

N° 841

SÉNAT

SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2020-2021

Enregistré à la Présidence du Sénat le 22 septembre 2021

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

*au nom de la commission des affaires sociales (1) sur l'enquête
de la Cour des comptes sur les soins critiques,*

Par Mme Catherine DEROCHE,

Sénatrice

(1) Cette commission est composée de : Mme Catherine Deroche, *présidente* ; Mme Élisabeth Doineau, *rapporteuse générale* ; M. Philippe Mouiller, Mme Chantal Deseyne, MM. Alain Milon, Bernard Jomier, Mme Monique Lubin, MM. Olivier Henno, Martin Lévrier, Mmes Laurence Cohen, Véronique Guillotin, M. Daniel Chasseing, Mme Raymonde Poncet Monge, *vice-présidents* ; Mmes Florence Lassarade, Frédérique Puissat, M. Jean Sol, Mmes Corinne Féret, Jocelyne Guidez, *secrétaires* ; Mme Cathy Apourceau-Poly, M. Stéphane Artano, Mme Christine Bonfanti-Dossat, MM. Bernard Bonne, Laurent Burgoa, Jean-Noël Cardoux, Mmes Catherine Conconne, Annie Delmont-Koropoulis, Brigitte Devésa, MM. Alain Duffourg, Jean-Luc Fichet, Mmes Laurence Garnier, Frédérique Gerbaud, Pascale Gruny, M. Xavier Iacovelli, Mmes Corinne Imbert, Annick Jacquemet, Victoire Jasmin, Annie Le Houerou, M. Olivier Léonhardt, Mmes Viviane Malet, Colette Mélot, Michelle Meunier, Brigitte Micoulean, Annick Petrus, Émilienne Poumirol, Catherine Procaccia, Marie-Pierre Richer, Laurence Rossignol, M. René-Paul Savary, Mme Nadia Sollogoub, MM. Dominique Théophile, Jean-Marie Vanlerenberghe.

SOMMAIRE

	Pages
AVANT-PROPOS	5
EXAMEN EN COMMISSION.....	15
RAPPORT DE LA COUR DES COMPTES.....	25

Mesdames, Messieurs,

En application de l'article L.O. 132-3-1 du code des juridictions financières, qui dispose que « *la Cour des comptes peut être saisie par les commissions parlementaires saisies au fond des projets de loi de financement de la sécurité sociale de toute question relative à l'application des lois de financement de la sécurité sociale* », la présidente de la commission des affaires sociales du Sénat a demandé au premier président de la Cour des comptes, par courrier du 12 janvier 2021, de procéder à une **enquête sur les soins critiques**.

L'épidémie de covid-19 a mis en lumière, en effet, l'importance des unités de soins critiques dans l'arsenal de réponse à une crise sanitaire tout en révélant les faiblesses de leur organisation.

Les soins critiques : définition et chiffres clés

L'appellation de soins critiques recouvre trois catégories de structures :

- les unités de **réanimation**, accueillant des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant en jeu leur pronostic vital, dans le cadre de l'évolution d'une pathologie médicale ou immédiatement après une prise en charge chirurgicale lourde → **5 433 lits**

- les unités de **soins intensifs**, destinées à des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance d'un seul organe potentiellement grave, mettant en jeu leur pronostic vital → **5 955 lits**

- les unités de **surveillance continue**, destinées à la prise en charge des malades qui nécessitent, en raison de leur état ou du traitement qui leur est appliqué, une observation clinique et biologique répétée et méthodique → **8 192 lits**

Soit un total de 19 580 lits adultes et enfants au 31 décembre 2019.

Les soins critiques représentent 4,3% des séjours hospitaliers mais **20% des journées réalisées en hospitalisation complète** du fait de durées de séjour longues (16,8 jours en moyenne pour une hospitalisation avec passage en réanimation contre 5,5 jours pour une hospitalisation conventionnelle).

Ils rassemblent près de **54 000 équivalents temps plein (ETP)** de personnels médicaux et paramédicaux, dont 11% de médecins. Les médecins y exerçant sont à 66,5% des anesthésistes-réanimateurs (MAR), à 23,2% des intensivistes-réanimateurs (MIR), à 5,5% des urgentistes, 4,8% ayant une autre spécialité.

Les soins critiques représentent une **dépense de 7,2 milliards d'euros** en 2018, dont 46% consacrés à la réanimation et 54% aux activités de surveillance continue et de soins intensifs.

Fortement mises sous tension, les capacités d'accueil au sein de ces unités ont connu une montée en puissance sans précédent lors du pic épidémique (avec un nombre de lits installés porté de 5 080 à 10 133 le 15 mai 2020), au prix cependant d'une déprogrammation massive des activités hospitalières programmées.

Le décompte des lits occupés, les inquiétudes autour des critères d'admission des patients ou de la disponibilité des équipements, produits de santé et personnels soignants indispensables au bon fonctionnement de ces services, ont constitué la chronique de la crise sanitaire à compter du printemps 2020. Les réponses apportées dans l'urgence ont révélé la résilience des acteurs hospitaliers. Elles ont également mis en relief plusieurs difficultés qui amènent à s'interroger, au-delà de la pandémie, sur le dimensionnement pertinent de ces unités et leur modularité, sur les disparités territoriales dans leur répartition, sur les conditions d'une coopération durable entre les secteurs public et privé ou encore sur la capacité à mobiliser des outils de pilotage plus efficaces, notamment en termes de systèmes d'information.

Dans le prolongement des travaux conduits notamment par la commission d'enquête du Sénat sur la gestion de la crise sanitaire¹ sur ces enjeux, **la commission des affaires sociales a jugé utile, dans ce contexte et afin de tirer tous les enseignements de cette pandémie, d'approfondir l'étude de ce secteur jusqu'alors mal connu de notre système hospitalier.**

Revenant sur les trois premières « vagues » épidémiques, l'enquête conduite par la Cour des comptes montre bien que si cet épisode, exceptionnel par son ampleur et sa durée, ne peut servir de « standard » pour l'organisation pérenne des soins critiques, il a agi comme un **révélateur de difficultés structurelles** qui n'avaient pas été analysées par les pouvoirs publics ou dans le débat public depuis une vingtaine d'années :

- un décrochage du volume de l'offre par rapport aux besoins de la population, en partie liés au vieillissement,
- une insuffisante modularité de l'offre,
- une mise en réseau et une informatisation très insuffisantes,
- de fortes tensions sur les ressources humaines,
- un mode de financement inadapté.

Plusieurs des constats formulés rejoignent des analyses établies par la commission d'enquête du Sénat.

¹ « Santé publique : pour un nouveau départ - Leçons de l'épidémie de covid-19 », rapport n° 199 (2020-2021) de Catherine Deroche, Bernard Jomier et Sylvie Vermeillet, au nom de la commission d'enquête sur l'évaluation des politiques publiques face aux pandémies, Sénat, 8 décembre 2020.

Ils font en outre écho aux retours d'expérience et préconisations des conseils nationaux professionnels¹ de la réanimation dont la commission des affaires sociales a auditionné des représentants au cours des derniers mois.

Les propositions des conseils nationaux professionnels (CNP) pour l'avenir des soins critiques

- *Les propositions du CNP MIR (médecine intensive réanimation)*

Dans un plan global de remise à niveau des soins critiques à la lumière de l'expérience de la première vague de la crise sanitaire présenté en juillet 2020, les professionnels de la médecine intensive réanimation insistent sur trois volets :

1. *Mise à niveau de l'offre de lits de réanimation :*

- simplification de l'offre de soins critiques en intégrant au parc de lits de réanimation les lits d'unités de surveillance continue adossés aux réanimations (formant ainsi des soins intensifs polyvalents), ce qui porte le nombre de lits de réanimation à 7 500 ;

- augmentation de l'offre de lits dans les régions les plus déficitaires.

2. *Mise à niveau des ressources humaines médicales :*

- reconnaissance de la médecine intensive réanimation comme spécialité en tension et augmentation du flux de médecins compétents en soins critiques formés annuellement (objectif annuel de 150 étudiants entrant dans la filière MIR afin d'atteindre un effectif de 10 médecins compétents pour 15 lits de soins critiques).

3. *Mise à niveau des ressources humaines paramédicales :*

- reconnaissance du métier d'infirmier de réanimation fondée sur les compétences et l'expérience ;

- reconnaissance de la pénibilité au travail des infirmiers de réanimation ;

- rationalisation des effectifs infirmiers fondée sur la qualité et la sécurité des soins.

- *Les propositions du CNP ARMPO (anesthésie-réanimation et médecine péri-opératoire)*

Le livre blanc sur « l'avenir des soins critiques 2021-2030 » présenté le 30 juin 2021 présente 14 propositions pour faire progresser l'organisation et l'accès aux soins critiques en France :

1. Augmenter le nombre d'infirmiers et d'aides-soignants dans les unités de soins critiques. Créer une compétence spécifique et reconnue d'infirmier de soins critiques.

2. Augmenter le nombre de psychologues et de kinésithérapeutes exerçant dans les unités de soins critiques.

¹ Les conseils nationaux professionnels de médecine intensive réanimation (CNP MIR) et d'anesthésie-réanimation et médecine péri-opératoire (CNP ARMPO) sont les organes institutionnels de représentation de ces spécialités, dont ils associent les différentes composantes scientifiques, syndicales et universitaires.

3. Obtenir un recensement précis et en temps réel du nombre de lits disponibles dans les unités de soins critiques sur l'ensemble du territoire national.
4. Renforcer les filières de soins critiques avec une évaluation précise, territoire par territoire, de la demande et des besoins en ressources humaines.
5. Créer un portail d'information à destination des usagers.
6. Disposer dans chaque établissement de santé d'un plan d'extension des soins critiques.
7. Organiser un pilotage médicalisé et territorialisé des soins critiques, investi par des professionnels de terrain, et faciliter les coopérations entre les opérateurs publics et privés de soins critiques.
8. Mettre le guide de mise en place de réanimations éphémères à disposition de l'ensemble des établissements disposant d'unités de soins critiques.
9. Créer une réserve soignante en soins critiques.
10. Proposer des outils numériques adaptés et interopérables pour l'organisation et la formation de la réserve soignante.
11. Créer un portail unique d'accès à la formation pour tous les professionnels de santé à même d'intervenir en soins critiques, quel que soit leur parcours.
12. Créer un plan décennal d'investissement dans la recherche.
13. Accompagner les services conventionnels dans l'utilisation de scores d'alerte précoce, pour diminuer le recours aux unités de soins critiques.
14. Mettre en place des équipes rapides de soins critiques, susceptibles d'intervenir dans les unités conventionnelles.

Les principaux constats et recommandations formulés par la Cour des comptes sont examinés à l'aune de ces différents travaux et viennent opportunément nourrir la réflexion sur l'organisation et le pilotage des soins critiques qui apparaît à présent nécessaire.

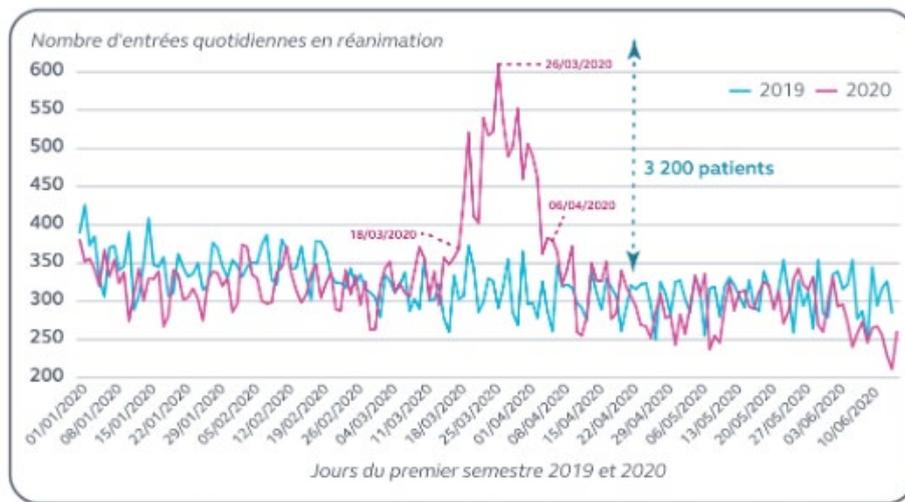
*

Un premier constat saillant posé par ce rapport est celui d'une **insuffisante anticipation des besoins en soins critiques** face à une crise sanitaire qui a généré un afflux de patients considérable.

