁹¹, il n'existe pas en France un modèle d'organisation territoriale des soins critiques (structuration, modalités de recours, coopération entre unités). Le constat établi par les professionnels des soins critiques réunis par l'Agence nationale d'appui à la performance (Anap) en juin 2020 en témoigne : « *Il prévaut [en France] une fragmentation de l'offre, avec ou sans coopération entre offreurs de soins. La régulation est faite de gré à gré, le plus souvent par des acteurs qui se mobilisent autour des patients et cherchent, au cas par cas, le meilleur parcours à leur offrir* ». Cette absence d'organisation territoriale est en grande partie à relier aux insuffisances du décret précité du 5 avril 2002⁹², qui n'a imposé aucun modèle d'organisation précis, aucune méthodologie partagée, ni même aucun territoire sur lequel une telle organisation puisse être réfléchie.

Pour pallier cette carence, les groupements hospitaliers de territoire (GHT) ont souvent été mobilisés durant la crise par les agences régionales de santé (ARS) à un niveau qui dépasse les missions dévolues à ces groupements par la loi⁹³. Les établissements support des GHT ont en effet reçu des ARS, à titre dérogatoire, la compétence de conduire les cellules de crise médicale de chaque territoire et de coordonner les renforts en soins critiques pour les secteurs public et privé. Ces cellules de crise ARS-GHT ont ainsi piloté l'augmentation du nombre de lits de réanimation à l'échelle de chaque territoire pour les secteurs public et privé, assuré la gestion des transferts de patients, orchestré la logistique des réanimations (recensement des respirateurs, aide au redéploiement entre établissements publics et privés, distribution des équipements individuels de protection) et participé à la structuration des filières d'aval des services de réanimation.

⁹¹ Exceptions : le modèle d'organisation régionalisé « *Hub and spoke* » (« en étoile ») des soins critiques en Irlande, ou la mise en réseau des soins critiques au Canada (Anap, *Premiers éléments d'organisation des filières de soins critiques en France*, juin 2020).

⁹² Décret n° 2002-466 du 5 avril 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue.

⁹³ L'ARS Île-de-France a retenu une autre stratégie, fondée sur ses délégations territoriales et sur une cellule d'appui aux transferts en soins critiques placée auprès du Samu de la zone de défense.

Si le service rendu paraît à la hauteur des enjeux, ce pilotage territorial, monté dans l'urgence, ne saurait constituer une organisation pérenne des soins critiques, sauf à modifier en profondeur la nature et l'objet mêmes des GHT⁹⁴.

II - Un secteur mal préparé à affronter la crise, qui doit désormais être mieux armé

La mobilisation des soins critiques durant la pandémie de covid 19 s'est faite au prix d'un renoncement aux soins sans précédent, aux conséquences encore inconnues pour la santé publique. Si l'anticipation d'une crise de cette nature était difficile, des choix structurels – et bien souvent implicites – faits dans le domaine des soins critiques au cours des dernières années ont empêché d'en atténuer les effets. Des évolutions de l'organisation des soins critiques s'imposent, qu'il s'agisse de la planification de l'offre, des ressources humaines ou du financement affecté aux soins critiques.

A - Mieux tenir compte des besoins lors de la planification sanitaire

1 - Faire face au besoin croissant de soins critiques

Entre 2013 et 2019, le nombre de lits d'hospitalisation complète s'est réduit de 21 020 unités (- 5,6 %), pour revenir à 392 262 lits⁹⁵. Dans le même temps, le nombre de lits de soins critiques s'est accru de 7 %⁹⁶. Au 31 décembre 2019, la France comptait 19 580 lits de soins critiques adultes et enfants, dont 5 433 dédiés à la réanimation, 8 192 à la surveillance continue et 5 955 aux soins intensifs⁹⁷. La prise en charge de seuls adultes mobilise 93,8 % de ces lits, dont 28 % pour la réanimation

⁹⁴ Cour des comptes, *Les groupements hospitaliers de territoire*, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, octobre 2020.

⁹⁵ En parallèle, les places en hospitalisation partielle ont progressé de 6 947 et représentent 78 790 places à fin 2019.

