

Chapitre VIII

La réduction du nombre de lits à l'hôpital, entre stratégie et contraintes

PRÉSENTATION

La pandémie de covid 19 a mis en lumière les difficultés rencontrées par les hôpitaux dans la prise en charge des patients et a notamment conduit à s'interroger sur la pertinence de la politique de fermeture des lits menée au cours des deux précédentes décennies.

Entre 2000 et 2022, le nombre de lits a en effet baissé de 23 % pour l'ensemble des hôpitaux publics et privés³⁴². Cette réduction s'explique, pour moitié, par le transfert de lits de soins de longue durée de l'hôpital vers les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) avant 2013. Pour l'autre moitié, et surtout depuis 2013, elle a été favorisée par le progrès des techniques médicales, avec notamment une montée en puissance de la chirurgie réalisée en ambulatoire, sans que le patient passe la nuit à l'hôpital.

La Cour a cherché à connaître l'évolution du nombre de lits depuis 2013 et ses motifs, en distinguant facteurs structurels et conjoncturels. À cette fin, elle s'est limitée aux périmètres de la médecine et de la chirurgie, hors obstétrique, et a analysé en particulier les trois plus importantes structures hospitalières publiques, l'assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP), l'assistance publique-hôpitaux de Marseille (AP-HM) et les hospices civils de Lyon (HCL).

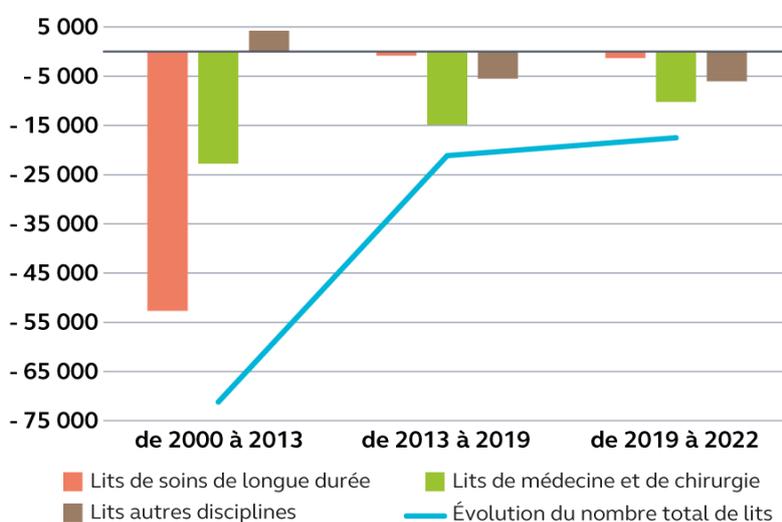
Durant la dernière décennie, la réduction du nombre de lits de chirurgie et de médecine a été principalement causée par une politique incitative de développement de l'hospitalisation en ambulatoire dans un contexte financier contraint (I). Depuis le début de la crise sanitaire, elle est plutôt la conséquence d'une contraction subie des capacités d'accueil, du fait du manque de personnels soignants, situation qui conduit à s'interroger sur les meilleurs leviers pour répondre aux besoins de soins tout en garantissant des prises en charge de qualité (II).

³⁴² Cette évolution ne prend pas en compte l'augmentation en parallèle de l'activité d'hospitalisation à domicile.

Chiffres clés

En 2022, on comptait 374 290 lits hospitaliers, dont 46 % en médecine et chirurgie, 27 % en soins médicaux et de réadaptation, 14 % en psychiatrie, 8 % en soins de longue durée et 4 % en gynécologie-obstétrique³⁴³. Le graphique ci-après présente la variation de ce nombre entre les années 2000 et 2022 pour ces différentes disciplines.

Graphique n° 36 : évolution du nombre de lits total et par discipline



Source : Drees, SAE 2000-2022, traitement Cour des comptes

Entre 2000 et 2013, la baisse du nombre de lits de soins de longue durée représente les trois-quarts de la baisse totale du nombre de lits. Elle est le résultat d'une transformation de lits hospitaliers en places d'Ehpad.

Depuis 2013, l'évolution est principalement due à la suppression de lits de chirurgie.

³⁴³ Données issues de la statistique annuelle des établissements (SAE) 2000-2022, hors hospitalisation à domicile. Cette statistique est une enquête administrative et obligatoire réalisée annuellement par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère chargé de la santé auprès des hôpitaux pour recueillir des informations sur leur activité, leurs capacités, équipements et personnels.

I - Les fermetures de lits, une stratégie volontariste aux effets mal évalués

Le virage ambulatoire, caractérisé par le développement de l'hospitalisation sans nuit et par la réduction des durées de séjour, a constitué un progrès en termes d'organisation et de qualité des prises en charge. Sa mise en œuvre a permis une réduction du nombre de lits hospitaliers. Celle-ci a toutefois été insuffisamment suivie et n'a pas conduit à des restructurations territoriales de l'offre de soins.

A - Le virage ambulatoire, principale cause de la baisse du nombre de lits en chirurgie

Au cours de la décennie 2010, l'activité ambulatoire a été encouragée dans le double objectif d'améliorer la qualité des prises en charge hospitalières et de mieux maîtriser les dépenses associées. Son développement a surtout concerné la chirurgie, avec une forte réduction de la durée moyenne de séjour des personnes opérées et, par là-même, du nombre de lits nécessaires à leur hospitalisation. En médecine, le nombre de lits est resté stable.

1 - Une réduction du nombre de lits supérieure à celle du nombre de nuits passées à l'hôpital

Entre 2013 et 2019, le nombre de nuits d'hospitalisation en chirurgie a baissé de 3,7 millions, soit de 21 %³⁴⁴. Deux-tiers de cette baisse s'expliquent par le développement de la chirurgie ambulatoire, passé de 48 % à 59,2 % des opérations et un tiers par la baisse des durées de séjour en hospitalisation complète, liée à des progrès médicaux et organisationnels³⁴⁵.

³⁴⁴ Source programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) 2013 à 2022. Le périmètre ne prend pas en compte l'activité de soin gynécologique et obstétrique dans l'activité chirurgicale.