Pour la Cour, le risque de saturation des réanimations constituait un **angle mort des dispositifs nationaux « Orsan » de gestion des situations sanitaires exceptionnelles** mis en place à compter de 2014, plus généraux et davantage centrés sur le risque d'un afflux massif et de courte durée de patients en premier lieu aux urgences, comme en cas d'attentat terroriste.

Les consignes élaborées à la mi-mars 2020 en direction des établissements de santé reprennent, parfois au mot près, celles élaborées au milieu des années 2000 pour les plans pandémie grippale, fondés quant à eux sur l'idée d'un doublement progressif des capacités en réanimation.

Bien que prises en compte tardivement, elles ont conduit à une **adaptation rapide et de grande ampleur des capacités face à un afflux de patients brutal**, qui a progressé de plus de 65% en huit jours, entre le 18 mars et le 26 mars 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

Source : Cour des comptes, rapport public annuel 2020

Ces constats, concernant le secteur spécifique des soins critiques, rejoignent les constats plus généraux portés sur le manque de préparation de notre pays à affronter une crise sanitaire de cette nature et de cette ampleur : si « *tous les pays ont manqué d'anticipation* », même ceux qui disposaient d'un plan pandémie grippale, pour reprendre les propos du Pr Didier Pittet devant la commission¹, d'autres défaillances, qu'il s'agisse de la gestion des équipements de protection et notamment des masques ou des retards à l'allumage de la politique de tests ont été largement commentées.

Dans son rapport d'étape d'octobre 2020, la mission indépendante nationale d'évaluation de la crise de la covid-19 présidée par le Pr Pittet soulignait ainsi « *le déclin progressif du degré de priorité accordé à la prévention des pandémies au cours de la dernière décennie, concourant à une moindre préparation et vigilance au risque* ». L'abandon depuis 2013 des exercices nationaux « pandémie grippale », dont s'était étonnée la commission d'enquête sénatoriale, en offre une illustration. A cet égard, les préconisations du Sénat et celles de la Cour convergent pour appeler à une actualisation des réponses, aux échelons national, régional comme local, et à une meilleure organisation de la mobilisation face à un risque pandémique.

¹ Cf. compte rendu de l'audition devant la commission des affaires sociales le 29 juin 2021.

L'étude de la Cour semble par ailleurs confirmer un autre constat posé par la commission d'enquête en décembre 2020, qui notait un certain décalage entre l'optimisme affiché par les responsables administratifs et les fédérations hospitalières à la veille de la deuxième vague de l'automne 2020 et les inquiétudes exprimées par des professionnels de santé épuisés. Si la stratégie plus territorialisée mise en place a limité les déprogrammations engagées uniformément sur l'ensemble du territoire au printemps, elle a néanmoins rendu la mobilisation de renforts plus difficile, fragilisé les coopérations territoriales et accru la tension sur les ressources humaines.

De toute évidence, une mobilisation s'inscrivant dans le long terme est nécessaire pour ne pas perdre les enseignements tirés de cette crise et maintenir un niveau de vigilance et de sensibilisation élevé chez les acteurs hospitaliers. En particulier, les enjeux de mise en place d'une réserve sanitaire pérenne, formée à ces prises en charge très techniques et aisément mobilisable, ainsi que la réflexion sur l'élasticité de l'offre de soins critiques, issue du concept de lits de réanimation « éphémères » théorisé par les anesthésistes-réanimateurs, apparaissent prioritaires.

*

Sur un plan plus structurel, la crise sanitaire a soulevé la **question du calibrage des unités de soins critiques et celle du pilotage de cette activité**, à la fois pour identifier l'adéquation de l'offre aux besoins actuels et futurs et pour optimiser la gestion des capacités disponibles.

Comme le rappelle le rapport de la Cour, **le nombre global de lits de soins critiques a augmenté de 6,8 % entre 2013 et 2019**, cette hausse étant ciblée sur les unités de soins intensifs et de surveillance continue ; dans le même temps, le nombre de lits d'hospitalisation complète diminuait de 5,1% sur la même période, dans un contexte de « virage ambulatoire ». Il faut rappeler toutefois que si des actions de prévention peuvent contribuer à réduire les hospitalisations ou réhospitalisations en soins critiques, comme l'a montré la crise de la covid-19, il s'agit de **soins pour lesquels il n'existe pas d'alternative**. Par ailleurs, l'âge est un facteur prédictif important : 67% des patients pris en charge en soins critiques ont plus de 60 ans.

L'évolution positive de l'offre de lits doit néanmoins être tempérée : si l'on considère le nombre de lits de réanimation pour 100 000 habitants de plus de 65 ans, ce ratio a diminué, passant de 44 en 2013 à 37 à la veille de la crise sanitaire ; en outre, des lits ne sont pas ouverts, que ce soit pour maintenance ou défaut de personnel, sans que cela fasse l'objet d'un suivi ; enfin, l'allocation des unités de soins intensifs sur l'ensemble du territoire reste inégale. Comme le note le *Livre blanc sur l'avenir des soins critiques* du CNP-ARMPO, **on compte en Bretagne 15,1 lits de soins critiques et 4,9 lits de réanimation pour 100 000 habitants, quand ces chiffres sont respectivement de 21,9 et 9,7 en Ile-de-France.**

Or, comme le montre la Cour, cette répartition inégale de l'offre induit un taux de recours aux soins critiques très variable d'un territoire à l'autre, sans que les éventuelles pertes de chance associées aient donné lieu à une évaluation. Cette question mériterait effectivement d'être approfondie.

La commission tient également à souligner que le mouvement de concentration de soins critiques au sein de plateaux plus étoffés engagé par le ministère de la santé au début des années 2000 ne doit pas occulter les **enjeux de l'accessibilité aux soins critiques sur le territoire** auxquels peuvent répondre des unités isolées, en veillant à leur inscription dans une coordination territoriale.

Quant au calibrage de l'offre de soins, s'il a donné lieu pendant la crise sanitaire à des comparaisons parfois peu flatteuses avec un pays voisin comme l'Allemagne, la Cour rappelle, comme l'avait fait la mission Pittet, que les comparaisons internationales sont délicates à établir en raison de modes d'organisation différents d'un pays à l'autre. Il n'en demeure pas moins que la question de l'adéquation de l'offre aux besoins de moyen et long termes doit être posée et donner lieu à une **analyse prospective** qui semble aujourd'hui faire défaut, aussi bien d'ailleurs dans ce domaine de l'activité hospitalière que dans d'autres secteurs de l'offre de soins. Les positions des professionnels médicaux sur les besoins de court terme divergent quelque peu, seuls les médecins intensivistes plaidant ouvertement pour une augmentation du nombre de lits. Tout travail sur l'évaluation des besoins, à court ou plus long terme, devrait bien évidemment se faire en concertation étroite avec les professions concernées.

Pour la commission, la question des capacités de prises en charge nécessaires ou souhaitables devrait s'accompagner d'une amélioration du **pilotage de l'offre de soins pour gérer les flux de patients**, dont la crise sanitaire a montré les limites, notamment en termes de systèmes d'information : la commission d'enquête du Sénat avait relevé que le recours au répertoire opérationnel de ressources (ROR) n'avait pas permis la collecte d'une information en temps réel des capacités disponibles pour aider à leur gestion. Il est également évident que, comme le suggère la Cour, la fluidité des parcours des patients vers des structures d'aval en nombre suffisant doit entrer en ligne de compte pour désengorger les unités de soins critiques et améliorer dans le même temps les qualités des prises en charge.

*

La question des **ressources humaines, tant médicales que paramédicales**, constitue enfin le **nœud central du bon fonctionnement de ces unités hautement spécialisées** au sein desquelles le suivi des patients est assuré 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7¹, comme le montre le fonctionnement d'une unité de réanimation schématisé ci-après.

¹ L'encadrement en personnel médical, infirmier et en postes d'aide-soignant en équivalent temps plein (ETP) est encadré par le code de la santé publique dans les unités de réanimation ; les unités de soins critiques ne sont pas soumises à ces exigences réglementaires.

Qu'est-ce qu'un lit de réanimation ?



Source : « 2021 – 2030. L'avenir des soins critiques », Conseil national professionnel anesthésie-réanimation et médecine péri-opératoire (CNP ARMPP)

Or, la Cour note que « le secteur est confronté à une crise des ressources humaines », qui se traduit notamment par des tensions sur le recrutement de médecins et un important *turnover* de personnels infirmiers, évalué à l'AP-HP à 17% contre 13% en services de soins conventionnels.

Comme le soulignent les représentants de la profession d'anesthésiste-réanimateur dans le Livre blanc précité, la crise sanitaire a montré que « l'élasticité du système ne dépend pas tant du nombre de lits que des ressources humaines qui les animent ». Selon eux, le nombre de médecins anesthésistes-réanimateurs formés (473 postes d'internat en 2020) est inférieur de 15% à ce qui serait souhaitable au vu des postes vacants et de la démographie, 40% de ces spécialistes ayant plus de 55 ans.

Un constat similaire est établi par les représentants des médecins intensivistes réanimateurs : la société de réanimation de langue française estime le nombre de postes vacants à 329, auxquels il convient d'ajouter plus de 300 départs en retraite dans les cinq prochaines années. Elle souligne l'insuffisance du nombre d'internes formés en dépit d'une légère augmentation depuis 2017 (de 64 à 74 postes de MIR en 2020, soit moins de 1% du nombre total d'étudiants), alors que des terrains de stage existent.

Une **augmentation plus significative du nombre de médecins formés** apparaît ainsi comme une exigence pour répondre aux besoins actuels et futurs en soins critiques.

La commission partage enfin le constat unanime selon lequel le bon fonctionnement de ces unités repose sur une **meilleure reconnaissance du personnel paramédical** dans ces services à forte technicité et où les conditions de travail sont exigeantes. Les 28 000 infirmiers qui constituent le « pilier » de ces unités selon la Cour sont en majorité (95%) non spécialisés, contrairement à leurs homologues allemands, belges ou suisses ; en outre, une formation en réanimation n'est plus intégrée de manière systématique dans leur formation initiale depuis 2009, elle se fait par compagnonnage.

Le principe d'une **qualification spécifique**, sans pour autant la rendre obligatoire pour garder une certaine souplesse d'organisation, pourrait contribuer à renforcer l'attractivité de ces postes en reconnaissant les compétences acquises. Cette évolution devrait s'inscrire dans un cadre de réflexion plus large sur la revalorisation de la profession d'infirmier, en lien avec le déploiement en cours des pratiques avancées et l'articulation avec les autres spécialisations, comme celles d'infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat (IADE), qui souffrent d'une insuffisante reconnaissance.

*

Dans une première étude sur les soins critiques publiée dans son rapport public annuel 2021, la Cour des comptes relevait que « *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.* » Si cette crise a effectivement braqué les projecteurs vers les unités et personnels de soins critiques, il est quelque peu paradoxal que la concertation ouverte à l'été 2020, à l'issue de la première vague, dans le cadre du Ségur de la santé n'ait pas abordé directement l'organisation de ce secteur d'activité pourtant crucial dans les prises en charge hospitalières.

La commission des affaires sociales souhaite que les éléments d'analyse que ce rapport apporte au débat montrent l'urgence d'une réflexion d'ensemble sur l'organisation des soins critiques en France, tirant les enseignements de la crise sanitaire. Examen en commission

EXAMEN EN COMMISSION

Réunie le mercredi 22 septembre 2021, sous la présidence de Mme Catherine Deroche, présidente, la commission procède à l'audition de Mme Véronique Hamayon, conseillère maître, présidente de section à la sixième chambre de la Cour des comptes pour donner suite à l'enquête de la Cour des comptes, transmise en application de l'article L.O. 132-3-1 du code des juridictions financières, sur les soins critiques.