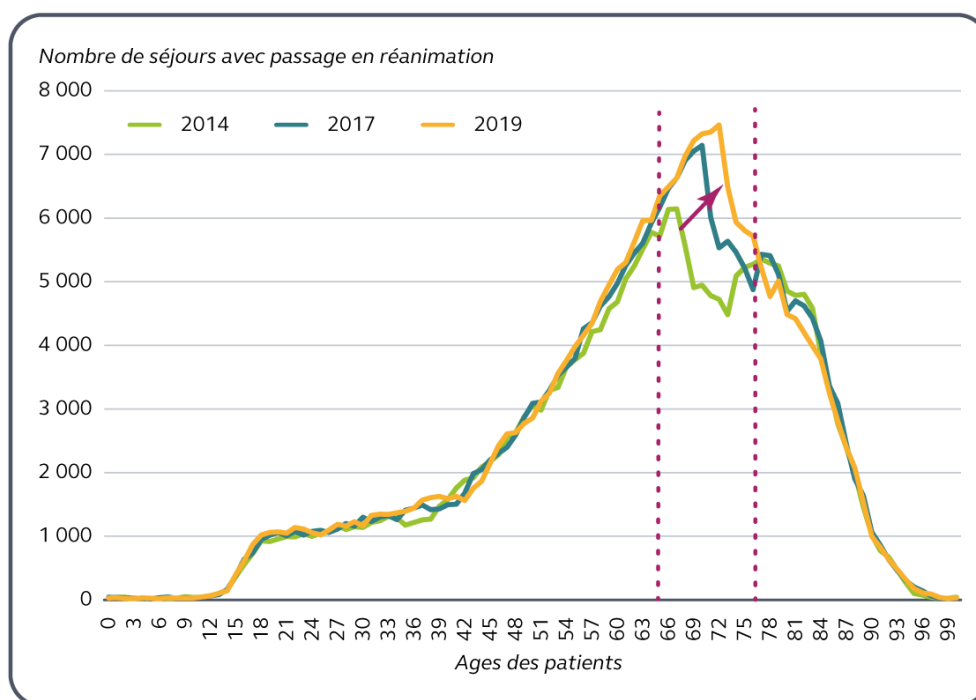
⁹⁶ Selon la Drees, il est difficile d'évaluer l'évolution capacitaire en soins critiques sur une période plus étendue du fait de la modification des modes de recueil de la statistique annuelle des établissements de santé.

⁹⁷ Champ : France métropolitaine et départements et régions d'outre-mer (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (source : Drees, SAE 2013-2018 (bases statistiques), traitements Drees et SAE 2019 (bases administratives), traitements Drees).

(soit 5 080 lits), 40 % pour la surveillance continue (7 327 lits) et 32,4 % pour les soins intensifs (5 955 lits)⁹⁸. La croissance des capacités d'hospitalisation en soins critiques s'explique en grande partie par la progression du nombre de lits de surveillance continue adultes (+ 429 lits) et pédiatriques (+ 220), le nombre de lits de réanimation adultes ayant quant à lui légèrement progressé, de + 56 lits en 6 ans.

Pour la réanimation, cette progression de 0,17 % par an s'avère dix fois plus faible que celle des effectifs de personnes âgées (+ 1,7 % par an), qui constituent pourtant près des deux tiers des malades hospitalisés dans ce secteur⁹⁹. Le vieillissement de la population a d'ores et déjà un impact sur le profil des patients : ainsi, entre 2013 et 2019, la part des patients admis en réanimation dans la tranche d'âge 65-75 ans est passée de 25 % à 30 %.

Graphique n° 5 : évolution de l'activité hospitalière en soins critiques en fonction de l'âge des patients



Source : Cour des comptes, d'après les données Diamant-PMSI (2014 à 2019) exprimées en nombre de séjours avec passage dans une unité médicale de réanimation

⁹⁸ Source : SAE Drees 2019, disponible par l'infocentre Diamant.

⁹⁹ 65 % des patients hospitalisés dans un secteur de réanimation adultes ont plus de 60 ans (données PMSI, Diamant 2019).

De fait, le taux d'équipement en lits de réanimation n'était plus que de 37 pour 100 000 habitants de plus de 65 ans à la veille de la crise sanitaire, alors qu'il était de 44 pour 100 000 habitants en 2013. Si la France avait conservé son ratio nombre de lits/population de plus de 65 ans de 2013, elle aurait disposé, au début de la crise covid, de 5 949 lits de réanimation adultes, contre 5 080 constatés au 1^{er} janvier 2020.