³⁴⁵ Exemple de la récupération améliorée après chirurgie (Raac), qui est « *une approche de prise en charge globale du patient favorisant le rétablissement précoce de ses capacités après la chirurgie* », Haute Autorité de santé, *rapport d'orientation sur les programmes Raac*, juin 2016.

En médecine, les durées de séjour ont peu diminué, ce qui a eu pour effet d'augmenter de 300 000 le nombre de nuits d'hospitalisation³⁴⁶ (+ 1 %). La différence avec la chirurgie s'explique par une évolution plus faible du taux d'ambulatoire et par des effets plus prononcés du vieillissement de la population sur les prises en charge.

L'évolution du nombre de nuits d'hospitalisation a ainsi permis une réduction évaluée à 12 000 lits, avec une baisse de 13 000 lits³⁴⁷ en chirurgie et une augmentation de 1 000 lits en médecine.

Tableau n° 29 : évolution du nombre de lits entre 2013 et 2019, comparaison entre les données issues de l'activité médicale et observées – établissements publics et privés

<i>Unité : nombre de lits</i>	Variation calculée à partir du nombre de nuits	Variation observée
<i>Chirurgie</i>	- 13 030	- 15 900
<i>Médecine</i>	+ 1 030	+ 1 050
Total	- 12 000	- 14 850

Source : Cour des comptes à partir des données PMSI et SAE - champs médecine et chirurgie (hors gynécologie-obstétrique)

La baisse du nombre de lits constatée dans la statistique annuelle des établissements est supérieure de près de 3 000 lits, et atteint près de 15 000 lits. Cette divergence porte uniquement sur les lits de chirurgie et concerne essentiellement les hôpitaux publics.

L'évolution constatée en France est similaire à celle observée dans les autres pays européens.

³⁴⁶ Source PMSI 2013 à 2022 hors gynécologie-obstétrique.

³⁴⁷ Ce volume de lits est une estimation réalisée à partir de la réduction du nombre de nuits d'hospitalisation, en tenant compte d'un taux d'occupation de 78 % observé en 2019 sur le champ de la médecine-chirurgie-obstétrique, dans le rapport *Études et Résultats – Les établissements de santé en 2022*, Drees.

Le nombre de lits hospitaliers pour 1 000 habitants et son évolution en Europe³⁴⁸

En 2019, la France comptait 5,8 lits pour 1 000 habitants, toutes disciplines confondues³⁴⁹. Elle se situait à un niveau supérieur à celui de la moyenne de ses partenaires comparables en termes de niveau de vie (13 pays de l'Union européenne³⁵⁰ plus Norvège et Suisse), qui s'élevait à 4,1 lits pour 1 000 habitants.

Sur le champ de la médecine-chirurgie-obstétrique, proche de celui étudié dans ce rapport, le ratio était 3 lits pour 1 000 habitants, un peu supérieur à la moyenne de ses partenaires (2,8 lits) mais inférieur à ceux de l'Allemagne (5 lits) et de l'Autriche (4,9 lits).

Entre 2013 et 2019, la baisse du nombre de lits pour 1 000 habitants en France (- 0,33 lit) a été équivalente à celle de l'Allemagne mais moindre que celle des pays nordiques (- 0,46 lit en Finlande et - 0,44 lit en Suède).

2 - Un effort plus marqué dans les hôpitaux publics

Entre 2013 et 2019, les fermetures de lits dans le secteur public ont été plus importantes (- 8 100 lits) que celles qui auraient résulté de la seule baisse du nombre de nuits d'hospitalisation (- 4 600 lits). L'écart atteint 3 500 lits.

Pour le secteur privé non lucratif, l'évolution va dans le même sens (400 lits fermés malgré une augmentation des nuits d'hospitalisation dont aurait résulté une hausse de 100 lits, soit un écart de 500 lits). Pour le secteur privé lucratif, au contraire, la baisse du nombre de lits constatée sur la période (- 6 350 lits) est inférieure d'environ 1 100 à celle estimée à partir de la baisse du nombre de nuits (- 7 450 lits).

Selon l'inspection générale des finances (IGF) et l'inspection générale des affaires sociales (Igas)³⁵¹, la part de la chirurgie ambulatoire était, en 2013, dans les cliniques privées, beaucoup plus importante (55,2 %) que dans les hôpitaux publics (37,5 %) et le nombre de lits y était mieux ajusté aux besoins. Cette analyse a conduit les pouvoirs publics à

³⁴⁸ Données internationales issues d'Eurostat (hors hospitalisation à domicile).

³⁴⁹ Les disciplines sont la médecine, la chirurgie, l'obstétrique, les soins médicaux et de réadaptation, les soins de longue durée et l'hospitalisation à domicile.

³⁵⁰ Autriche, Belgique, Danemark, Finlande, Allemagne, Grèce, Irlande, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, Portugal, Espagne et Suède.

³⁵¹ IGF-Igas, rapport sur *les perspectives de développement de la chirurgie ambulatoire en France*, juillet 2014.

encourager plus fortement la diminution du nombre de lits dans les hôpitaux publics entre 2013 et 2019, avec une démarche volontariste d'amélioration de la performance (hausse du taux d'occupation des lits, gestion des lits, sortie précoce, ratios d'encadrement cibles, etc.).

**Évolution du nombre de lits et performance
dans les grands hôpitaux universitaires de Paris, Lyon
et Marseille entre 2013 et 2019³⁵²**

À l'AP-HP de Paris, la réduction de la capacité d'accueil a principalement concerné les lits de soins de longue durée (- 24 %) et les lits de chirurgie (- 15 %). Les plans stratégiques de l'établissement 2010-2014 et 2015-2019 comprenaient des audits pour les services dont les taux d'occupation étaient inférieurs à 80 % ou dont les durées de séjour dépassaient de deux jours la moyenne de la spécialité médicale³⁵³. L'objectif était d'adapter l'offre aux évolutions des prises en charge en « *ferm[ant] des lits, [en] les réorient[ant] vers des activités insuffisamment dotées, voire [en] mutualis[ant] certains services* » selon le projet d'établissement 2015-2017.

Aux HCL de Lyon, le nombre de lits de chirurgie a diminué de 20 %. Le projet d'établissement 2013-2017, réalisé en cohérence avec le contrat de retour à l'équilibre financier 2013-2016, comprenait des actions « *d'optimisation des processus et organisations internes relatives au patient* », de restructuration et de réorganisation médicale majeures, avec des opérations immobilières sur deux sites.