Mme Catherine Deroche, présidente. – Nous entendons ce matin des magistrats de la Cour des comptes, pour la présentation d'une enquête demandée par notre commission sur les soins intensifs et de réanimation. M. Denis Morin, président de la sixième chambre de la Cour, ayant eu un empêchement, il est remplacé par Mme Véronique Hamayon, conseillère maître, présidente de section, qui est accompagnée de M. Noël Diricq, conseiller maître, et de M. Nicolas Parneix, rapporteur extérieur.

J'indique que cette audition fait l'objet d'une captation vidéo retransmise en direct sur le site du Sénat, qui sera ensuite disponible en vidéo à la demande.

Quasiment inconnus du grand public avant la crise sanitaire, les soins critiques ont acquis depuis lors une notoriété nouvelle, les capacités des établissements de santé ayant même fini par commander les mesures de restrictions de liberté appliquées à la population.

Au-delà de la gestion de la crise sanitaire, en particulier de sa première vague, que le Sénat a analysée lors des travaux de la commission d'enquête sur le covid-19, il m'a semblé nécessaire d'approfondir les aspects structurels de ce secteur de l'organisation des soins : non seulement le bon dimensionnement des lits, mais sans doute aussi la modularité des organisations, les disparités territoriales, les conditions d'une coopération durable entre les établissements publics et privés et la mise en place de capacités de pilotage plus efficaces, en particulier des systèmes d'information.

La crise sanitaire a également mis en évidence la question cruciale des ressources humaines, en particulier des paramédicaux, dont le manque s'est fait sentir et pose des questions lourdes, comme l'attractivité, la gestion des carrières ainsi que l'organisation des tâches entre les différentes professions de santé.

Nous avons reçu plusieurs témoignages de professionnels faisant état de ces difficultés structurelles. Celles-ci devront trouver des réponses sans tarder, car le principal défi auquel les soins critiques sont confrontés est bien le vieillissement de la population, qui en sollicitera toujours plus les capacités sans que puissent être développées des solutions de substitution.

Madame la présidente, vous avez la parole pour nous exposer les conclusions de votre enquête.

Mme Véronique Hamayon, conseillère maître, présidente de section à la sixième chambre de la Cour des comptes. – Vous connaissez, bien entendu, les conditions de notre saisine et les conditions difficiles dans lesquelles nous avons dû réaliser notre contrôle puisque, en raison du contexte de pandémie, nos interlocuteurs étaient peu disponibles. Néanmoins, nous avons pu la mener et elle a débouché sur deux études de la Cour des comptes.

Faisons d'abord le point sur les définitions : les services de soins critiques, qui ne sont pas forcément comparables à ce que désigne ce terme dans les autres pays européens, recouvrent trois types de service : les services de réanimation, les unités de soins intensifs (USI) et les unités de surveillance continue (USC).

La Cour a instruit son contrôle sur les soins critiques tant au regard de la pandémie que d'un point de vue structurel. Notre étude a donné lieu à une insertion dans le rapport public annuel de la Cour de mars dernier, mais il nous a semblé dommage de ne pas aller plus loin, car nous avons recueilli nombre de données et nous pensions nécessaire d'étudier les deuxième et troisième vagues, afin d'examiner si les enseignements de la première avaient été tirés, si les services avaient adapté leur réponse aux besoins. Nos constats nous ont amenés à émettre trois grands messages : il est indispensable de revenir aux fondamentaux de la planification sanitaire, qui a existé jusqu'en 2014 ; l'adaptation de l'offre de soins ne peut s'envisager que sur le long terme, car faire face à une pandémie ne devrait pas s'improviser ; et la tarification à l'activité (T2A) n'est pas adaptée aux soins critiques.

Nos constats se structurent autour des deux axes annoncés, les enseignements tirés de la crise et ceux qui sont issus de notre analyse structurelle.

En ce qui concerne les enseignements tirés de la crise, nous avons en premier lieu constaté que la France était très mal préparée à la survenue d'une pandémie. Depuis 2014, les outils spécifiques n'existaient plus et les plans Orsan (organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles) ne sont pas adaptés.

En second lieu, la réponse des autorités sanitaires a été quelque peu tardive. Ces dernières n'ont pas anticipé les effets de la pandémie sur les services de soins critiques puisque ce n'est qu'à la mi-mars 2020 que les autorités se sont organisées pour faire monter en charge les services de soins critiques. Entre les deux premières vagues, entre juillet et octobre 2020, nous n'avons pas relevé de décision annonciatrice d'évolution structurelle, non plus que lors du Ségur de la santé. De même, nous n'avons pas observé d'évolution en matière d'ouverture de places d'interne en anesthésie-réanimation ni dans les dotations en infirmiers en soins critiques.

Toutefois, nous avons constaté qu'une nouvelle doctrine a été mise en place pour éviter les déprogrammations massives de la première vague, une approche régionalisée ayant succédé à une approche nationale ; on a aussi pérennisé les outils de suivi épidémiologique, des capacités hospitalières et des stocks de médicaments et de dispositifs médicaux.

Les leçons tirées de la première vague sont positives : les déprogrammations ont été régionalisées et il y a eu une volonté de structurer une filière hospitalière de covid-19. Néanmoins, l'efficacité de ces solutions s'étiolo, car les renforts exceptionnels de ressources humaines ont été difficiles à mobiliser, en raison de la lassitude des acteurs et du développement de la pandémie sur le territoire. Quant aux transferts de patients, ils demeurent lourds à mettre en œuvre. Enfin, la coopération entre public et privé, assez marquée pendant la première vague, a été difficile à maintenir dans la durée.

Pour ce qui concerne le volet structurel de notre enquête, nous avons cherché à identifier des pistes de réforme.

Nous avons d'abord constaté que la croissance de l'offre en soins critiques a été limitée, entre 2013 et 2019, à la surveillance continue et aux soins intensifs et n'a pas touché la réanimation. Nous constatons également des inégalités territoriales marquées du point de vue de la capacité d'hospitalisation en soins critiques, ainsi que la concentration progressive de l'offre de soins, avec la suppression de petits services et leur regroupement, les créations de lits s'enregistrant dans les centres hospitaliers universitaires (CHU). Malgré cette évolution positive, il reste un grand nombre d'unités de soins critiques de petite taille et isolés.

Par ailleurs, les coopérations territoriales des services de soins critiques sont informelles ; en outre, les groupements hospitaliers de territoire (GHT) sont trop étroits pour permettre une véritable coopération : 65 % des GHT n'ont qu'un service de réanimation.

Enfin, nous avons constaté que les services rendus par les unités de soins critiques n'étaient pas identiques selon la nature, publique ou privée, de l'établissement.

J'en viens à l'évolution de l'activité de soins critiques. La progression de l'activité en volume constatée sur les cinq ou six dernières années va se poursuivre ; le nombre de passages en réanimation a crû de 8,2 % par an entre 2014 et 2019. Par ailleurs, les patients en soins critiques sont de plus en plus âgés.

En ce qui concerne les parcours en soins critiques, nous montrons un manque évident de fluidité en aval. En effet, un certain nombre de patients, faute de débouché, occupent des lits de soins critiques qui font défaut pour des patients en ayant plus besoin. Nous avons été étonnés de constater que l'activité de soins critiques diminue fortement le week-end. Une marge d'amélioration existe certainement en la matière.

Je termine par un point sur les ressources humaines consacrées aux soins critiques. Ces services mobilisent 53 000 équivalents temps plein (ETP), soit 9 % des équipes médico-soignantes de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO). Les infirmiers en représentent plus de la moitié, les médecins 11 % et les aides-soignants 31 %. On observe des tensions sur les effectifs de médecins anesthésistes-réanimateurs et de médecins intensivistes-réanimateurs. Surtout, on observe un turnover très élevé chez les infirmiers en soins critiques, de l'ordre de 25 % par an, soit le double de ce que l'on observe dans les services de soins conventionnels. C'est très lourd pour les équipes, d'autant qu'il faut former les nouveaux arrivants. Tout départ crée donc une difficulté pour le service.

Sur le fondement de ces constats, la Cour suggère des orientations. Elle propose d'abord de conserver la pluridisciplinarité des spécialités d'anesthésie-réanimation et de médecine intensive-réanimation. Il convient également d'anticiper les tensions sur les effectifs, compte tenu de la dynamique de l'activité et du vieillissement de la population. La Cour suggère de favoriser les passerelles entre spécialités médicales et de renforcer la reconnaissance des infirmiers diplômés d'État (IDE) en soins critiques, au travers d'une formation spécifique et d'une reconnaissance financière.

Par ailleurs, il faut anticiper, sur le plan matériel, l'avenir des soins critiques, afin que les établissements se préparent en amont, car la refonte des services de soins critiques nécessite de repenser les bâtiments. En outre, l'informatisation des services est très insuffisante et les systèmes d'information (SI) ne sont pas compatibles entre eux.

Enfin, il faut réformer le financement des soins critiques. L'ouverture d'un lit en réanimation représente, pour un établissement, un déficit moyen de 115 000 euros par an. Il y a donc une désincitation à ouvrir un lit en soins critiques s'il n'est pas adossé à un service de MCO. Il convient d'annihiler les effets tarifaires de l'ouverture d'un service de soins critiques et d'envisager une tarification permettant de libérer des lits quand ils peuvent l'être.

Mme Corinne Imbert. – *L'offre de lits en soins intensifs n'est plus en phase avec la disponibilité de lits en aval. Or les spécialistes de médecine intensive-réanimation recommandent une augmentation du nombre de lits dans les régions déficitaires, tandis que les anesthésistes-réanimateurs sont plus réservés à cet égard. Comment analysez-vous cette différence d'appréciation ? Quel type d'adaptation préconisez-vous ?*

Quelles seraient les pistes de réforme du financement ?

Il m'a semblé que vous préconisiez, dans votre rapport, la constitution d'une réserve de soignants en soins critiques. Pouvez-vous en dire deux mots ?

Enfin, cette étude porte sur 2019, mais l'année 2020 a été cruciale, de même que l'année 2021. Avez-vous des éléments sur ces deux années ? Comment analysez-vous la quatrième vague de l'été 2021 ?

Mme Florence Lassarade. – *Je connais bien ce secteur en tant qu'ancienne réanimatrice pédiatrique ; bienvenue dans un monde qui était mal connu avant la crise...*

Le soignant passe beaucoup de temps à organiser le transfert et le transport d'un patient d'un service à l'autre, et la France est reconnue pour la qualité de ses transferts. Connaissez-vous le coût de ces transferts ? En particulier, pouvez-vous nous dire un mot sur les transferts médiatiques organisés lors de la première vague du covid-19 notamment, qui mobilisaient jusqu'à huit soignants ?

Quant à la question de la formation, des élèves infirmiers et des personnes souhaitant passer une année en centre hospitalier universitaire (CHU) ont été pénalisés, en raison du manque de temps pour les former. C'est paradoxal...

Mme Véronique Guillotin. – Merci de ce rapport qui formalise beaucoup de choses qui étaient déjà dans notre esprit, notamment les tensions dans ces filières.

Vous avez évoqué la question des débouchés en aval et la fluidité de la filière hospitalière. Il manque des services adaptés pour accueillir les patients qui devraient sortir de soins critiques mais qui y restent trop longtemps, aucun service de soins de suite et de réadaptation (SSR) ne pouvant les accueillir. Il faudrait donc créer, dans chaque GHT, un service prenant en charge des patients ne pouvant être admis en SSR. Un lit de réanimation doit rester un lit de réanimation.

Connaissez-vous le nombre de soignants supplémentaires qui seraient nécessaires, sachant que les besoins en soins critiques vont encore augmenter ?

Enfin se pose la question de la collaboration privé-public ; il faudrait être plus dynamique à cet égard. Croyez-vous aux unités mobiles ?

Mme Véronique Hamayon. – Mesdames Imbert et Guillotin, votre remarque sur les lits d'aval rejoint une préconisation de la Cour des comptes : la création de services adaptés, entre les soins critiques et les SSR. Il manque de tels services, pour les patients qui ne relèvent plus des soins critiques mais qui ne sont pas encore prêts pour les SSR. Nous n'avons pas fait de chiffrage, nous nous en sommes tenus au constat.