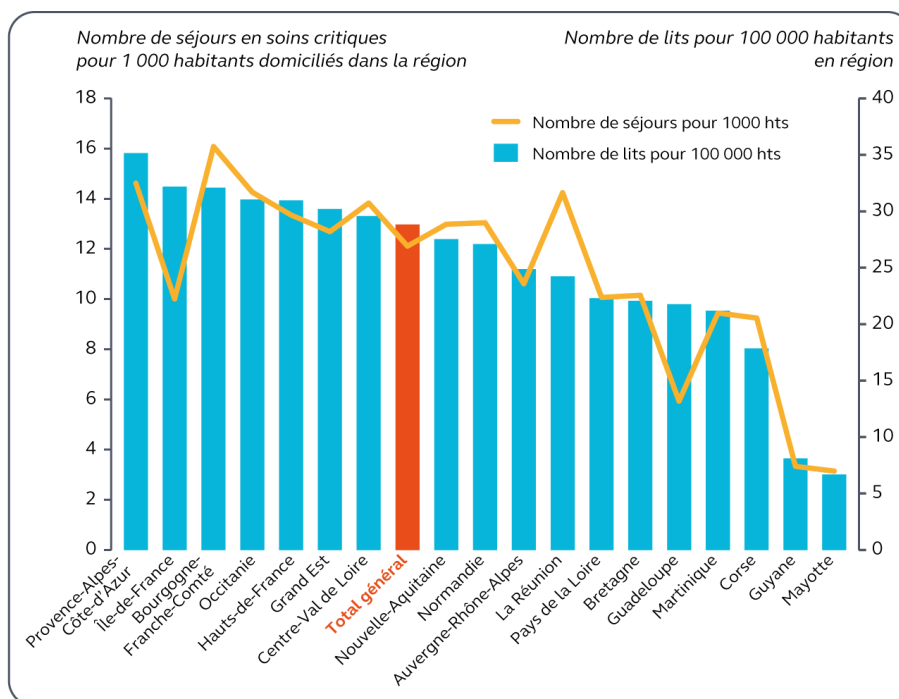
Dans les 20 années à venir, le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans va progresser de près de 5,2 millions. Même si de bonnes politiques de prévention et les progrès médicaux peuvent atténuer le besoin de recours aux soins critiques, cette évolution démographique constitue un défi majeur qu'il convient de préparer, en tenant compte du fait que les temps de montée en charge des organisations en soins critiques sont longs, en raison des prérequis à satisfaire en termes de formation des personnels, d'équipements et d'investissements.

2 - Agir plus fermement sur l'organisation de l'offre dans les régions

Le taux de recours¹⁰⁰ aux soins critiques présente des écarts régionaux substantiels. Avec, en 2019, plus de 16 séjours pour 1 000 habitants, il est le plus élevé en région Bourgogne Franche-Comté. À l'opposé, la Corse (9,2 pour 1 000 habitants) et Mayotte (3,1) affichent les taux de recours les plus faibles. Ces écarts ne s'expliquent pas par des différences de proportion des personnes de plus de 65 ans. Ils sont homogènes avec le taux d'équipement en soins critiques, qui présente des inégalités régionales importantes : sans qu'un lien de causalité puisse être affirmé, plus ce taux est élevé, plus le taux de recours aux soins critiques s'accroît.

¹⁰⁰ Le taux de recours est une mesure de la consommation de soins d'une population sur un territoire donné. En matière de soins critiques, c'est le nombre de journées d'hospitalisation réalisées rapporté au nombre d'habitants du territoire.

Graphique n° 6 : consommation de soins critiques au regard du nombre de lits par régions (2019, France entière)



Source : Cour des comptes d'après les données Insee (population), PMSI-ATIH (activité), statistique annuelle des établissements de santé (SAE)-Diamant (capacitaire) pour 2019

Précaution de lecture : la consommation de soins est rattachée à la région de domiciliation du patient et non au lieu de réalisation de l'activité. L'atypie de la région Île-de-France s'explique en grande partie par son rôle de recours inter-régional.

Le décret précité du 5 avril 2002 et la circulaire du 27 août 2003¹⁰¹ ont déterminé les conditions techniques de fonctionnement de activités de soins critiques, avec pour principal objectif le resserrement des structures de soins critiques autour d'unités d'au moins 12 lits (dont au minimum 8 de réanimation), en mesure de garantir un parcours de soins plus fluide entre réanimation et unité de surveillance continue (USC) et donc une meilleure qualité des soins.

¹⁰¹ Circulaire DHOS/SDO n° 2003-413 du 27 août 2003 relative aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue.