À l'AP-HM de Marseille, la fermeture de lits de chirurgie, de l'ordre de 12 %, a été moins importante. Le projet stratégique 2017-2021 précisait pourtant que le développement de la chirurgie ambulatoire, la réduction des durées de séjour et l'optimisation du nombre de lits par unité de soins devaient contribuer à la maîtrise de la situation financière de l'établissement, qui était depuis 2016 sous contrat de retour à l'équilibre.

Le comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitalière (Copermo)³⁵⁴ a été l'un des outils de cette recherche de performance. Il instruisait les projets immobiliers dépassant

³⁵² Données Drees SAE 2000-2022 – Traitement Cour des comptes.

³⁵³ Les spécialités médicales incluent la gériatrie, la neurologie, la pneumologie, l'urologie, la neurochirurgie, l'orthopédie, etc. avec des intitulés qui peuvent être propres à chaque établissement.

³⁵⁴ La circulaire du 10 mars 2021 a supprimé le Copermo, remplacé par le conseil national de l'investissement en santé (Cnis), appuyé par le conseil scientifique de l'investissement en santé (Csis).

50 M€ et définissait les trajectoires de retour à l'équilibre des établissements en difficulté financière, avec un niveau élevé d'exigence en termes de gestion hospitalière. S'appuyant sur plusieurs critères de performance³⁵⁵, le Copermo a validé des projets d'investissement conduisant à une réduction importante du nombre de lits : pour une série de projets, celle-ci a atteint en moyenne 29 % en chirurgie et 17 % en médecine, d'après la revue des projets approuvés et suivis en 2019.

B - Une stratégie mal évaluée

La recherche d'une plus grande performance des hôpitaux publics aurait dû permettre une meilleure maîtrise de la dépense publique et une réorganisation de l'offre hospitalière. Ces conséquences ont pourtant été insuffisamment évaluées.

1 - Des objectifs d'économies ambitieux

En 2014, le ministère chargé de la santé s'est appuyé sur le rapport précité de l'inspection générale des affaires sociales et de l'inspection générale des finances pour évaluer à 600 M€ les économies qui pouvaient découler du virage ambulatoire à l'horizon 2018. Elles étaient fondées sur trois moyens :

- une réduction des charges salariales, logistiques et hôtelières induite par un développement attendu, à hauteur de 62 %, du taux de chirurgie ambulatoire ;
- les gains de productivité permis par la montée en charge des unités de chirurgie ambulatoire ;
- la restructuration des unités d'hospitalisation conventionnelle en perte d'activité et leur mutualisation entre plusieurs établissements, pour un tiers environ des économies estimées.

Le ministère chargé de la santé a finalement retenu un objectif d'économies de l'ordre de 800 M€, dont 400 M€ à atteindre entre 2015 et 2017 et 400 M€ entre 2019 et 2021. Cet objectif s'est traduit par une baisse des tarifs versés par l'assurance maladie aux hôpitaux, et donc de leurs recettes.

³⁵⁵ Durées moyennes de séjour, taux d'occupation des lits, taille des services de soins, taux d'encadrement des lits en personnel soignant, etc.

2 - Un montant d'économies inconnu

L'impulsion donnée par les pouvoirs publics, notamment par la fixation d'objectifs précis³⁵⁶, s'est traduite par une hausse de plus de 11 points du taux de chirurgie ambulatoire entre 2013 et 2019, dont 9,7 points pour le secteur public, 12,9 points pour le secteur privé non lucratif et 12,3 points pour le secteur privé lucratif. Ce développement a été encouragé et suivi mais il n'en a pas été de même de la maîtrise associée des dépenses.

Le rapport de la Cour sur la chirurgie ambulatoire en 2013³⁵⁷, de même que celui précité de l'Igas et de l'IGF en 2014, estimaient que le développement de l'activité ambulatoire devait être accompagné d'objectifs d'économies à suivre précisément, afin d'éviter une dégradation de la situation financière des établissements. Le redimensionnement de capacités chirurgicales devenues sous-utilisées constituait un axe important d'économies.

Or, dès 2018, la Cour jugeait incertain l'impact financier global du virage ambulatoire, notant en particulier que « *la réalisation d'actes chirurgicaux rest[ait] dispersée entre un nombre très élevé d'établissements* » et qu'il « *n'[était] pas établi que les réductions de capacité en chirurgie conventionnelle aient été accompagnées de réductions de dépenses, notamment de masse salariale* »³⁵⁸.

En 2024, ces constats restent inchangés. L'analyse des comptes des hôpitaux publics ne permet pas d'identifier clairement une incidence du virage ambulatoire sur les dépenses hospitalières. Il n'a pas été possible d'évaluer les économies réalisées ni de les comparer au potentiel d'économies attendues.

Peu de restructurations ont été ainsi réalisées pendant la période 2013-2022, comme en témoigne la persistance d'une forte proportion d'hôpitaux publics et privés de petite taille. En 2022, 56 % des établissements, tous secteurs confondus, disposaient ainsi d'une capacité inférieure à 100 lits, contre 57 % en 2013. Beaucoup de petits hôpitaux publics, malgré une faible activité de leurs services de médecine et de chirurgie, doivent recourir à un effectif important d'emplois temporaires pour combler leur manque de

³⁵⁶ Cible d'un taux de chirurgie ambulatoire de 66 % à l'horizon 2020 dans l'instruction DGOS/R3 n°2015-296 du 28 septembre 2015.

³⁵⁷ Cour des comptes, *La chirurgie ambulatoire*, Ralfss 2013 chapitre VIII.

³⁵⁸ Cour des comptes, *Le virage ambulatoire*, Ralfss 2018, chapitre V.

personnel médical³⁵⁹ et infirmier. Les regroupements attendus ne se sont pas réellement produits.

La Cour a d'ailleurs récemment rappelé que la période 2013-2017 correspondait à un cycle d'augmentation de déficits hospitaliers, qui ont atteint près de 900 M€ en 2017 et plus de 600 M€ en 2018 et en 2019³⁶⁰.