M. Nicolas Parneix, magistrat à la chambre régionale des comptes d'Occitanie, rapporteur extérieur. – Il y a deux sujets : le nombre de lits requis – c'est vrai, les experts ne sont pas d'accord entre eux sur la question – et la tension en aval : le bon patient doit être dans le bon lit. Certains patients ne sortent pas le week-end, ce qui représente, sur l'année, des centaines de lits bloqués. Il faudrait donc créer des services adaptés, mais il conviendrait également que la MCO puisse fonctionner en permanence, y compris le week-end ; en général, ces secteurs ne peuvent prendre en charge les patients, faute d'effectifs pour traiter les admissions. La Cour propose donc l'expérimentation de ces services d'aval, qui éviterait la création de lits, qui n'est pas forcément nécessaire.

Sur la création de lits, notre analyse n'est pas partagée par les sociétés savantes. Nous constatons qu'il y a de plus en plus de patients âgés en soins critiques – c'est difficile à contester – et que le volume global de patients augmente. Or il y aura 5,2 millions de Français de plus 65 ans d'ici à 2030, donc le phénomène est encore devant nous. Ces patients étant de plus en plus présents dans les soins critiques, on peut anticiper une augmentation des flux.

Toutefois, il faut également prendre en compte les évolutions technologiques de long terme ; aujourd'hui, des actes interventionnels légers se substituent à des actes chirurgicaux lourds, qui nécessitaient de la réanimation. Ainsi, quand l'angioplastie remplace la chirurgie cardiaque « à ciel ouvert », le recours à la réanimation diminue.

Les deux effets se conjuguent mais jouent en sens inverse. Il faut évaluer les besoins sur ces fondements, mais la Cour n'est pas compétente pour cela.

Mme Véronique Hamayon. – J'en viens à la réforme du financement. Notre rapport ne traite pas de la réforme de la T2A ; nous observons simplement qu'un lit de réanimation représente un poste de coût significatif, puisqu'il entraîne en moyenne un déficit annuel de 115 000 euros. Or ces soins ne sont pas remplaçables, il n'y a pas de choix. C'est donc moins le principe de la T2A que son niveau inadapté que

nous pointons. Nous avons observé, sur la période étudiée, une baisse de la tarification de ces soins, qui ne se justifie pas. La tarification doit, à tout le moins, couvrir les coûts, en se fondant, bien évidemment, sur les établissements les plus efficaces. C'est le principe de la neutralité de la tarification : la tarification ne doit pas avoir d'impact sur l'ouverture et l'organisation d'un tel service.

L'objectif d'une réserve de soignants spécialisés en soins critiques serait de permettre une mobilisation rapide des professionnels. L'idée serait de mobiliser des professionnels qui ont reçu une formation initiale spécifique, actualisée régulièrement : médecins, infirmiers, kinésithérapeutes ou autres. En effet, pendant la crise sanitaire, ce sont non les médecins mais les infirmiers qui ont manqué. Cette idée de réserve de professionnels, notamment d'infirmiers, nous paraît donc indispensable.

Enfin, nous avons entièrement couvert l'année 2020 dans notre étude.

M. Nicolas Parneix. – Madame Lassarade, les transferts ont été importants médiatiquement, mais n'ont concerné que 660 personnes en 2020. Nous n'avons pas analysé les coûts complets de ces transferts, non plus que le fait, polémique, d'avoir transféré des patients à travers le pays en les faisant passer devant des cliniques. Cela est peut-être arrivé, mais ne représentait pas grand-chose du point de vue du coût et cela ne s'est pas reproduit. En revanche, les patients ont dû être transférés avec leur dossier papier, car il n'était pas possible de transférer le dossier informatique. C'est l'objet de l'une de nos alertes.

Quant au paradoxe consistant à ne pas dispenser la formation des infirmiers du fait de la pandémie, alors que c'était une bonne occasion de les former aux soins critiques, je pense que la solution passe avant tout par la révision de la maquette de formation des IDE. Si cette maquette avait intégré, dès l'origine, la formation aux soins critiques, on aurait eu moins de pertes d'opportunité. La réponse est donc structurelle : il faut réviser cette maquette. Un patient en soins critiques génère 10 000 données biologiques par jour, principalement via des équipements informatiques. Une infirmière ne gère pas tous ces signaux, bien sûr, mais cela requiert un système informatisé performant et une formation adéquate.

Mme Véronique Hamayon. – Nous n'avons pas quantifié le nombre d'infirmiers nécessaires en services de soins critiques, mais il faut réviser la formation initiale et continue, et s'attaquer au problème du turnover.

M. Nicolas Parneix. – Sur les unités mobiles de réanimation, il y a eu plusieurs initiatives en la matière. La question de la logistique et des équipements n'a pas été le problème fondamental, en dehors du premier mois, lorsque l'on a manqué de respirateurs ou de médicaments – d'ailleurs, les outils ad hoc créés pour suivre l'approvisionnement en médicaments perdureront, ce qui montre que l'on bénéficie toujours, après une crise, de l'inventivité dont on a fait preuve pendant son déroulement – ; en réalité, on a surtout besoin de médecins et d'infirmières pour former une unité mobile. D'ailleurs, certains lits de réanimation n'ont pas été ouverts, faute de personnel disponible. C'est donc un problème non pas capacitaire mais de ressources humaines, ce qui soulève à nouveau la question de la formation, initiale et actualisée, des infirmières aux soins critiques.

Mme Victoire Jasmin. – Les services support ne sont pas pris en compte dans votre rapport alors qu'ils sont des maillons importants de la chaîne. Je pense aux laboratoires ; lors de la première vague, certains ne pouvaient pas faire de tests de réaction de polymérisation en chaîne, ou PCR. Or il est important de disposer de diagnostics fiables.

La compatibilité entre les systèmes d'information est effectivement importante, car il peut y avoir des problèmes d'homonymie et cela permet de gagner du temps.

Enfin, il convient, pour les futures crises, de prendre en compte l'ensemble des professionnels, y compris les « invisibles », qui manquent sur notre territoire.

Mme Laurence Cohen. – Ce rapport corrobore les positions du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, qui dénonce de longue date l'insuffisance des budgets hospitaliers.

La formation est importante, certes, mais la question majeure est celle du manque d'attractivité de ces métiers ; le personnel quitte, sur la pointe des pieds, les établissements hospitaliers, ce qui aggrave les difficultés. Avez-vous observé cela ?

Selon vous, la solution ne passe pas nécessairement par l'ouverture de lits, mais, pendant la pandémie, des lits et du personnel ont été redéployés temporairement en réanimation. Donc, oui pour la formation initiale, mais il faut un personnel suffisant, c'est-à-dire une profession attractive.

Vous remettez par ailleurs en cause la T2A et Agnès Buzyn elle-même nous avait indiqué que ce mode de financement n'était pas complètement adapté ; nombre de directeurs d'hôpital pensent la même chose. Donc tout le monde le dit, mais on n'avance pas et on élargit même la T2A aux hôpitaux psychiatriques, ce qui me semble aberrant. Que recommandez-vous ?

Enfin, pourriez-vous compléter votre évaluation des services de soins critiques en incluant les consultations post-réanimation ?

Mme Élisabeth Doineau. – Vous avez dit à quel point nous étions mal préparés. Que préconisez-vous pour les prochains projets de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) ? Il faut un véritable plan, car ce manque d'anticipation a entraîné une perte de chance pour certains patients. Il faut donc se préparer, c'est-à-dire faire des choix : lesquels ?

Le vieillissement de la population représente une pression importante pour l'hôpital. Le projet de loi Grand âge et autonomie a été enterré, donc quelle piste envisager pour remédier à l'occupation de ces lits par des personnes âgées ?

Enfin, le ministère de la santé vous semble-t-il sensible à vos préconisations sur la reconnaissance et la formation des infirmiers ?

Mme Raymonde Poncet Monge. – Vous avez observé des différences dans le service rendu par le secteur public et par le secteur privé. Pouvez-vous développer ce point ? Quelles en sont les conséquences financières ? La différence des niveaux de sévérité a-t-elle pu entraîner des différences de coûts ?

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Je partage nombre de vos constats et de vos positions : sur la T2A, sur les passerelles médicales, sur la formation et sur le Ségur de la santé, qui n'a pas pris de décisions sur les services de soins critiques.

Nous avons adopté, de façon transpartisane, une mesure sur la reconnaissance des infirmiers anesthésistes diplômés d'État (IADE) et sur les infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État (Ibode), mais cela n'a pas abouti. Aujourd'hui, les professionnels de santé n'ont plus envie de se former car, s'ils reprennent leurs études, ils subissent une perte de salaire pendant leur formation. Qu'en pensez-vous ?

Tant qu'on n'abordera pas le problème de la reconnaissance des métiers et celui des fermetures de lit, on ne réglera rien. À Douai, les urgences pédiatriques ferment le week-end, donc les familles doivent aller à Lens, mais on y manque aussi de personnel.

Mme Laurence Garnier. – Je veux revenir sur notre impréparation face à la crise. Celle-ci a surpris tout le monde, mais nombre d'experts expliquaient, dès la fin des années 1990, que les pandémies se développeraient au XXI^e siècle. Or, malgré une prise de conscience au début des années 2000, ce risque a été complètement occulté par la suite. Pourquoi le risque de pandémie, qui était à l'esprit des dirigeants au début des années 2000, a-t-il disparu ensuite ?

M. René-Paul Savary. – Selon vous, les GHT sont trop petits et n'intègrent pas l'offre de soins privée ; c'est vrai. Comment faire évoluer cela ?

M. Jean Sol. – Il est difficile d'anticiper les tensions à venir des effectifs et des compétences, dans un contexte de pénurie des effectifs.

Les effectifs d'unité de soins critiques sont normés. Serait-il pertinent de réviser ces normes ? Vous parlez d'immobilisation des lits ; pouvez-vous développer ce point ?

La formation des infirmiers en soins critiques doit être corrélée aux évolutions technologiques. En outre, il est déjà difficile de détacher du personnel vers une formation en temps normal, donc c'est pire pendant une crise. Par ailleurs, cela fait longtemps que l'on souhaite une reconnaissance des infirmiers, mais, pour l'instant, cela ne se fait pas.

Enfin, je ne vois rien sur l'amélioration des conditions de travail, notamment sur le travail en douze heures ; la possibilité de récupérer accroîtrait l'attractivité de ces services.

M. Alain Milon. – Les questions de mes collègues touchent à l'approche comptable du financement de la sécurité sociale. Si nous devions abandonner cette approche, quel type d'approche recommanderiez-vous ?

Mme Véronique Hamayon. – Madame Jasmin, la réanimation représente un moment de l'hospitalisation et il était impossible de prendre en compte toute la chaîne hospitalière. Notre rapport s'est concentré sur les soins critiques, sans préoccupation du service d'aide médicale urgente (SAMU), des urgences, etc. J'entends bien votre question, mais tout cela constitue un continuum. Nous n'avons donc pas étudié les services support, à l'exception des SI, compte tenu du nombre

d'informations générées par ces services. Or non seulement les systèmes des établissements d'un même GHT ne sont pas compatibles entre eux, mais, au sein d'un même établissement, il n'y a pas d'interface non plus ! Les informations sont ressaisies, avec tous les risques d'erreur et le temps perdu que cela entraîne.

Le département de la Guadeloupe a été en forte tension, d'où l'envoi de renforts. Je renvoie à mes observations sur la réserve en soins critiques, qui devrait être, d'après nous, régionalisée.

Madame Cohen, sur le manque d'attractivité, il faut être prudent. Pour les médecins, il n'y a pas de manque d'attractivité des soins critiques, puisque ces spécialités ressortent à un niveau élevé dans les épreuves classantes. Pour les infirmières, effectivement, la pénibilité et le stress sont à prendre en compte, d'où la nécessité d'un volet spécifique dans la formation initiale, avec, en regard, une possible revalorisation financière.

Le rapport ne porte pas sur la refonte de la T2A, mais, je vous l'annonce, ce sujet est prévu dans les prochains travaux de la Cour. Néanmoins, nous pointons la baisse tendancielle de la tarification des soins critiques, qui n'est pas justifiée. C'est donc le niveau de la tarification qui nous semble poser problème, non la T2A en soi.

Nous n'avons pas étudié la question des consultations post-réanimation, afin de nous focaliser sur un moment, celui des soins critiques.