Si l'objectif de concentration de l'offre a été atteint¹⁰², il a manqué une analyse réelle du besoin épidémiologique en lits de soins critiques, et donc une appréciation du besoin capacitaire global. Ainsi, les constats établis par les projets régionaux de santé (PRS) 2018-2022 s'avèrent révélateurs des difficultés à venir. À titre d'illustration, en 2018 le PRS de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) indique que « l'offre de soins en réanimation, malgré son importance relative en région PACA, menace d'être saturée et d'autant plus dans les centres de recours des métropoles » et que la tendance d'augmentation soutenue de la demande de soins risque « de rapidement mettre le système sous forte tension ». Pourtant et compte tenu de la pénurie de professionnels, le PRS PACA se contente d'affirmer la politique nationale de concentration de l'offre sans faire état de l'évolution des besoins en lits projetées sur la période : le nombre de sites hospitaliers autorisés à pratiquer l'activité de réanimation en PACA est fixé à 31 pour 2023, contre 36 en 2018. Au total, la dernière génération de PRS prévoit la suppression, à l'échelle nationale, de sept implantations de réanimation, sans projeter d'évolution capacitaire. La planification hospitalière limite ainsi son ambition à la concentration, souhaitable, des unités de réanimation. Elle ne prévoit pas d'augmenter le nombre global de lits au vu des besoins pourtant croissants d'une population qui vieillit.

B - Réduire les tensions sur les ressources humaines

La crise sanitaire est intervenue dans un contexte de fragilité structurelle des ressources humaines¹⁰³, avec des tensions sur le recrutement des médecins et un important *turn-over* d'infirmiers qui traduit la difficulté à fidéliser ces personnels et conduit ponctuellement à la fermeture de lits.

1 - Conserver la pluridisciplinarité de l'exercice médical en soins critiques et augmenter les effectifs des médecins réanimateurs

Sur un total de 6 060 ETP de médecins en soins critiques, les unités de surveillance continue (USC) adultes, la réanimation adultes et les soins intensifs (hors néonatalogie) en représentent respectivement 2 184, 2 106 et 1 471.

¹⁰² En 2019, la France comptait 298 sites hospitaliers autorisés en réanimation adultes, contre 320 en 2013.

¹⁰³ Les soins critiques adultes et enfants hors néonatalogie employaient, à la fin de l'année 2018, 53 715 ETP, soit l'équivalent de 9 % des effectifs médico-soignants des secteurs médecine-chirurgie-obstétrique (MCO). 52 % étaient infirmiers, 31 % ides-soignants et 11 % médecins.

Jusqu'en 2017, l'activité de réanimation pouvait être exercée par des anesthésistes-réanimateurs (MAR), par des médecins ayant obtenu un diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) qualifiant en réanimation, ou sur décision de la commission de qualification de l'ordre des médecins. La réforme du 3^{ème} cycle des études médicales de 2017 a inauguré une nouvelle spécialité accessible dès l'internat, la médecine intensive-réanimation (MIR)¹⁰⁴ et supprimé les DESC. La création de la MIR a ainsi sécurisé des recrutements dans les unités de réanimation, quand la MAR continue d'offrir une formation polyvalente et des possibilités plus importantes de changer de mode d'exercice¹⁰⁵. La réforme bouscule cependant les équilibres existants entre deux spécialités, dont l'une (MAR), est majoritaire en soins critiques et correspond à une double spécialisation et l'autre (MIR), minoritaire, constitue une spécialité exclusive.

Depuis 2017, tous les postes offerts aux épreuves classantes nationales (ECN) dans ces deux spécialités ont été pourvus. Toutefois les statistiques concernant les tours de recrutement, organisés deux fois par an par le centre national de gestion (CNG) pour pourvoir des postes de praticien hospitalier (PH), attestent de la difficulté à recruter des MAR et plus encore des MIR. Le rapport entre le nombre de lauréats des quatre derniers concours de praticien hospitalier (nouveaux entrants potentiels) et le nombre de postes à pourvoir s'est établi à 0,5 seulement pour la MIR et 0,6 pour la MAR, contre 0,72 pour l'ensemble des disciplines. Le taux de vacance statutaire¹⁰⁶ des praticiens hospitaliers en anesthésie-réanimation (42 %) est également nettement supérieur à la moyenne (36 %)¹⁰⁷. Les fédérations hospitalières soulignent que les tensions sont renforcées dans les unités isolées et les établissements périphériques. Elles vont s'accroître compte tenu d'une pyramide des âges inquiétante, en particulier pour les MAR : 40 % ont plus de 55 ans et 22 % ont entre 60 et 64 ans.

¹⁰⁴ Ce choix n'est pas propre à la France – c'est également le cas en Belgique par exemple –, mais il n'est pas majoritaire en Europe.

¹⁰⁵ En 2018, sur les près de 11 500 MAR en exercice, 40 % avaient une activité libérale exclusive ou mixte, contre seulement 8,5 % des 480 MIR.