3 - Une évaluation tardive de la qualité des prises en charge ambulatoires

La qualité des prises en charge liée au développement de la chirurgie ambulatoire n'a commencé à être évaluée que récemment.

Dès 2012, la Haute Autorité de santé (HAS) a certes convenu d'un programme d'actions communes³⁶¹ avec l'Agence nationale d'appui à la performance (Anap), qui a notamment conduit à l'établissement de références pour la prise en charge des patients ainsi qu'à des recommandations de bonnes pratiques³⁶². Toutefois, l'expérimentation d'indicateurs de qualité n'a commencé qu'en 2018.

Depuis 2019, quatre indicateurs ont été définis mais seul est obligatoire celui relatif à la qualité des documents remis au patient à sa sortie après une hospitalisation ambulatoire³⁶³. Ces documents peuvent être améliorés dans la mesure où ils ne mentionnent pas systématiquement le médecin traitant ni les soins à réaliser en ville. Aucun des trois autres indicateurs³⁶⁴ n'est publié, ni même mis à disposition des agences régionales de santé (ARS), étant donné leur caractère facultatif et le recueil aléatoire par les hôpitaux des données nécessaires à leur réalisation.

³⁵⁹ Cour des comptes, *Intérim médical et permanence des soins dans les hôpitaux publics : des dérives préoccupantes et mal maîtrisées*, Ralfss 2024, chapitre 7.

³⁶⁰ Cour des Comptes, *La situation financière des hôpitaux publics après la crise sanitaire*, rapport public thématique, octobre 2023.

³⁶¹ D'après la note d'orientation établie en décembre 2011 sur la chirurgie ambulatoire, les six axes étaient : élaborer un socle de connaissances, mettre au point les critères d'éligibilité des patients, mettre en avant la dimension organisationnelle, explorer la dimension économique, construire des indicateurs afin d'assurer le suivi et l'évaluation, faire évoluer la certification.

³⁶² HAS et Anap, socle de connaissances portant sur *Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire*, avril 2012.

³⁶³ Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016.

³⁶⁴ Ces indicateurs sont : évaluation à l'admission de l'éligibilité à l'intervention, anticipation de la prise en charge de la douleur, évaluation du patient pour la sortie de la structure, contact avec le patient entre J+1 et J+3.

Après une étude de la HAS³⁶⁵, un indicateur de résultat a également été retenu : le taux de ré-hospitalisation à trois jours après une chirurgie ambulatoire³⁶⁶. Les résultats par hôpital n'ont été publiés qu'en février 2024, plus de dix ans après la décision de développer la chirurgie ambulatoire.

II - Face à des contraintes croissantes, une nécessaire adaptation des capacités d'accueil par territoire

La crise sanitaire a accentué les difficultés des hôpitaux en matière de ressources humaines et a conduit à un niveau élevé de fermetures de lits, dont il est complexe d'identifier précisément les motifs au niveau national, en l'état des données disponibles. Cette pression sur l'offre hospitalière nécessite de repenser les capacités de prise en charge en fonction des patients, du vieillissement de la population et de l'offre territoriale de soins.

A - Des contraintes plus fortes sur les ressources humaines, avec des conséquences sur le nombre de lits ouverts

En 2022, les fermetures de lits pour manque de personnel ont atteint un niveau inédit, reflet d'un manque d'attractivité de l'hôpital de plus en plus marqué. La charge de travail des personnels infirmiers et aides-soignants, mal appréhendée, contribue à cette désaffection.

1 - Des fermetures de lits liées au manque de personnel

Les fermetures de lits pour manque de personnel sont récentes. L'AP-HM et l'AP-HP ne les ont recensées dans leur outil interne de suivi que depuis, respectivement, 2018 et 2020. Auparavant, les motifs de

³⁶⁵ HAS, *rapport d'étape sur le développement de la mesure des ré-hospitalisations entre un et trois jours après chirurgie ambulatoire*, validé par le collège le 30 juin 2022.

³⁶⁶ Il concerne six types d'interventions : cholécystectomies, interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour lithiases urinaires, interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour des affections non lithiasiques, interventions sur les amygdales, hémorroïdectomies et prostatectomies transurétrales.

fermetures conjoncturelles des lits étaient limités à d'autres catégories³⁶⁷. Elles ont pris des proportions importantes à partir de 2021 en raison « *de congés-maladie ordinaires liés aux épidémies (covid, grippe, bronchiolite) ainsi que de la lassitude des soignants après la forte sollicitation de la crise sanitaire et les réorganisations internes* »³⁶⁸.

En 2022, 21 % des lits de l'AP-HP étaient fermés, dont près de 70 % pour manque de personnel. Cette proportion atteignait 11 % des lits de l'AP-HM, dont la moitié faute de personnel, et 15 % des lits des HCL.

La situation des trois plus grands centres hospitaliers ne peut pas être généralisée. Néanmoins, une étude du ministère chargé de la santé³⁶⁹ mettait en exergue en 2021 une fermeture des lits de chirurgie plus importante qu'en 2019 (de l'ordre de 4 %), avec des différences d'une région à une autre. Cela était notamment dû à des difficultés de recrutement des infirmiers de bloc opératoire, des infirmiers anesthésistes, des personnels de nuit, mais aussi du personnel soignant dans les petits hôpitaux³⁷⁰. L'étude du ministère a dénombré 800 postes d'infirmiers vacants en plus sur le seul mois d'octobre 2021 par rapport au mois de septembre, soit un tiers des départs non remplacés.

2 - Un recensement national impossible des lits fermés faute de personnel soignant, en l'absence de suivi statistique

Seule la statistique annuelle des établissements³⁷¹ recense de manière exhaustive le nombre de lits hospitaliers. Toutefois, elle ne permet pas de mesurer les fermetures ponctuelles liées à un manque de personnel.

³⁶⁷ Isolement prescrit pour un patient, travaux ou maintenance, désinfection ou catégorie autre.

³⁶⁸ Cour des comptes, *La situation financière des hôpitaux publics après la crise sanitaire*, rapport public thématique, octobre 2023.

³⁶⁹ Cette enquête a été menée en octobre et novembre 2021. Elle a été adressée à 2 300 établissements de tous secteurs, sur tous les champs d'activité (médecine-chirurgie-obstétrique, soins de suite et de réadaptation, psychiatrie, hospitalisation à domicile, soins de longue durée). Le taux de réponse a été de 47 %. Elle portait sur la situation des ressources humaines et la disponibilité des lits hospitaliers sur le mois d'octobre 2021 comparé à 2019.