Madame Doineau, la question sur les capacités relève du politique, non de la Cour. Les sociétés savantes et l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) se sont prononcées sur ce point. L'évolution des capacités est une question essentielle, mais elle n'est pas univoque, car, pour les soins critiques, elle dépend du vieillissement inéluctable de la population, mais aussi du progrès technique, qui peut réduire ou supprimer le passage en soins critiques. La Cour n'est pas compétente sur cette question, mais l'analyse doit être conduite par les sachants afin que le politique s'en saisisse.

Je suppose que le ministre est sensible à la question de la formation des infirmiers en soins critiques, car la Cour n'est pas la seule à recommander une adaptation. Nous verrons si les recommandations de la Cour sont suivies d'effets.

Sur la comparaison du financement et du service rendu entre public et privé, il est difficile de répondre. Dans le privé, la réanimation est directement adossée à une activité rémunératrice de MCO, car elle vient à l'appui d'actes chirurgicaux, alors que, dans le public, ces services peuvent exister sans acte classant.

M. Nicolas Parneix. – *En effet, le recours aux soins de critiques n'est pas le même. Dans le secteur privé, les patients sont programmés et le passage en soins critiques est lié à un acte rémunérateur, donc le déficit lié à la réanimation est compensé par l'acte chirurgical rémunérateur, tandis que les soins critiques non liés à un acte interventionnel, sans acte classant, se portent majoritairement vers le public. Ainsi, le service rendu n'est pas le même, mais on ne peut donc pas se prononcer sur la qualité de ce service.*

Mme Véronique Hamayon. – Il n’y a pas eu de fermeture de lits en soins critiques ; des services ont fermé et se sont regroupés pour atteindre une taille critique, mais, globalement, il y a eu un accroissement du nombre de lits, lequel, peut-être, n’est pas adapté aux besoins. Évidemment, on ne peut pas adapter la jauge à la crise que l’on a connue. La jauge doit être liée au vieillissement de la population et au progrès technique et c’est cette balance qui doit permettre de déterminer la jauge idéale à moyen et long termes. Peut-être faudra-t-il créer des lits, mais peut-être pas ; la Cour ne peut pas le dire.

Nous avons analysé le sujet de la préparation face à la crise non pas dans toute son ampleur, mais uniquement du point de vue des soins critiques. Nous montrons que ces services n’ont plus été un sujet spécifique du plan Orsan. Nous le regrettons et nous proposons de les y réintégrer.

Monsieur Savary, la Cour a publié un rapport assez complet sur les GHT, avec des réponses à cette question. Je vous y renvoie.

Monsieur Sol, la Cour ne parle pas de « pénurie d’effectifs » ; nous nous sommes bornés à évoquer la formation des infirmiers en soins critiques et la meilleure coordination des différentes professions. C’est vrai, les soins critiques engendrent des conditions de travail difficiles, parce qu’il y a un taux de mortalité élevé et parce que l’on est dans une situation de stress, avec beaucoup de gestes techniques, pouvant avoir des conséquences dommageables. La reconnaissance financière et une formation spécifique seraient donc à envisager.

M. Nicolas Parneix. – Les soins critiques sont assez recherchés par les infirmiers, notamment jeunes, parce qu’ils requièrent des gestes techniques et valorisants, mais on y enregistre aussi le taux de mortalité le plus fort de l’hôpital. Cela dit, la pénibilité est compensée par le fait que les effectifs y sont normés ; c’est le seul service à en bénéficier. Le Gouvernement, avec les sociétés savantes, veut faire évoluer cette norme, mais celle-ci compense les conditions de travail. Néanmoins, c’est vrai, le turnover y est très élevé.

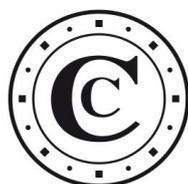
Mme Catherine Deroche, présidente. – Madame la présidente, messieurs, je vous remercie.

La commission autorise la publication du rapport

Ce point de l’ordre du jour a fait l’objet d’une captation vidéo qui est disponible en ligne sur le site du Sénat.

RAPPORT DE LA COUR DES COMPTES

Cour des comptes



LES SOINS CRITIQUES

Communication à la commission des affaires sociales
du Sénat

Juillet 2021

Sommaire

SOMMAIRE	3
PROCÉDURES ET MÉTHODES	5
SYNTHÈSE	7
RECOMMANDATIONS	11
INTRODUCTION	13
CHAPITRE I DES LEÇONS À TIRER DE LA CRISE SANITAIRE POUR LES SOINS CRITIQUES	17
I - UN PAYS QUI N'ÉTAIT PLUS PRÉPARÉ À LA SURVENUE D'UNE PANDÉMIE GRIPPALE	17
A - Les conséquences pour les services de réanimation d'une épidémie de type SRAS – MERS avaient été anticipées dans les années 2000	17
B - Le schéma actuel Orsan est beaucoup moins spécifique.....	20
II - LA PREMIÈRE VAGUE : UNE PRISE DE CONSCIENCE QUI FUT LENTE, PUIS UNE ADAPTATION TRÈS RAPIDE ET MASSIVE	23
A - En février 2020, les autorités sanitaires n'ont pas anticipé de possibles effets pour la réanimation	23
B - À la mi-mars, les autorités ont décidé une montée en charge rapide de la réanimation, grâce à une déprogrammation générale et nationale	24
C - À partir de la mi-mars, l'adaptation a été rapide et de grande ampleur.....	27
III - L'« ENTRE DEUX VAGUES » : PAS D'ÉVOLUTION STRUCTURELLE, MAIS UNE PRISE EN COMPTE DES LEÇONS DE LA PREMIÈRE VAGUE	39
A - Aucune décision annonciatrice d'évolutions structurelles pour les soins critiques n'a été prise	39
B - En anticipation d'une nouvelle vague, la nouvelle doctrine a visé à éviter les écueils de la première vague tout en préservant ses acquis.....	41
IV - LES DEUXIÈME ET TROISIÈME VAGUES : DES LEÇONS TIRÉES DE L'EXPÉRIENCE, DES LEVIERS DONT L'EFFICACITÉ S'ÉPUISE	46
A - L'émergence des concepts de Réa-covid et USI covid a témoigné d'une volonté d'optimiser les parcours en soins critiques	46
B - Les déprogrammations et l'évolution des capacités ont été gérées de façon plus régionalisée.....	50
C - Certaines solutions d'exception ont montré leurs limites.....	60
CHAPITRE II DES DIFFICULTÉS STRUCTURELLES AUXQUELLES IL FAUT RÉPONDRE	69
I - ÉTAT DES LIEUX DES SOINS CRITIQUES : UNE OFFRE DE SOINS CONCENTRÉE MAIS UNE COORDINATION TERRITORIALE QUI FAIT DÉFAUT	69
A - La croissance de l'offre a été limitée à la surveillance continue et aux soins intensifs.....	69
B - Les comparaisons internationales sont difficiles à interpréter.....	97
II - ADAPTER À L'AUGMENTATION DES BESOINS L'OFFRE ET LES PARCOURS EN SOINS CRITIQUES	101
A - La progression de l'activité en soins critiques devra se traduire par une adaptation de l'offre de soins.....	101
B - L'analyse du parcours des patients montre un manque de fluidité en aval des soins critiques	114

III - PRÉPARER L'AVENIR DES SOINS CRITIQUES	124
A - La crise des ressources humaines doit être résorbée et l'augmentation des besoins anticipée.....	124
B - L'avenir des soins critiques sur le plan matériel doit aussi être préparé	133
LISTE DES ABRÉVIATIONS	157
ANNEXES	161

Procédures et méthodes

Les rapports de la Cour des comptes sont réalisés par l'une des six chambres que comprend la Cour ou par une formation associant plusieurs chambres et/ou plusieurs chambres régionales ou territoriales des comptes.

Trois principes fondamentaux gouvernent l'organisation et l'activité de la Cour ainsi que des chambres régionales et territoriales des comptes, donc aussi bien l'exécution de leurs contrôles et enquêtes que l'élaboration des rapports publics : l'indépendance, la contradiction et la collégialité.

L'indépendance institutionnelle des juridictions financières et l'indépendance statutaire de leurs membres garantissent que les contrôles effectués et les conclusions tirées le sont en toute liberté d'appréciation.

La contradiction implique que toutes les constatations et appréciations faites lors d'un contrôle ou d'une enquête, de même que toutes les observations et recommandations formulées ensuite, sont systématiquement soumises aux responsables des administrations ou organismes concernés ; elles ne peuvent être rendues définitives qu'après prise en compte des réponses reçues et, s'il y a lieu, après audition des responsables concernés.

Sauf pour les rapports réalisés à la demande du Parlement ou du Gouvernement, la publication d'un rapport est nécessairement précédée par la communication du projet de texte, que la Cour se propose de publier, aux ministres et aux responsables des organismes concernés, ainsi qu'aux autres personnes morales ou physiques directement intéressées. Dans le rapport publié, leurs réponses sont présentées en annexe du texte de la Cour.

La collégialité intervient pour conclure les principales étapes des procédures de contrôle et de publication. Tout contrôle ou enquête est confié à un ou plusieurs rapporteurs. Le rapport d'instruction, comme les projets ultérieurs d'observations et de recommandations, provisoires et définitives, sont examinés et délibérés de façon collégiale, par une formation comprenant au moins trois magistrats. L'un des magistrats assure le rôle de contre-rapporteur et veille à la qualité des contrôles.

Le Parlement peut demander à la Cour des comptes la réalisation d'enquêtes, sur la base du 2° de l'article 58 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances (commissions des finances), de l'article LO. 132-3-1 du code des juridictions financières (commissions des affaires sociales) ou de l'article L. 132-6 du code des juridictions financières (présidents des assemblées).

La Cour des comptes a été saisie par la présidente de la commission des affaires sociales du Sénat, par lettre du 12 janvier 2021, en application de l'article LO. 132-3-1 du code des juridictions financières, d'une demande d'enquête portant sur « les soins intensifs et de réanimation ».

Le lancement des travaux de la Cour a été notifié aux administrations et organismes publics concernés par lettres en date du 25 janvier 2021. La date de remise du présent rapport a été fixée à la fin du mois de juillet 2021 d'un commun accord avec la commission des affaires sociales du Sénat.

Dans un contexte marqué par la troisième vague épidémique liée à la covid 19, les rapporteurs ont rencontré une cinquantaine de représentants des principales administrations et organismes publics concernés, ainsi que les représentants des professions médicales et paramédicales exerçant dans le secteur des soins critiques. Afin de compléter leurs appréciations les rapporteurs ont également rencontré les représentants de l'union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et cérébrolésés. Des déplacements au sein de services de soins critiques ont été réalisées mais ils ont été cependant limités compte tenu du contexte sanitaire et des limitations de déplacement imposées lors de la période de confinement.

Pour compléter ces contrôles sur place, des questionnaires ont été envoyés aux administrations centrales et organismes publics concernés, agences régionales de santé métropolitaines, établissements de santé publics et privés, fédérations hospitalières et professionnelles et conseils nationaux professionnels de médecine intensive et de réanimation et d'anesthésie-réanimation et médecine péri-opératoire.

Le projet de rapport a été délibéré, le 5 juillet 2021 par la sixième chambre, présidée par M Morin, président de chambre, et composée de M. Diricq, Mme Carrère-Gée, MM. Rabaté, de la Guéronnière, Mme Hamayon, MM. Seiller et Burckel, conseillers maîtres, Mme Carrère-Gée, conseillère maître et M. Parneix, rapporteur extérieur, en qualité de rapporteurs et M. Diricq, conseiller maître, en tant que contre-rapporteur.

Le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de M. Moscovici, premier président, Mme Camby, rapporteure générale du comité, MM. Morin, Andréani, Terrien, Mme Podeur, MM. Charpy et Gautier, présidents de chambre ainsi que Mme Hirsch, Procureure générale, a été saisi de ce rapport le 9 juillet 2021. Le premier président en a approuvé la transmission au Parlement le 27 juillet 2021.