¹⁰⁶ Les données sur les taux de vacance sont difficiles à apprécier : si le centre national de gestion connaît le taux de vacance statutaire des postes de praticien hospitalier, il ne mesure pas le taux de vacance réel, les médecins contractuels susceptibles d'occuper ces postes n'étant pas recensés.

¹⁰⁷ À l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, on constate une pénurie de MAR, dont l'effectif a reculé de 9 % entre 2015 et 2019, non compensée par les effectifs de MIR. En région Auvergne-Rhône-Alpes, le taux de vacance des postes en anesthésie-réanimation pour les praticiens hospitaliers est de 35,8 %. En région Occitanie, 18 % des postes MAR et 16 % des postes de réanimation médicale sont vacants.

On constate donc que, face à ces évolutions et aux besoins croissants en soins critiques liés au vieillissement de la population, le nombre de postes de MIR proposés aux épreuves classantes nationales demeure trop faible (74 en 2020), malgré une progression de 15 % depuis 2017. Celui des postes de MAR, beaucoup plus élevé (473 en 2020), n'a progressé que de 1,4 % de plus que la progression générale du nombre d'internes (3,6 %). En 2020, la crise sanitaire n'a pas conduit les autorités à modifier sensiblement ces effectifs. Pour les années qui viennent, l'augmentation globale du nombre des postes MAR et MIR doit *a minima* être calibrée pour permettre l'augmentation de l'offre en soins critiques. Il convient naturellement de prévoir une montée en charge du nombre des MIR. Toutefois la polyvalence des MAR, justifiée en temps ordinaire et qui a de surcroît récemment montré toute son utilité, doit également être conservée. Sans attendre, des incitations à la double activité – anesthésie et réanimation – devraient être mises en place, ainsi que des périodes régulières d'exercice en réanimation pour les 50 % de MAR exerçant l'anesthésie à titre exclusif. Pour les internes ou les médecins, la possibilité de passerelles avec la spécialité MIR pourrait également être envisagée. Cela permettrait d'alléger les tensions actuelles et de faire face dans de meilleures conditions à des situations de crise sanitaire.

2 - Assurer la formation initiale des IDE et reconnaître les compétences d'IDE en soins critiques

Trois fois plus nombreux que les médecins, les 28 000 infirmier(e)s de soins généraux diplômés d'État (IDE) exerçant en soins critiques en constituent les « piliers » : 52 % du temps de travail total consacré par une équipe hospitalière de réanimation au lit du patient est effectué par les IDE¹⁰⁸. Ils sont à 95 % non spécialisés – seuls 5 % sont infirmier(e)s anesthésistes diplômés d'État (Iade), infirmier(e)s de bloc opératoire diplômés d'État (Ibode) ou cadres de santé. En effet, la France¹⁰⁹ n'exige pas de diplôme de spécialisation infirmier pour exercer en soins critiques. De plus, depuis la réforme des études de 2009, les futurs IDE ne reçoivent pas de manière systématique de formation initiale à la réanimation et seule une minorité d'élèves a accompli l'un des six stages obligatoires au sein d'une unité de soins critiques.

¹⁰⁸ D. Combarous, D. Antoine, *Journée de formation régionale des IDE d'Auvergne-Rhône-Alpes, distribution des coûts en réanimation*, Hospices civils de Lyon, 2017.

¹⁰⁹ À la différence de pays comme l'Allemagne, la Belgique et la Suisse.

Pourtant, prendre en charge et surveiller des patients dans des situations graves et dans un environnement technique complexe, évolutif et à risque infectieux, requiert des compétences spécifiques¹¹⁰. Dès 2003, une circulaire¹¹¹ a ainsi rendu obligatoire une formation d'adaptation à l'emploi, sous forme d'un compagnonnage. Toutefois elle n'en a détaillé ni le contenu ni les modalités. En pratique, le format de cette formation est contraint par le contexte d'organisation des unités. Selon les sociétés savantes, cette formation de deux mois reste insuffisante et ne rend pas les IDE autonomes pour les techniques spécialisées¹¹². La Société française d'anesthésie et de réanimation observe en outre que « *ce temps d'intégration n'est jamais pris en compte dans l'établissement des effectifs, ce qui est source de tensions importantes sur les effectifs des soins critiques* ».

Les effectifs en réanimation sont réglementés : deux infirmiers pour cinq patients (de jour comme de nuit) et un aide-soignant pour quatre patients¹¹³. L'analyse des données du personnel de réanimation¹¹⁴ confirme un respect global de ces exigences. Sans le démentir, des médecins ont cependant indiqué à la Cour que des écarts sont constatés à l'occasion notamment d'arrêts maladie ou de congés¹¹⁵. En dernier ressort, il est obtenu grâce à des fermetures de lits, ponctuelles ou plus durables.