³⁷⁰ Cour des comptes, *La situation financière des hôpitaux publics après la crise sanitaire*, rapport public thématique, octobre 2023.

³⁷¹ Sauf précision contraire, et en dépit des limites mentionnées dans cette sous-partie, ce sont les données de la SAE auxquelles il est fait référence dans ce chapitre.

La notion de « lit hospitalier »

Dans les années 1980 et 1990, le ministère de la santé réalisait une planification précise de l'offre de soins, dénommée « carte sanitaire », qui décrivait le niveau d'équipement des hôpitaux et notamment leur nombre de lits.

Le plan hôpital 2007 a assoupli cette planification en donnant plus d'autonomie aux acteurs locaux, afin que le pilotage de l'offre de soins repose moins sur les moyens que sur l'atteinte d'objectifs d'activité et de soutenabilité financière³⁷².

Cette évolution a conduit à délaisser les outils opérationnels et statistiques recensant les capacités d'accueil en nombre de lits. La crise sanitaire a montré l'impossibilité pour les pouvoirs publics de disposer instantanément d'une vision consolidée du nombre de lits hospitaliers effectivement disponibles. Dans les régions en tension, un suivi quotidien de ces disponibilités a dû être mis en place en urgence par conférences téléphoniques avec les hôpitaux, afin de garantir une remontée fiable et exhaustive de l'information.

En effet, la statistique annuelle des établissements recense les lits en état d'accueillir des malades au 31 décembre. Elle inclut les lits fermés temporairement pour travaux ou désinfection mais exclut les lits fermés pour cause d'absence de personnel (congés, postes vacants). La capacité d'accueil en lits, ainsi définie, prête à confusion et les différents interlocuteurs rencontrés par la Cour ont admis avoir du mal à s'y conformer, puisqu'elle ne correspond strictement ni à la définition de lit installé, ni à celle de lit ouvert.

Les différents « états » du lit hospitalier

Lit installé : lit dont les conditions techniques pour accueillir un patient sont remplies (lit fonctionnel, raccordement possible aux fluides médicaux, enregistrement dans le logiciel de gestion, etc.).

Lit ouvert : lit installé en capacité d'accueillir un patient du fait de la présence de personnels médicaux et soignants, formés et en nombre suffisant.

Lit fermé : lit installé qui ne peut être ouvert faute de personnels en nombre suffisant (congés, arrêt-maladie, poste vacant), du fait de travaux, de maintenance, d'isolement prescrit pour un patient ou de désinfection.

³⁷² Selon l'article L. 6122-5 du code de la santé publique, les agences régionales de santé vérifient désormais la cohérence entre l'activité prévisionnelle et l'organisation médico-soignante, décrites dans les demandes et les renouvellements d'autorisation de soins.

En outre, les évolutions de l'activité depuis la crise sanitaire sont difficiles à analyser : le système d'information hospitalière ne permet pas d'identifier ce qui relève d'un rattrapage des opérations non-réalisées pendant la crise sanitaire et ce qui relève de changements des pratiques médicales et chirurgicales.

Dès lors, il n'a pas été possible à la Cour d'estimer pour la période 2019-2022 le lien entre la variation du nombre de nuits d'hospitalisation et celle du nombre de lits, comme cela a pu être fait précédemment pour la période 2013-2019.

3 - Une charge de travail à mieux évaluer

Selon l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, le taux d'absentéisme des personnels non médicaux soignants est passé de 8 % en 2019 à 11 % en 2021. Ce taux était en 2022 de 14,2 % à l'AP-HM, de 11,2 % aux HCL et de 8,9 % à l'AP-HP.

En outre, les difficultés de recrutement sont importantes. 9,8 % des postes d'infirmiers étaient vacants à l'AP-HP, avec une baisse de l'effectif infirmier de 8 % depuis 2019 ; 5 % des postes d'infirmiers étaient vacants aux HCL, en particulier pour les infirmiers anesthésistes et de bloc opératoire. Près d'une infirmière hospitalière sur deux a quitté l'hôpital ou a changé de métier après dix ans de carrière³⁷³.

Les causes de la désaffection des personnels infirmiers sont plurielles (rémunération, conditions de travail, pénibilité). Entre autres facteurs, le virage ambulatoire a eu pour effet d'intensifier la charge en soins³⁷⁴ : les patients pouvant être pris en charge en ambulatoire ne sont plus hospitalisés et ceux admis en hospitalisation complète le sont au moment de la phase aiguë de leur pathologie.

La crise sanitaire a renforcé cette évolution. Les patients atteints de covid ont nécessité des soins importants, qui ont conduit à des déprogrammations ou à des retards de prise en charge pour d'autres pathologies³⁷⁵.

³⁷³ Drees, *Études et Résultats* n°1277, juillet 2023.

³⁷⁴ La charge en soins peut se définir comme l'ensemble des actions paramédicales requises par un patient en 24 heures. Elle inclut l'ensemble des soins prodigués techniques (diagnostiques et thérapeutiques), de base (alimentation et hygiène), relationnels ou éducatifs.

³⁷⁵ Sénat, *Santé publique : pour un nouveau départ – leçon de l'épidémie de covid 19*, rapport de commission d'enquête, 2020.

Il n'existe toutefois pas d'outil consensuel permettant d'objectiver la charge en soins. La seule méthode élaborée en France est la mesure des « soins infirmiers individualisés à la personne soignée », prévue par la circulaire n° 205 du 1^{er} septembre 1987. Cette méthode n'a cependant jamais été reconnue ni portée par la direction générale de l'offre de soins (DGOS). En 2009, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation a installé un groupe de travail visant à l'utiliser dans l'étude nationale des coûts de médecine, chirurgie et obstétrique. Les travaux, relancés en 2017, n'ont pas abouti.

La charge totale de travail des infirmiers et des aides-soignants inclut, en plus de la charge en soins, des « actions afférentes aux soins »³⁷⁶, définies en 1995. Elles représenteraient plus de 50 % du temps de travail des infirmiers et des aides-soignants, 57 % dans une évaluation réalisée au centre hospitalier universitaire (CHU) de Bordeaux en 2021.