Synthèse

Une crise sanitaire à laquelle les autorités sanitaires n'étaient pas préparées

Toutes choses égales par ailleurs, la pandémie liée à la covid 19 a provoqué une crise nécessitant, comme la poliomyélite des années 1950, de faire face en urgence et avec inventivité à une maladie hautement contagieuse, sans traitement défini, comportant des formes graves ou létales. Alors que, depuis les années 2000 et durant une dizaine d'années, autorités sanitaires et établissements de santé s'étaient préparés à l'éventualité d'une pandémie de type grippe-SARS¹-MERS², prévoyant même un doublement temporaire des capacités en réanimation avec des déprogrammations progressives de soins non urgents, les dispositifs actuels de gestion des situations sanitaires exceptionnelles, plus larges et diversifiés (anticipation d'actes terroristes, de virus de type Ebola, etc.) ont laissé dans un angle mort la prévention de pandémies virulentes susceptibles de créer de multiples détresses respiratoires et donc un afflux de patients en réanimation. Les autorités sanitaires ont tardé à apprécier la situation. À compter de la mi-mars 2020 toutefois, une transformation très rapide et à large échelle de lits de soins critiques et la création *ex-nihilo* d'unités de réanimation éphémères ont fait passer le nombre de lits installés de 5 080 en mars à 10 133 le 15 mai, avant de redescendre à 8 320 lits le 15 juin 2020. Alors même que l'épidémie n'a violemment touché que certaines régions, cela a été rendu possible par une déprogrammation nationale et durable des soins non urgents dont les conséquences en termes de santé publique restent à évaluer, ainsi que par la mobilisation de très nombreux renforts, en particulier, mais pas seulement, les médecins et infirmiers travaillant en anesthésie-réanimation.

Si l'entre-deux vagues, à l'été 2020, n'a pas été marqué par des décisions engageant des évolutions structurelles pour les soins critiques, la doctrine de gestion de crise s'est affinée, avec une volonté d'éviter en cas de deuxième vague une « dette sanitaire » importante en conséquence de déprogrammations possiblement injustifiées. Pour la gestion des deuxième et troisième vagues, les autorités sanitaires ont utilisé, mais de manière plus souple et régionalisée, les outils forgés durant la première vague, qu'il s'agisse de déprogrammations, pour augmenter les capacités en réanimation, ou de la régulation des dispositifs médicaux et médicaments indispensables à la réanimation. La régionalisation de la gestion de crise rend parfois plus difficiles à évaluer la pertinence et la chronologie des décisions prises au regard de l'incidence et de la progression de l'épidémie. Cette dernière étant plus largement répartie sur le territoire que lors de la première vague et les déprogrammations n'étant ni générales ni durables, la mobilisation de renforts a naturellement été plus difficile que lors de la première vague, sans même évoquer l'épuisement des équipes. Les transferts sanitaires ont été moins nombreux. La coopération entre public et privé, qui a globalement bien fonctionné depuis le début de la crise sanitaire, tend parfois à s'essouffler.

¹ Coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère

² Coronavirus lié au syndrome respiratoire aigu du Moyen-Orient

Si les besoins durant la pandémie de covid 19 ne sauraient servir de référence pour le dimensionnement de l'offre de soins critiques dans la durée, la crise sanitaire a mis à jour bien des difficultés structurelles qui n'avaient plus été analysées dans leur ensemble par les pouvoirs publics ou dans le débat public depuis une vingtaine d'années : une dégradation lente mais constante du taux d'équipement au regard des évolutions démographiques, une insuffisante modularité, une mise en réseau et une informatisation très insuffisantes, de fortes tensions sur les ressources humaines, un mode de financement inadapté.

Une crise sanitaire qui a agi comme un révélateur des difficultés structurelles de ce secteur

À la suite d'une réforme menée en 2002, une concentration de l'offre de soins a été conduite : elle a consisté à regrouper, dans un nombre d'établissements en diminution, des plateaux techniques comportant plus de lits. Il s'agit là d'une action des pouvoirs publics, reconnue par l'ensemble des acteurs médicaux, permettant de constituer des équipes et des unités plus étoffées, mieux à même de garantir la qualité et la sécurité des soins et de s'adapter aux variations parfois fortes de l'activité.

Cependant, le nombre de lits de réanimation s'est globalement stabilisé autour de 5 000 depuis 2013 alors même que l'activité n'a cessé de progresser. En effet, face au vieillissement de la population et à l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, l'activité de soins critiques a augmenté dans des proportions comparables à l'évolution de la proportion des personnes âgées de plus de 60 ans. Ceci n'a rien d'étonnant puisque cette population constitue les deux tiers des patients pris en charge par ces services. Cette dégradation du taux d'équipement au regard des évolutions démographiques s'est faite à bas bruit, avec une diminution marquée de la durée de séjour en réanimation entraînant mécaniquement une hausse de la durée de séjour dans les principales unités d'aval de la réanimation : les unités de surveillance continue (USC).

Ainsi s'est installée une inadéquation progressive de l'offre de soins, face à laquelle les professionnels se sont adaptés en agissant sur le taux de recours aux soins critiques et sur la durée moyenne de séjour. Les progrès réalisés en réanimation, en chirurgie et l'apport des nouvelles techniques d'imagerie interventionnelle sont également venus en atténuer les effets. Cette inadéquation s'explique par le caractère mal financé de l'activité de soins critiques, qui n'incite aucunement les gestionnaires hospitaliers à ouvrir de nouveaux lits alors même qu'il n'existe, par essence, pas d'alternative aux soins critiques. Une démographie médicale défavorable qui n'a pas été corrigée par une progression du nombre de postes d'internes ouverts aux épreuves nationales classantes (ECN), l'absence de formation spécifique des infirmiers à la réanimation, l'absence aussi de reconnaissance des qualifications paramédicales et les conditions de travail difficiles dans des unités qui voient décéder près d'un patient sur cinq, agissent également comme des facteurs expliquant la stagnation des capacités d'accueil en réanimation.

De plus, le secteur des soins critiques, marqué par une asymétrie entre des exigences réglementaires fortes pour la réanimation et une quasi-inexistence pour les USC, s'est peu à peu morcelé : les USC isolées de tout secteur de réanimation sont majoritaires et le secteur privé s'est concentré sur des soins critiques indispensables au développement de l'activité chirurgicale, qui sont d'ailleurs les mieux financés. Ce morcellement a conduit à une forme de

désorganisation des soins critiques dans les territoires. L'offre de soins critiques est également marquée par de fortes inégalités territoriales entre les régions. Les inégalités de recours aux soins critiques présentent les mêmes écarts entre régions. Ni la planification hospitalière, ni les groupements hospitaliers de territoires (GHT), de taille trop réduite et n'intégrant pas l'offre de soins privée, n'ont été en mesure d'apporter une réponse avant la crise sanitaire de 2020.

Recommandations

Tirer les enseignements de la gestion de crise

1. Revoir les dispositifs nationaux et régionaux de gestion des situations sanitaires exceptionnelles en les actualisant au vu de la pandémie actuelle et en cherchant à identifier d'éventuels angles morts (*DGS, SGMAS, DGOS*).
2. Évaluer, en termes de santé publique, les conséquences des déprogrammations, des transferts de patients et du renoncement aux soins durant la première vague de l'épidémie de covid 19 (*DGS, SPF*).
3. Pérenniser les acquis concernant l'anticipation des besoins et le suivi de la gestion des stocks de dispositifs médicaux et de médicaments. Constituer une réserve de soignants en soins critiques et mettre en place des modalités pour en assurer l'attractivité et la pérennité (*DGOS, DGS, SPF*).

Réformer l'organisation des soins critiques

4. Définir les critères permettant à une unité de surveillance continue (USC) de rester isolée, prévoir la mise en réseau territorial de ces USC avec un service de réanimation et déterminer un mode de coordination pérenne des soins critiques qui soit en mesure d'inclure les structures publiques et privées (*DGOS, ARS, CNP*).
5. Définir au niveau national les indicateurs de suivi de l'activité programmée et non programmée en soins critiques et prévoir la prise en compte par les ARS de ces résultats dans l'analyse des demandes d'autorisation ou de renouvellement d'autorisation de soins critiques (*ARS, DGOS*).
7. Expérimenter l'identification, pour les filières de soins les plus concernées, de lits « post-soins critiques », bénéficiant d'une permanence des soins médicale et paramédicale renforcée, afin de garantir un aval fluide et régulier des soins critiques tout au long de la semaine et de l'année (*DGOS, CNP*).
10. Réviser les conditions techniques de fonctionnement des unités de soins critiques pour les moderniser et améliorer leur modularité (*DGOS, CNP*).
11. Informatiser toutes les unités de soins critiques, garantir l'interopérabilité des systèmes d'information pour faciliter la constitution d'une base de données nationale en soins critiques afin d'assurer de meilleurs parcours aux patients et un suivi permanent de l'activité de ces unités (*DGOS, CNP*).
12. Réviser le modèle de financement des soins critiques afin de garantir la couverture des coûts s'agissant de soins qui ne disposent d'aucune alternative pour les patients (*DGOS*).

Anticiper les besoins futurs en matière de soins critiques

6. Évaluer, avec le concours des Conseils nationaux professionnels de médecine intensive-réanimation et d'anesthésie-réanimation et médecine péri-opératoire, l'impact du vieillissement de la population sur les besoins d'hospitalisation en soins critiques en prenant en compte l'incidence des progrès médicaux et des politiques de prévention à long terme et augmenter l'offre en conséquence (*DGOS, DGS, SPF, HAS*).
8. Amplifier le nombre de postes ouverts aux ECN en médecine intensive et de réanimation comme en anesthésie-réanimation, afin de tenir compte de l'augmentation des besoins en soins critiques, notamment en réanimation médicale, et des tensions démographiques de l'anesthésie et de continuer à bénéficier de la polyvalence des anesthésistes-réanimateurs (*DGOS, SGMAS*).
9. 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 (*DGOS*).

Introduction

Les services hospitaliers spécialisés en soins critiques visent à prévenir, diagnostiquer et traiter toutes les formes de défaillances d'organes vitaux chez des patients en situation critique dont le pronostic est grave mais potentiellement favorable.

La réanimation médicale est née avec l'épidémie de poliomyélite, qui a violemment touché la ville de Copenhague en 1952. Face à un afflux massif de patients et une inefficacité des traitements alors disponibles, les Dr H. Lassen et B. Ibsen, médecins anesthésistes, prennent l'initiative dans l'urgence, de mettre en place un traitement inédit par ventilation mécanique dispensé après une trachéotomie, qui permettra d'améliorer significativement le pronostic vital des patients. Ce traitement fonde l'organisation du premier service de réanimation, qui va par la suite essaimer au sein de la communauté médicale internationale.

En France, c'est le Pr P. Mollaret, de l'Hôpital Bichat-Claude-Bernard à Paris, qui en a été l'initiateur. L'organisation du premier service de réanimation de France s'est faite en parallèle de la parution des « Techniques de réanimation médicale » du Pr. J. Hamburger qui est venue consacrer, au cours de cette même année 1954, le nom donné à la spécialité naissante. Par son affirmation en tant que nouvelle spécialité médicale et son application en tant que service hospitalier, la réanimation a vu alors satisfaites les conditions nécessaires à son existence, et pour ses acteurs, celles nécessaires à leur identification en tant que groupe professionnel à part entière³. En parallèle de l'émergence de la réanimation médicale, s'est développée en France la spécialité d'anesthésie-réanimation, dans un climat parfois conflictuel entre ces deux activités : le Pr Mollaret s'est opposé par exemple, à la fin des années 50, à ce que les anesthésistes soient formés et pratiquent la réanimation.

En 1958, dans le cadre de la restructuration du parc hospitalier et du rapprochement entre soins, enseignement et recherche prévu par les ordonnances Debré, la discipline a trouvé un contexte favorable à son essor. Le développement des services de réanimation au sein des CHU s'est accéléré. Entre 1958 et 2002, cette activité s'est dotée de l'ensemble des instances de gouvernance d'une spécialité médicale à part entière: universitarisation de la spécialité en 1969, création de certificats et diplômes spécialisés à partir de 1972, créations des sociétés savantes (Srlf en 1971 et Sfar en 1982), jusqu'à la création en 1989 d'un collège national des enseignants de réanimation médicale.