Des difficultés de recrutement d'IDE existent, en particulier en Île-de-France. Toutefois les tensions résultent surtout de la difficulté à les fidéliser, avec un *turn-over* important¹¹⁶, estimé à 24 % en 2015¹¹⁷ et qui s'accélère. Selon l'ensemble des interlocuteurs de la Cour, plusieurs facteurs y contribuent. Les effectifs réglementaires sont exprimés par référence au

¹¹⁰ Référentiel de compétences de l'infirmière de réanimation (société de réanimation de langue française, société française d'anesthésie et de réanimation, collège des réanimateurs extra-universitaires français, groupe francophone de réanimation et urgences pédiatriques, 2011).

¹¹¹ Circulaire DHOS/SDO n° 2003-414 du 27 août 2003 relative aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation.

¹¹² Oxygénation par membrane extracorporelle (ECMO), échanges plasmatiques, gestion des patients en mort cérébrale, trachéotomie.

¹¹³ Art. D. 6124-32 du code de la santé publique. Selon la direction générale de l'offre de soins, cela aboutit, compte tenu de la permanence des soins, à des ratios de 2,4 ETP annuels d'IDE et d'1,5 ETP annuel d'aide-soignant par patient. Les unités de surveillance continue ne sont pas soumises à de telles exigences réglementaires.

¹¹⁴ SAE 2018.

¹¹⁵ Une enquête flash conduite en octobre 2020 par le syndicat des médecins réanimateurs auprès des chefs d'unités de réanimation indique que 13 % des 114 répondants estiment ne pas être en mesure de respecter les effectifs réglementaires 24h/24, 7j/7 et 365 jours par an.

¹¹⁶ À l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, le *turn-over* des personnels infirmiers en soins critiques était de 17 % en 2019, à rapprocher du *turn-over* moyen en service de soins conventionnels (13 %).

¹¹⁷ G. Jones et al., « Demographic and occupational predictors of stress and fatigue in French Intensive-care », *International Journal of Nursing Studies*, 2015.

nombre de patients pris en charge à l'instant t , non par lits installés dans chaque unité. Ceci ne permet pas d'apporter à ces dernières la souplesse d'organisation nécessaire et de préserver des marges utiles en période de suractivité. De plus, les équipes sont jeunes et l'exercice marqué par le poids psychologique de la gestion de situations difficiles¹¹⁸ : un patient sur cinq pris en charge en réanimation décède au cours du séjour¹¹⁹. Les conditions de travail sont exigeantes, avec souvent une organisation du temps de travail en 12 heures : mieux adaptée à des prises en charge lourdes, elle peut induire une pénibilité supplémentaire. L'importance du *turn-over* suscite des tensions qui favorisent à leur tour des départs plus rapides, créant ainsi une spirale préjudiciable aux services.

Dès lors, il conviendrait de mettre en place une formation qualifiante et reconnue d'infirmier en réanimation, non obligatoire pour exercer dans ces unités : cela permettrait de donner des perspectives professionnelles à des infirmiers et d'améliorer la stabilité et la qualité des équipes. Par ailleurs, la formation initiale des infirmiers devrait systématiquement inclure des enseignements et stages en soins critiques. Enfin, des modules de formation paramédicale continue aux soins critiques devraient être disponibles dans tous les établissements de santé pour les IDE qui le souhaitent : cela conduirait à des équipes mieux aguerries et permettrait, en cas de besoin, la mobilisation rapide de personnels formés.

C - Reconstruire un modèle de financement cohérent

Le mode de financement des soins critiques a participé indirectement à leur recul progressif au regard des besoins. En effet, compte tenu des règles en vigueur, l'ouverture d'un lit en réanimation médicale génère actuellement un déficit moyen estimé par la Cour à 115 000 € par an¹²⁰. Cette situation n'est pas de nature à inciter les établissements à adapter leurs capacités d'hospitalisation aux besoins constatés, principe qui fonde pourtant la tarification à l'activité (T2A).

¹¹⁸ Au sein des établissements hospitaliers, 23 % des décès ont lieu en réanimation (14,6 %), en soins intensifs (3,4 %) ou en surveillance continue (5 %), alors que ces services ne réalisent que 4,3 % des séjours.

¹¹⁹ V. Lindecker-Cournil, « Mortalité après un séjour en réanimation en France », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 2019.