Entre 2013 et 2019, l'activité hospitalière a progressé de 9 % et les effectifs infirmiers de 2,4 %. La productivité des infirmiers a augmenté mais leur charge de travail a pu aussi s'accroître du fait de reports de tâches, permanents ou ponctuels, entre les différentes catégories de professionnels, sans qu'aucune mesure en soit faite.

Après l'épidémie de covid, les hôpitaux rencontrés ont cherché à mieux apprécier la charge de travail des services et à ajuster les effectifs au chevet des patients³⁷⁷ si cela s'avérait nécessaire. Chaque établissement a élaboré sa propre méthodologie d'évaluation.

Il serait souhaitable de pouvoir apprécier la charge totale de travail des infirmiers et des aides-soignants selon une méthode reconnue nationalement. Cela permettrait un meilleur ajustement des effectifs et des conditions de travail adaptées à des prises en charge sécurisées. Une validation de la grille d'évaluation des soins infirmiers et des actions afférentes aux soins, ainsi que leur informatisation en lien avec le dossier patient, faciliteraient la mise en œuvre d'une telle mesure, qui s'ajouterait utilement aux indicateurs d'activité médico-économiques (taux d'occupation et durée moyenne de séjour) pour piloter l'organisation hospitalière.

³⁷⁶ Transmissions entre soignants, tâches administratives (entrée et sortie du patient, procédures, etc.) et logistiques (approvisionnement, transport d'échantillons, préparation des médicaments, etc.). Elles sont définies dans *Méthode pour mesurer les autres activités afférentes aux soins*, ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville, février 1995.

³⁷⁷ Cour des comptes, *La situation financière des hôpitaux publics après la crise sanitaire*, rapport public thématique, octobre 2023.

B - Une capacité hospitalière à adapter aux effets du vieillissement et aux territoires

La demande de soins va fortement s'accroître d'ici à 2040 sous l'effet du vieillissement de la population, dans un contexte où les capacités d'accueil sont contraintes, faute de personnel. Afin de répondre aux besoins, des parcours de soins coordonnés, incluant le secteur médico-social et les soins de ville, doivent être constitués à l'échelle des territoires.

1 - Une accélération des effets du vieillissement à anticiper

La Cour a estimé à trois millions pour la période 2013-2019 et à treize millions pour la période 2020-2040 le nombre de nuits d'hospitalisation supplémentaires induites par le vieillissement de la population³⁷⁸. Cette projection correspond à 45 000 lits supplémentaires en médecine et en chirurgie, à mode de prise en charge inchangé³⁷⁹.

Tableau n° 30 : part des différentes classes d'âge dans la population générale entre 2010 et 2040

	2010	2020	2040
85 ans et plus	2,0 %	2,9 %	4,8 %
70 - 84 ans	9,8 %	10,6 %	14,5 %
0 - 70 ans	88,2 %	86,5 %	80,7 %

Source : Cour des comptes à partir des projections de populations Insee, modèle Omphale, 2010-2070

Les effets du vieillissement de la population entre 2013 et 2019 ont été absorbés par les hôpitaux grâce aux réductions des durées de séjour mais il ne pourra pas en être de même à l'avenir : une progression du taux de chirurgie ambulatoire de 62,3 % en 2021 à 80 % ne permettrait de compenser qu'un tiers des besoins nouveaux en lits liés au vieillissement de la population.

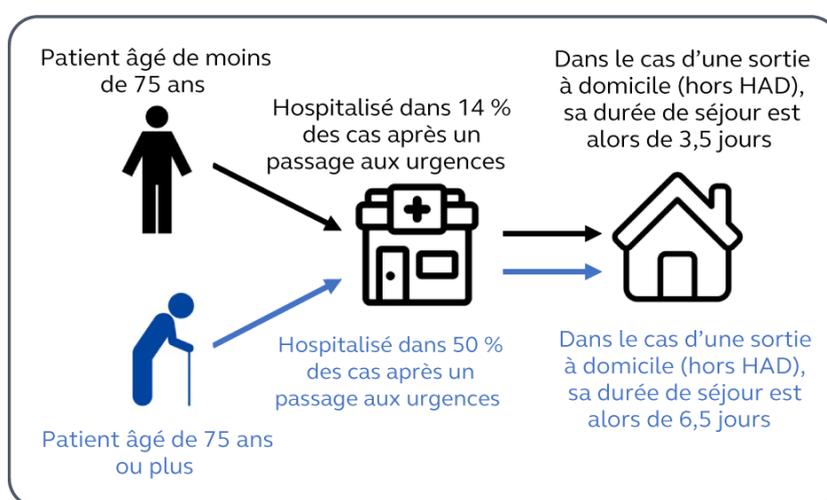
En conséquence et afin de répondre au mieux aux besoins des patients âgés de 75 ans et plus, les parcours de soins coordonnés doivent être repensés pour réduire le nombre de passages dans les services

³⁷⁸ Estimation de la Cour réalisée sur le champ médecine et chirurgie à partir des évolutions démographiques par classes d'âge entre 2013 et 2019 publiées par l'Insee.

³⁷⁹ Le nombre de nuits en 2019 était, selon le PMSI 2022, de 48,4 millions (dont 14,1 millions en chirurgie et 34,3 millions en médecine).

d'urgence et d'hospitalisation³⁸⁰. Les parcours de ces patients présentent en effet des atypies : après un passage aux urgences, près de 50 % ont été hospitalisés, contre 14 % pour les patients de moins de 75 ans ; dans les cas suivis d'un retour à domicile ou d'une sortie dans un établissement psychiatrique, leur durée moyenne de séjour est supérieure.

Schéma n° 3 : comparaison de la prise en charge d'un patient de moins de 75 ans et d'un patient de plus de 75 ans en 2022



Source : Cour des comptes à partir des données PMSI 2022

Une récente étude de l'institut de recherche et de documentation de l'économie en santé (Irdes) a mis en évidence qu'un Français de 75 ans et plus sur quatre vivait dans un territoire mal desservi par les prestataires de soins (Ehpad, résidences autonomie, infirmières libérales, services d'aide à domicile). Les dépenses d'hospitalisation de ces populations étaient alors plus élevées que dans les territoires mieux dotés, ce qui confirme que « *la politique médico-sociale des départements et le niveau d'accessibilité locale de l'offre médico-sociale [sont] des éléments déterminant la capacité des territoires à réduire les hospitalisations* »³⁸¹.