L'année 2002 a marqué une accélération nette et la fondation de l'organisation actuelle. La discipline de réanimation a alors été reconnue comme une discipline de plein exercice s'émancipant de l'anesthésie avec la création du DESC de réanimation médicale. Dans le même

³ T. Denise. La fabrique des soins en réanimation : entre héritage clinique, injonctions managériales et incertitude médicale. Sociologie. Normandie Université, 2018.

temps, les pouvoirs publics structuraient la réanimation par la définition de conditions techniques de fonctionnement et organisaient les soins critiques en niveaux⁴.

Les soins critiques sont divisés en trois types d'activités : la réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue. Ces activités sont-elles mêmes spécialisées, soit en fonction de l'âge des patients pris en charge (nouveau-né, enfant, adulte), soit orientés vers une spécialité d'organe précise (cardiologie, neurologie, hématologie), soit s'inscrivant dans un parcours de soins (chirurgical, interventionnel ou purement médical). Dans l'immense majorité des cas, les soins critiques ne constituent qu'une étape dans un parcours hospitalier plus complexe.

Ces unités hospitalières présentent des niveaux de technicité différents et ne sont pas soumises aux mêmes contraintes juridiques, financières, techniques et humaines.

- la réanimation : La réanimation a été fondée en 1954 à Paris, au sein de l'hôpital Bichat-Claude Bernard. Elle représenta alors une nouvelle forme d'exercice de la médecine, modifiant en profondeur la thérapeutique et le pronostic des maladies aiguës avec défaillance des fonctions vitales⁵. Aujourd'hui, les unités de réanimation, niveau de prise en charge le plus complexe, doivent être aptes à soigner des patients présentant plusieurs défaillances viscérales aiguës simultanées (par exemple des défaillances circulatoire, rénale ou respiratoire), mettant en jeu le pronostic vital du patient et nécessitant des techniques lourdes de suppléance d'organe⁶. On distingue trois types de réanimation : réanimation médicale, réanimation chirurgicale et réanimation polyvalente.
- les soins intensifs : Dans le système français, les unités de soins intensifs (USI) sont orientées vers une médecine d'organe, c'est-à-dire spécialisée dans la prise en charge d'une défaillance isolée (cardiaque, neurologique, rénale, etc.) mais potentiellement grave. Du fait de leur caractère non polyvalent, les services de soins intensifs ne sont que partiellement inclus dans les analyses portées par ce présent rapport.
- la surveillance continue : 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 dispensé⁷. Ces unités sont issues du concept des unités de soins intermédiaires (ou Step Down Unit – SDU) fondées aux États-Unis dans les années 1980. L'objectif était d'améliorer la qualité de l'orientation des patients dès leur admission, permettant pour les patients les moins graves de limiter le coût humain logistique et financier des séjours en réanimation, tout en garantissant une surveillance rapprochée et une prise en charge de bonne qualité. Les USC proposent en effet un environnement de soins moins

⁴ 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.

⁵ Vachon, F. Histoire de la réanimation médicale française : 1954–1975. *Réanimation* 20, 72–78 (2011).

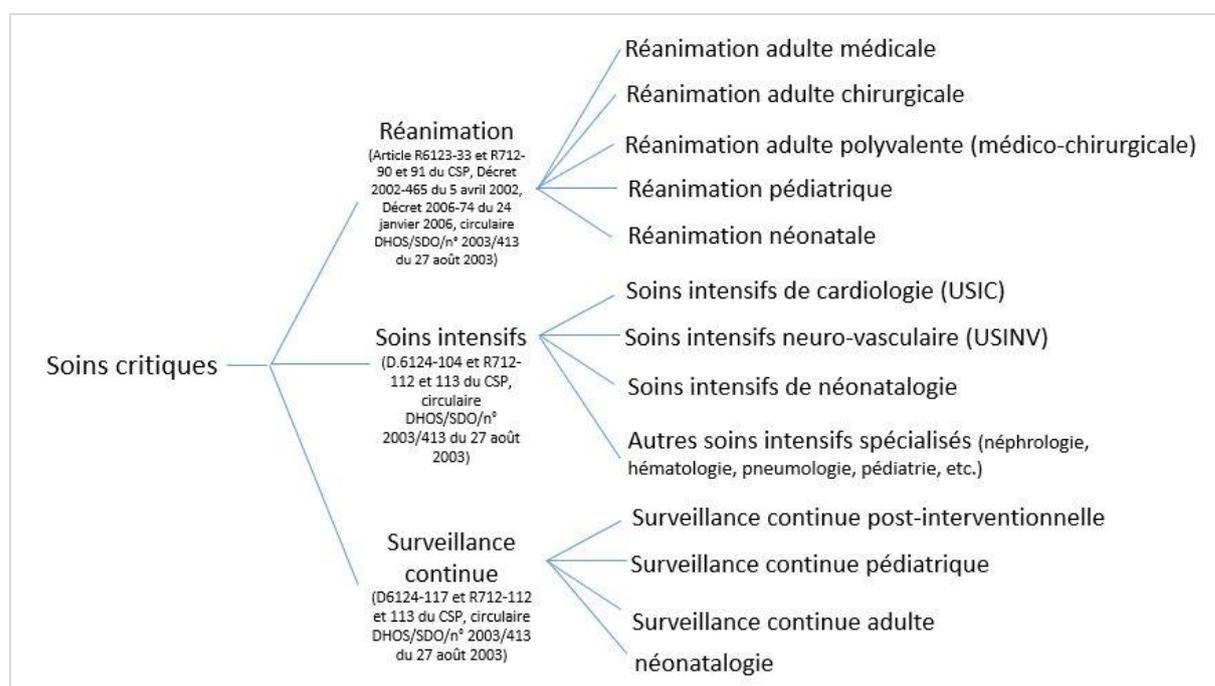
⁶ Les thérapies extra-corporelles sont utilisées en soins critiques pour suppléer des fonctions vitales : celles des reins (dialyse), mais aussi des poumons (respirateur) ou du système cardio-respiratoire (oxygénation par membrane extracorporelle).

⁷ Niveau intermédiaire entre les unités de réanimation et les unités de soins classiques, les USC peuvent prendre en charge durant quelques heures au plus des patients nécessitant une suppléance d'organe en rapport avec une défaillance viscérale aiguë.

agressif pour le patient et plus permissif pour l'entourage familial. Il s'agit ainsi de prendre en charge des patients ne relevant pas de la réanimation (pas d'acte de suppléance d'organe au-delà de 24 h), mais qui sont trop sévères pour une structure d'hospitalisation conventionnelle.

Au total, le panorama des soins critiques en France présente un large éventail de typologie de prises en charge.

Schéma n° 1 : panorama des soins critiques en France et principales bases réglementaires



Source : Cour des comptes

À titre d'illustration, les unités de réanimation pour adultes sont regroupées en trois catégories :

- les réanimations médicales prennent en charge des patients qui présentent des défaillances d'organes dans le cadre de l'évolution d'une pathologie médicale (ex : insuffisances respiratoire aiguë, choc septique). Ces unités représentent 17 % des lits de réanimation ;
- les services de réanimation chirurgicale (26 % des lits) prennent en charge les patients immédiatement après une intervention chirurgicale lourde (chirurgie cardiaque, neurochirurgie, polytraumatismes).
- les services de réanimation polyvalents (ou médico-chirurgicales) accueillent un recrutement plus large en médecine ou chirurgie (bien que les pathologies médicales représentent près de 80 % des patients de ces unités). Ces structures mixtes, qui

représentent 57 % des lits⁸, se retrouvent pour l'essentiel dans les établissements de taille intermédiaire à la différence des deux premières catégories représentées majoritairement dans les centres hospitaliers régionaux et universitaires (CHRU).

Bien que les soins critiques ne constituent qu'une faible proportion des hospitalisations réalisées chaque année en France (4,7 % toutes causes d'hospitalisation confondues⁹ et 7,9 % des seules hospitalisations complètes), ils représentent cependant à eux-seuls 20 % des journées réalisées en hospitalisations complètes selon l'ANAP¹⁰. Cette situation s'explique par une durée de séjour particulièrement longue. En effet, du fait du niveau de sévérité des situations des patients, une hospitalisation avec passage en réanimation dure en moyenne 16,8 jours¹¹ (21,8 jours pour les patients covid) contre 5,5 jours pour une hospitalisation conventionnelle. Le secteur public assure 67 % des prises en charge en soins critiques, le secteur privé lucratif 25 % et le secteur privé non lucratif 8 %.

Conséquence du haut niveau de technicité et de durées de séjours longues, les soins critiques représentent un coût important. En 2018, la collectivité nationale a consacré près de 7,2 Mds€¹² à la seule prise en charge des patients en soins critiques (6,6 Mds€ en 2014). Au sein de cette enveloppe, 3,3 Mds€ sont consacrés à la réanimation et 3,9 Mds€ aux activités de surveillance continue et de soins intensifs.

À la suite de la crise sanitaire qui a touché la France en 2020 et 2021, la Cour a cherché à dresser un état des lieux des soins critiques en France, à la fois dans leur capacité à faire face à la crise (I) mais également au regard des évolutions structurelles intervenues depuis 2014 (II). Il ressort de ces investigations la nécessité de mieux prévenir et anticiper les besoins en soins critiques au regard de l'accroissement du poids des maladies chroniques, du vieillissement de la population mais aussi de l'évolution des pratiques et du progrès médical. Il apparaît également nécessaire d'améliorer la gouvernance des soins critiques, de prendre en compte les différences de pratiques entre secteurs public et privé et d'outiller ces services de façon plus opérationnelle, notamment sur le plan informatique. Dès lors, il y a lieu de revoir durablement le mode d'allocation des ressources, qu'elles soient humaines ou financières, afin de mieux réguler le recours à des moyens lourds et exigeants, en temps normal comme en temps de crise.

⁸ Chiffres communiqués par la société de réanimation de langue française (SRLF).

⁹ Source : Atih. Proportion des séjours comprenant un passage en réanimation, soins intensifs ou surveillance continue, au regard des séjours totaux en médecine, chirurgie et obstétrique en hospitalisation complète ou partielle pour les adultes et enfants. Cette proportion est stable entre 2013 et 2019.

¹⁰ Premiers éléments d'organisation des filières de soins critiques en France, Anap, Juin 2020.

¹¹ Dont 6 à 7 jours en moyenne pour le seul séjour en réanimation.

¹² Il s'agit d'une estimation. En effet, l'échelle nationale des coûts ne permet pas d'identifier spécifiquement les charges liées aux seuls soins critiques. En l'absence de données nationales disponibles, la méthodologie retenue par la Cour est fondée sur le produit du cout moyen d'une journée d'hospitalisation en soins critiques issu du retraitement comptable (RTC-ATIH) par le nombre de journées produites dans l'année déduit du capacitaire installé et d'un taux moyen d'occupation de 85 %. D'autres méthodes de calcul font apparaître des valeurs plus élevées (ex : 3,9 Mds€ pour la seule réanimation – au lieu des 3,3 Mds€ cités *supra* - en se fondant sur les charges identifiées en comptabilité analytique pour un échantillon d'établissements représentant 13 % des lits de réanimation).

Chapitre I

Des leçons à tirer de la crise sanitaire

pour les soins critiques

I - UN PAYS QUI N'ÉTAIT PLUS PRÉPARÉ À LA SURVENUE D'UNE PANDÉMIE GRIPPALE

A - Les conséquences pour les services de réanimation d'une épidémie de type SRAS – MERS avaient été anticipées dans les années 2000

Depuis 2004, dans le cadre de la prévention des menaces sanitaires¹³, la France s'était dotée d'un Plan national de prévention et de lutte contre une pandémie grippale : le premier plan, datant d'octobre 2004, a été actualisé à plusieurs reprises jusqu'en 2009 et une nouvelle fois en 2011 à la suite de la pandémie de grippe H1N1.

La très forte tension sur les structures de réanimation en cas de pandémie avait été anticipée et quantifiée sur la base de modélisations demandées par la DGS à l'Institut de veille sanitaire (INVS) par la DGS. Prenant appui sur l'expérience de pandémies précédentes, ce dernier avait conclu qu'une pandémie pouvait se dérouler en deux vagues, la seconde plus grave que la première, et qu'elle pourrait se traduire par des détresses respiratoires conduisant à un afflux de patients en réanimation¹⁴.