¹²⁰ Donnée établie pour 2018. Il s'agit d'une moyenne établie par la Cour des comptes sur la base des comptes de résultat analytiques de six établissements de santé (Assistance publique-hôpitaux de Paris, deux centres hospitaliers universitaires, deux centres hospitaliers et une clinique) regroupant 704 lits de réanimation, soit 14 % de la capacité totale. C. Martin et al., dans une publication de 2013, constatent que dans une unité de soins critiques gérée de façon performante, le déficit par lit avoisine les 200 000 € (C. Martin et al., « Réanimations : travailler (beaucoup) plus pour gagner plus, mais toujours pas assez », *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* n° 32, 2013).

1 - Mettre fin à l'effet de ciseau entre des tarifs en baisse et des charges en hausse

Un service de soins critiques est financé par plusieurs types de recettes. La tarification à l'activité (T2A) conduit à affecter à chaque séjour hospitalier une recette, en fonction de l'intensité des soins prodigués. S'ajoutent des suppléments journaliers répondant à des critères médico-techniques. L'ensemble représente entre 75 % et 85 % des recettes totales, auxquelles s'ajoutent les produits issus de l'utilisation de certains médicaments onéreux (7 % des recettes). Le financement repose également sur un ticket modérateur, calculé comme une quote-part de 20 % du tarif journalier de prestation : à la charge des assurances complémentaires ou des patients, il représente une source de financement accessoire (entre 4 % et 8 %). Enfin, certaines dotations (Mig ou Merri¹²¹) participent à ce financement, pour une faible part des recettes, variable selon les établissements (entre 5 % et 10 % des recettes¹²²).

Ce mode de financement, qui repose très largement sur le niveau d'activité des services, permet de garantir une juste répartition des ressources entre établissements. Toutefois il expose fortement les gestionnaires hospitaliers aux écarts entre les recettes issues de l'activité et les charges qui y sont rattachées.

La Cour a cherché à évaluer l'impact des choix tarifaires effectués au cours des cinq dernières années sur les services de réanimation. Pour ce faire, l'évolution des tarifs publics des 27 groupes homogènes de malades (GHM) les plus fréquemment associés à un séjour en réanimation (soit un tiers de l'activité) a été analysée. Les résultats montrent que la totalité de ces GHM ont connu une baisse tarifaire sur la période 2014-2019, de 9 % en moyenne en euros constants. S'agissant des GHM médicaux, les baisses les plus fortes concernent la prise en charge de l'œdème pulmonaire et la détresse respiratoire (12,3 % de baisse du tarif public) et les bronchopneumopathies chroniques surinfectées (10,8 %).

L'ampleur de ces baisses tarifaires conduit à s'interroger, s'agissant de services qui les subissent sans que les gestionnaires hospitaliers disposent de véritables leviers pour en atténuer l'impact. En vue de garantir la sécurité des soins pour ces prises en charge complexes, les effectifs des unités de soins critiques sont réglementés. Les taux d'occupation de ces unités sont déjà supérieurs aux recommandations

¹²¹ Dotations au titre des missions d'intérêt général (Mig) et des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (Merri).

¹²² La part que représentent ces recettes est plus forte dans les centres hospitaliers universitaires. Elle atteint par exemple 12,7 % à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris en raison des activités de recherche clinique et d'une charge plus forte en matière de permanence des soins pour des réanimations spécialisées.

des sociétés savantes. Les durées de séjour sont déjà en réduction. Et, compte tenu, de leur niveau de gravité, les patients des unités de soins critiques ne sauraient naturellement être pris en charge ailleurs.

De plus, ces baisses tarifaires n'ont pas été compensées par une hausse des suppléments journaliers, qui permettent d'ajouter une valeur journalière au tarif pour financer le caractère particulièrement coûteux des soins critiques. Ces suppléments ont en effet, eux aussi, baissé, de 6,5 % en euros constants sur la période 2013-2019.

En parallèle, au cours de la période 2014-2018, les charges des services de soins critiques ont pour leur part connu une progression significative : de + 7 % en réanimation à + 9 % pour les unités de surveillance continue ou de soins intensifs (en euros constants). À titre d'illustration, un séjour en réanimation représente une charge moyenne de 1 848 € par jour d'hospitalisation en 2018, contre 1 691 € en 2014¹²³. Cette progression s'explique par les charges de logistique et de gestion générale (+15 %) et par la hausse des dépenses de personnels médicaux (+13 %). La progression des charges liées au personnel non médical, qui représentent à elles seules 55 % des charges nettes, reste relativement modeste (+ 3 %).