La réduction des écarts de parcours entre patients âgés et plus jeunes passe par un renforcement de l'offre médico-sociale et de soins primaires

³⁸⁰ Cour des comptes, *La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées* rapport public thématique, novembre 2021.

³⁸¹ Irdes, Question d'économie de la santé n°279 portant sur *les dépenses de santé des personnes âgées de 75 ans et plus atteints d'une maladie d'Alzheimer ou d'un syndrome apparenté*, mai 2023, A Penneau et Z Or.

dans ces territoires sous-dotés, pour améliorer, en amont et en aval de l'hôpital la prise en charge des personnes âgées et réduire la pression sur le système hospitalier.

Un état des lieux et un plan d'action chiffré mériteraient donc d'être inscrits dans chaque projet régional de santé afin d'anticiper les effets du vieillissement sur la demande de soins et d'adapter l'organisation de l'offre de soins à cet enjeu de santé publique.

2 - Une nécessaire fluidification des parcours de soins non programmés

Les urgences doivent être en mesure de réorienter les patients hospitalisés vers une structure adaptée après les avoir pris en charge. Dans un des sites des HCL, la durée d'attente pour être hospitalisé après un passage aux urgences a augmenté de quatre heures entre janvier 2020 et mai 2022, pour atteindre près de treize heures, ce qui illustre la difficulté croissante à trouver des lits pour hospitaliser les patients.

Les hospitalisations à la suite d'un passage aux urgences ont représenté 24 % de l'activité d'hospitalisation complète des hôpitaux publics en 2022³⁸². Ce taux est plus élevé pour les centres hospitaliers généraux (45 %) que pour les CHU : 30 % à l'AP-HM, 22 % à l'AP-HP, 19 % aux HCL.

Dès 2009, l'organisation d'un hôpital en pôles et la définition de contrats précisant leurs moyens et leurs objectifs³⁸³ auraient dû permettre un fonctionnement mutualisé des lits et des équipes soignantes pour les différents services d'un même pôle. Cette organisation reste variable d'un hôpital à l'autre, voire au sein même d'un hôpital, et la spécialisation des services, plus forte dans les CHU, est une difficulté pour la gestion commune des lits.

À l'automne 2019, face à l'augmentation croissante du recours aux urgences et à leur saturation, le pacte de refondation des urgences a mis l'accent sur le nécessaire renforcement de la gestion des lits à l'hôpital pour les hospitalisations non programmées, avec la définition par le ministère d'un « besoin journalier minimum en lits » calculé par les ARS³⁸⁴. Cette notion suppose que si, par nature, les hospitalisations après passage aux urgences ne sont pas programmables dans le temps, elles n'en restent pas

³⁸² Résumés des passages aux urgences 2022, hors gynécologie-obstétrique.

³⁸³ Articles L. 6146-1 et R. 6146-8 du code de la santé publique.

³⁸⁴ Circulaire n° DGOS/R2/2019/235 du 07 novembre 2019.

moins prévisibles. En Île-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte-d'Azur, le besoin journalier minimum en lits a été transmis aux hôpitaux concernés.

Cependant, cet indicateur trop global a été peu utilisé³⁸⁵. Il doit être accompagné d'une gestion des lits structurée au niveau de chaque hôpital ou groupement hospitalier de territoire, qui regroupe plusieurs centres hospitaliers, et soutenue au niveau des ARS.

3 - Une gestion des lits à organiser au niveau territorial

Depuis 2013, afin d'assurer une meilleure gestion du flux de patients au sein de l'hôpital, d'optimiser l'occupation des lits et d'améliorer la communication entre les différents acteurs, le ministère, avec l'appui de l'Agence nationale d'appui à la performance, a promu la mise en place de cellules de gestion des lits dans les hôpitaux.

Le rôle de ces cellules est d'anticiper les besoins provenant des urgences, d'avoir une visibilité sur les disponibilités en lits de l'établissement, et de veiller à ce que les durées de séjour soient optimales par rapport aux besoins des patients. Il s'agit de coordonner les parcours, qu'ils soient ou non programmés, depuis l'admission d'un patient à l'hôpital jusqu'à sa sortie. Cette démarche a été fortement encouragée dans le pacte de refondation des urgences en 2019, et rendue obligatoire dans le cadre de la réforme des autorisations de médecine d'urgence³⁸⁶, afin notamment de mettre fin aux durées de séjour anormalement longues.

Les durées de séjour anormalement longues

Les séjours anormalement longs se poursuivent pour différentes raisons administratives, juridiques ou médico-sociales, alors que les patients concernés, qualifiés alors de « bloqueurs de lits », sont considérés comme pouvant sortir médicalement. Ces patients sont souvent âgés et en perte d'autonomie. Les patients non gériatriques sont lourdement dépendants après un accident cardio-vasculaire, une hospitalisation en neuro-oncologie ou un passage en réanimation.

³⁸⁵ L'AP-HP travaille pour le préciser par site et par discipline pour un pilotage plus fin. L'AP-HM l'a décliné au niveau de ses services d'hospitalisation pour pouvoir l'utiliser en amont de la période estivale à venir, afin de lisser la programmation et les congés.

³⁸⁶ Décrets n° 2023-1374 et n° 2023-1376 du 29 décembre 2023.

En proportion, le volume de ces séjours est faible par rapport à celui des hôpitaux rencontrés. Ils représentaient toutefois plus de 7 % des lits aux HCL et près de 5 % des lits à l'AP-HM en 2021.

Entre 2020 et 2023, de nombreux financements spécifiques et non reconductibles ont été consacrés à la mise en place d'une gestion des lits au sein des hôpitaux publics et privés, pour un total cumulé de 137 M€.

L'accumulation de ces mesures depuis 2019 est peu lisible pour les ARS comme pour les hôpitaux et le nombre de cellules de gestion des lits en activité est encore trop faible. Au 30 août 2022, seulement 58 % des établissements avec service d'accueil d'urgence en disposaient. En outre, leur qualité n'est toujours pas suivie, un indicateur étant en cours d'élaboration³⁸⁷.