2 - Veiller à la neutralité de la tarification sur le financement des soins critiques

L'article 79 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2017 a prévu le cadre générique d'une réforme du modèle de financement des unités de soins critiques en combinant une partie financée à l'activité et une partie forfaitaire. L'objectif de ce modèle mixte est de mieux prendre en compte les spécificités de la filière des soins critiques, caractérisée par des coûts fixes importants en raison des normes de fonctionnement, de la variabilité de l'activité et de la nécessité de pouvoir prendre en charge de nouveaux patients en urgence à tout moment, justifiant un taux d'occupation cible de 80 % à 85 %. Or, la logique de tarification actuelle induit une maximisation du taux d'occupation des unités, peu compatible avec la nécessité de disposer de lits disponibles pour l'accueil des patients en urgence.

¹²³ Données issues des données du retraitement comptable (ATIH, 2018). Ce coût moyen semble cohérent avec celui déterminé en 2017 par une équipe lyonnaise, de 1 890 € (D. Combarous, D. Antoine, *Journée de formation régionale des IDE d'Auvergne-Rhône-Alpes, distribution des coûts en réanimation*, Hospices civils de Lyon, 2017).

Afin de documenter les contours de ce nouveau modèle, des travaux d'identification du coût du séjour en soins critiques, plus fins que ceux aujourd'hui disponibles, ont été menés dans le cadre d'une étude de coût dédiée¹²⁴. Toutefois les résultats de cette étude n'ont pas été considérés comme concluants¹²⁵, retardant d'autant l'avancée des travaux de réforme du modèle de financement des soins critiques.

Cette réforme nécessaire reste aujourd'hui à engager. Elle devrait avoir pour objectif principal de neutraliser l'impact des modalités de financement sur la décision d'installer de nouveaux lits de réanimation. En effet, cette activité, qui a pour particularité de n'avoir aucune alternative possible dans le système de soins, doit voir ses capacités évoluer au regard des seuls besoins épidémiologiques et de la file active de patients en demande de soins.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Durant la crise sanitaire, les soins critiques ont su s'adapter rapidement face à l'urgence, au prix d'une improvisation organisationnelle et de déprogrammations massives des activités dont l'impact en termes de santé publique doit être évalué.

De manière plus pérenne, le vieillissement que connaîtra la population française dans les 20 années à venir rend indispensable une évolution capacitaire. Pourtant, les actions qui découlent de la planification sanitaire semblent poursuivre un seul autre but : la concentration, certes souhaitable, de l'offre de soins, notamment en réanimation, sans agir réellement sur le nombre de lits. Ce constat ne fait que traduire l'impossibilité pour les ARS d'agir sur le principal levier qu'est la démographie médicale.

De plus, les établissements de santé confrontés à une pénurie d'anesthésistes-réanimateurs pour leurs activités chirurgicales, à la faiblesse de l'effectif des réanimateurs médicaux, à un sous-financement de la réanimation médicale et à un turn-over infirmier en réanimation parmi les plus élevés, ne sont pas incités à ouvrir de nouveaux lits.

¹²⁴ Cette étude a été initiée en 2016 sur les données de 2015, puis reconduite pour les données 2017 et 2018.

¹²⁵ Du fait de la petite taille des échantillons et de leur variabilité sur trois ans, les résultats de cette étude mettent en évidence des coûts constatés avec de larges intervalles de confiance statistiques.

Pour contribuer utilement à cette réflexion, la Cour formule les recommandations suivantes adressées au ministère en charge de la santé :

- 1. évaluer, en termes de santé publique, les conséquences des déprogrammations chirurgicales et des transferts de patients durant l'épidémie de covid 19 ;*
- 2. déterminer au niveau national un modèle d'organisation et de coordination des soins critiques et son mode de gouvernance, qui soit en mesure d'inclure les structures publiques et privées ;*
- 3. évaluer l'impact du vieillissement de la population sur les besoins d'hospitalisation en soins critiques à long terme et augmenter l'offre en conséquence, en conservant la logique, initiée par le décret de 2002, de plateaux techniques de grande taille, en corrigeant les inégalités territoriales et en visant un renforcement des effectifs des personnels médicaux selon la double voie d'accès (médecins anesthésistes-réanimateurs et médecins intensivistes-réanimateurs) ;*
- 4. réviser le plan de formation initiale des infirmier(e)s de soins généraux en intégrant des modules spécifiques de formation théorique et pratique aux soins critiques et reconnaître les compétences acquises par une qualification reconnue d'infirmier(e)s en réanimation, non obligatoire pour exercer dans ce secteur ;*
- 5. déterminer un nouveau modèle de financement des soins critiques afin de garantir la neutralité de la tarification à l'activité.*

Réponses

Destinataire n'ayant pas répondu

Ministre des solidarités et de la santé