Étant donné les difficultés actuelles pour maintenir les lits hospitaliers ouverts, faute de personnel, les ARS devraient encourager les établissements à disposer de cellules de gestion des lits performantes par des financements liés aux résultats, voire par la contrainte dans certains cas.

Une mise en œuvre opérationnelle de ces cellules nécessiterait au préalable un recensement fiable du nombre de lits dans les autres établissements d'un même territoire. Ce recensement pourrait être assuré par la tenue exhaustive et à jour du répertoire national de l'offre et des ressources, seul outil qui a vocation à donner une vision consolidée des lits installés et de leur disponibilité.

En effet, en application du décret n°2006-577 du 22 mai 2006, les hôpitaux qui participent à un réseau de prise en charge des urgences doivent transmettre régulièrement leurs données mobilisables et disponibles à tous les membres du réseau. Ces données, comprenant notamment leur nombre de lits par discipline et par spécialité médicale³⁸⁸, constituent des répertoires opérationnels de ressources.

Ces répertoires régionaux ont été informatisés en 2010 et la DGOS³⁸⁹ avait prévu qu'ils soient rendus inter-opérables. En 2019, ils ne l'étaient toujours pas. La décision a donc été prise de déployer un répertoire

³⁸⁷ L'indice de maturité des cellules de gestion de lits a été mis au point par l'observatoire régional des urgences d'Occitanie et par l'Anap en vue d'une animation du dispositif territorial de gestion des lits. Il est en voie de généralisation par la DGOS depuis l'été 2023

³⁸⁸ Pour rappel, les disciplines sont la médecine, la chirurgie, l'obstétrique, les soins médicaux et de réadaptation, les soins de longue durée et l'hospitalisation à domicile ; les spécialités médicales incluent la gériatrie, la neurologie, la pneumologie, l'urologie, la neurochirurgie, l'orthopédie, etc.

³⁸⁹ Instruction DGOS/PF5/2015/114 du 7 avril 2015

national et de supprimer progressivement les répertoires régionaux d'ici à la fin de l'année 2026.

Le répertoire national ne devait concerner initialement que l'offre hospitalière. Il a été élargi en 2017 à l'offre médico-sociale puis, en 2021, aux professionnels de santé de ville. L'objectif est d'améliorer l'orientation des patients vers l'offre la plus adaptée à leurs besoins, tout en réduisant les délais de recherche.

Toutefois, à ce jour, seules les données du répertoire national relatives aux services de réanimation et de soins critiques, adultes et pédiatriques, sont considérées comme exhaustives et fiables. Dans le champ de la médecine et de la chirurgie, 88 % des hôpitaux renseignent le répertoire national. Ce taux atteint 86 % pour les établissements médico-sociaux concernant les patients âgés et en situation de handicap mais il est quasiment nul pour l'offre de ville. En outre, les données hospitalières ne sont pas toujours vérifiées par les ARS³⁹⁰, ce qui ne garantit ni leur qualité ni leur exhaustivité.

Afin que le répertoire national puisse constituer un outil d'aide à la gestion des lits, il apparaît nécessaire de généraliser l'automatisation des remontées d'information qui doivent y figurer et de définir un calendrier de fiabilisation par discipline, voire par spécialité médicale.

³⁹⁰ Les régions Île-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte-d'Azur ont indiqué que les travaux de fiabilisation des informations n'avaient porté jusque-là que sur les capacités de réanimation et de soins critiques. D'autres régions, comme l'Occitanie et la Nouvelle-Aquitaine, ont mis en place une gestion territorialisée des lits et sont plus avancées sur ces vérifications, même si aucune obligation en termes de fréquence ou d'automatisation n'existe actuellement.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le virage ambulatoire en cours a eu pour objectif d'améliorer la qualité des soins tout en réduisant leur coût. Il a été accompagné d'une réduction du nombre de lits sur la période 2013-2019.

Le manque de suivi et d'accompagnement de cette orientation stratégique n'a toutefois pas permis de mesurer ses effets sur la qualité des soins ni de confirmer dans quelle mesure elle a contribué à l'atteinte des objectifs de maîtrise de la dépense. Au contraire, la détérioration des résultats financiers des hôpitaux publics et le caractère limité des restructurations menées pendant la période laissent penser que les économies d'échelle attendues n'ont, pour l'essentiel, pas été réalisées.

Depuis la crise sanitaire, les capacités d'accueil réelles en lits hospitaliers se sont encore plus contractées, faute de personnel.

Dans le futur, une adaptation des conditions de prise en charge hospitalière devra être envisagée pour mieux répondre aux besoins de la population et notamment à son vieillissement. Un certain desserrement de la contrainte sur le nombre de lits disponibles, qui restera forte, supposera la poursuite du virage ambulatoire et une amélioration de la coordination au plan territorial de l'ensemble des secteurs hospitalier, médico-social et de ville.

En conséquence, la Cour formule les trois recommandations de gestion et la recommandation de politique publique suivantes :

- 27. enrichir le recueil des données de l'enquête « statistique annuelle des établissements de santé » en distinguant les lits installés des lits ouverts, et automatiser la transmission des données des hôpitaux vers le répertoire opérationnel national des ressources, par filière de soins ; (ministère du travail, de la santé et des solidarités) ;*
- 28. valider une méthode d'évaluation de la charge de travail des infirmiers et des aides-soignants et mettre à la disposition des établissements un outil informatique permettant la mesure de cette charge (ministère du travail, de la santé et des solidarités, Agence nationale d'appui à la performance) ;*
- 29. définir, dans chaque projet régional de santé, un plan d'action chiffré visant à limiter le plus possible les hospitalisations évitables des personnes âgées de 75 ans et plus (ministère du travail, de la santé et des solidarités) ;*

30. *confier aux ARS la responsabilité du pilotage de la gestion des lits effectivement ouverts au niveau territorial ; pour cela, intégrer les conditions de ce pilotage dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés entre les ARS et les hôpitaux, avec des financements liés à la présence de cellules de gestion des lits dans les établissements hospitaliers et à leur efficacité à fluidifier les parcours de soin (ministère du travail, de la santé et des solidarités).*
-