Le Plan national de prévention demandait de prévoir une stratégie de montée en charge conduisant au doublement des capacités de réanimation, en s'appuyant sur la transformation de lits de soins critiques rendus disponibles par des déprogrammations, la mobilisation de

¹³ En cas de menace sanitaire grave, il appartenait au ministère de la santé¹³ de prescrire, par arrêté motivé et « dans l'intérêt de la santé publique toute mesure proportionnée aux risques courus et appropriée aux circonstances de temps et de lieu afin de prévenir et de limiter les conséquences des menaces possibles sur la santé de la population ». Il pouvait habilitier le représentant de l'État territorialement compétent à prendre toutes les mesures d'application de ces dispositions, y compris des mesures individuelles. »

¹⁴ Pour un taux d'attaque moyen de 25 % de la population, pendant 2 vagues de 10 semaines chacune, il était prévu plus de 15 000 000 de cas, environ 460 000 hospitalisations et 85 000 décès. Environ 15 % des hospitalisés pourraient nécessiter une réanimation dont la moitié une ventilation artificielle, soit respectivement près de 70 000 séjours et 35 000 patients sous ventilation artificielle.

personnels susceptibles de travailler en réanimation préalablement recensés et formés et l'utilisation d'équipements et dispositifs préalablement acquis.

Les établissements de santé ont ainsi dû se doter, depuis 2004, d'un plan blanc¹⁵ leur permettant « de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature [...] en cas d'afflux de patients ou de victimes ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle », les départements devant pour leur part disposer d'un plan blanc élargi « permettant la mobilisation si nécessaire de toutes les structures sanitaires et médicosociales et de tous les professionnels de santé pouvant être concernés par ce type d'événement ». Ces plans, blancs et blancs élargis, devaient comprendre une annexe « pandémie grippale », préparée au regard des recommandations d'un « Guide sur l'organisation des soins en pandémie grippale »¹⁶.

Plan national de prévention et de lutte contre une pandémie grippale

Guide sur l'organisation des soins en situation de pandémie grippale - Fiches de recommandations - Avril 2006 : extraits

Une pandémie grippale pourrait conduire à un nombre important de patients relevant de soins de réanimation. Compte tenu des formes cliniques connues, ce type de réanimation pourrait être lourd et long, comportant essentiellement une composante respiratoire.

Elle concernerait tant les enfants que les adultes. La spécificité de cette discipline et le nombre limité des capacités d'hospitalisation impose dès à présent de prévoir des modalités d'accueil [...].

Les pistes de travail

Les capacités d'hospitalisation

Les capacités d'hospitalisation en réanimation doivent pouvoir être doublées en tenant compte de :

- l'application des plans de déprogrammation qui conduiront à libérer des places de réanimation (déprogrammation de certaines activités chirurgicales) ;
- l'utilisation de salles de surveillance post interventionnelle (salles de réveil) et de leurs personnels rendus disponibles du fait de la non-activité de certains blocs opératoires ;
- l'utilisation des secteurs de soins intensifs et de soins continus.

Il conviendra de prévoir dans les plans d'organisation d'un établissement, d'une ville, d'un département ou d'une région, la mutualisation de ces moyens, permettant un regroupement des activités, une meilleure optimisation des ressources en personnel, en matériel et une meilleure protection de l'environnement (zones à forte densité virale / zone à faible densité virale).

Il conviendra si possible d'individualiser des lits ou services de réanimation à faible densité virale. Cette recommandation est à analyser site par site.

¹⁵ Art. 20 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

¹⁶ Circulaire DHOS n°2007-130 du 26 Mars 2007 relative à la diffusion du guide sur l'organisation des soins en pandémie grippale, à l'élaboration de l'annexe biologique « pandémie grippale » des plans blancs des établissements de santé et à la préparation du dispositif ambulatoire, pré-hospitalier et médico-social de prise en charge dans le cadre du plan blanc élargi

La création de lits de réanimation nécessaires jusqu'au doublement des capacités doit être anticipée. Le redéploiement des moyens utilisés pour l'activité chirurgicale programmée (anesthésiste - réanimateur, lade, etc.) vers l'activité de réanimation constitue une solution adaptée pour faire face à l'afflux de patients relevant de la réanimation.

Les moyens matériels

Les équipements minimums nécessaires au doublement des capacités incluent par patient pris en charge : un scope, un ventilateur, des seringues électriques, un système d'aspiration, etc. Le doublement des capacités des services de réanimation implique le doublement des consommables et des produits pharmaceutiques. Le fonctionnement des ventilateurs nécessite que soient examinées les conditions d'alimentation en oxygène (livraison, débit des installations, etc.).

Le personnel

Dans la mesure du possible, il est nécessaire que le personnel soit formé. La possibilité d'adjoindre, dans une certaine mesure, des IDE d'autres services reste ouverte, sous réserve d'une formation préalable.

Les effectifs médicaux peuvent être suppléés et renforcés par le redéploiement des anesthésistes-réanimateurs exerçant habituellement dans les blocs opératoires. Les effectifs paramédicaux peuvent bénéficier des mêmes règles de renforcement (infirmiers anesthésistes, infirmiers des salles de surveillance post-interventionnelle, etc.).

Dès à présent, chaque établissement de santé doit procéder au recensement du personnel d'anesthésie et de réanimation en activité dans ces services à ce jour voire ayant exercé durant les 5 dernières années. Le personnel n'exerçant plus formellement dans les services de réanimation doit pouvoir bénéficier d'une formation de remise à niveau dont la périodicité est à définir.

La post réanimation

Le circuit de sortie de réanimation doit être pris en compte dans les réflexions liées à la réanimation, l'objectif étant de répondre à un turn-over rapide. Les structures ou unités d'accueil dédiées à la post réanimation doivent être situées à proximité de ces unités. L'organisation des services de réanimation compte tenu de ce turn-over rapide devra prendre en compte les besoins en personnel de remise en état des locaux.

L'ensemble de ces actions nécessite au préalable que chaque région sous la coordination de l'ARH établisse un état des lieux :

- des capacités existantes d'hospitalisation en réanimation, des salles de surveillance post-interventionnelle, des soins intensifs et continus et des lits d'aval. Ce recensement doit être réalisé pour les secteurs adulte et pédiatrie ;
- des moyens matériels notamment des respirateurs ;
- des capacités de stockage et de distribution en oxygène des établissements ;
- des moyens en personnel soignant susceptible de suppléer et renforcer.

Cet état sera à mettre en regard de la modélisation des besoins conduite au niveau régional.

La cellule de crise, organe de commandement de l'établissement, aura un rôle essentiel. C'est à son niveau que devront être appréhendées toutes les questions relatives notamment à la logistique et aux décisions médicales.

Sur la base de ces modélisations et de la nécessité de prévoir un doublement des capacités de réanimation, la direction de l'hospitalisation et de l'offre des soins avait demandé aux sociétés savantes¹⁷ de préparer un cahier des charges détaillé d'organisation et de montée en charge des services de réanimation en situation de pandémie grippale : il a été publié en novembre 2007¹⁸.

B - Le schéma actuel Orsan est beaucoup moins spécifique

À partir de 2014 a émergé la volonté des pouvoirs publics de se doter d'un cadre général de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles (SSE), avec le double souci de limiter les plans spécifiques (plan pandémie grippale, plan NRBC...) et d'organiser une réponse régionale, sous la houlette des ARS en vue de mobiliser l'ensemble des acteurs du système de santé. C'est dans ce cadre qu'un « Guide méthodologique d'aide à l'organisation de l'offre de soins en situation sanitaire exceptionnelle » a été publié par le ministère de la santé en 2014, définissant un schéma de planification relatif à l'organisation du système de santé en situation sanitaire exceptionnelle, appelé « schéma Orsan »¹⁹. Les plans blancs élargis (PBE) étaient maintenus, mais comme un outil de réponse à disposition du préfet de département pour les situations dans lesquelles l'organisation du système de santé renforcée ne permet pas, à elle seule, de faire face à l'événement considéré.

En 2016, la loi de modernisation de notre santé²⁰ a consacré ce schéma Orsan, piloté au niveau de la région en complément sanitaire au plan Orsec relevant du préfet. La loi sur l'organisation et à la transformation du système de santé²¹ a encore renforcé le rôle des ARS, en leur confiant l'initiative de la réquisition de biens, services et professionnels de santé et en facilitant leur recours à la réserve sanitaire.

Au sein du dispositif Orsan que doivent élaborer les ARS dans chaque région, un plan Orsan REB²² a pour objectifs :

- d'assurer la prise en charge des patients atteints d'infection liée à un agent infectieux connu ou émergent notamment lorsqu'ils présentent un risque épidémique ;

¹⁷ Société de réanimation de langue française, la Société de pathologie infectieuse de langue française, la Société de pneumologie de langue française, la Société française d'anesthésie-réanimation, le Groupe francophone de réanimation et urgences pédiatriques, la Société française de médecine d'urgence et la Société française de néonatalogie.

¹⁸ Organisation de la réanimation en situation de pandémie de grippe aviaire - B. Guery, B. Guidet, S. Beloucif, D. Floret, C. Le Gall, P. Montravers, C. Chouaid, P.H. Jarreau, et B. Régnier – novembre 2007.

¹⁹ Le schéma Orsan comprend cinq volets, dont 3 s'inscrivent dans une logique régionale (accueil massif de victimes non contaminées (Orsan Amavi) ; prise en charge de nombreux patients suite à un phénomène climatique (Orsan Clim), gestion d'une épidémie ou pandémie sur le territoire national, pouvant comprendre l'organisation d'une campagne de vaccination exceptionnelle par le système de santé (Orsan Epi-Vac)) et 2 volets s'inscrivent dans une logique zonale (prise en charge d'un risque biologique connu ou émergent (Orsan REB), prise en charge d'un risque NRC (Orsan NRC).

²⁰ Art. 158 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 et décret "Orsan" du 6 octobre 2016.

²¹ Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019.

²² Risque épidémique et biologique.

- d'endiguer la propagation de l'agent infectieux (stades 1 et 2, voir *infra*) en mettant en œuvre les mesures de biosécurité requises par le patient et par la prise en charge des personnes contacts en cas de maladie à transmission interhumaine ou co-exposées ;
- d'atténuer les effets de l'épidémie au stade 3 (voir *infra*) en mettant en œuvre des mesures barrières populationnelles pour limiter la circulation du virus (confinement) et protéger les personnes fragiles (Ehpad, ...) tout en assurant la prise en charge des patients atteints par des formes sévères et graves dans les établissements de santé. La prise en charge des formes mineures et modérées est assurée en médecine de ville.

Au niveau des établissements de santé, chacun doit disposer d'un « plan de gestion des situations sanitaires exceptionnelles »²³, qui comporte deux niveaux d'activation : niveau 1 (plan de mobilisation interne) et niveau 2 (plan blanc). La méthodologie et la structuration du plan de gestion des situations sanitaires exceptionnelles ont fait l'objet d'une actualisation en avril 2019 pour prendre en compte les retours d'expérience des dernières crises (attentats, épidémies de grippe, d'arboviroses ou liées au virus Ébola, ...) et renforcer le cadre de la préparation des établissements de santé aux situations sanitaires exceptionnelles. Ce plan comprend un volet REB (risque épidémique et biologique) qui permet à l'établissement de santé d'organiser sa réponse face à une maladie infectieuse émergente à potentiel épidémique, dans le cadre du plan Orsan REB déclenché par le Directeur général de l'ARS ou le cas échéant, par le ministre de la Santé. Ce plan prévoit la mise en place d'une cellule de crise hospitalière chargée, sous la responsabilité du directeur, d'assurer la conduite de crise et la montée en puissance de l'établissement de santé selon des objectifs fixés par l'ARS en fonction de son plateau technique (établissement de santé de première, deuxième ou troisième ligne). Un volet formation complète le dispositif de réponse de l'établissement afin de former les professionnels de santé et autres personnels aux situations sanitaires exceptionnelles, dont le risque épidémique et biologique. La formation aux situations sanitaires exceptionnelles doit être intégrée au plan de formation de l'établissement et repose sur un cadre réglementaire précis.

Enfin, il est prévu que les établissements de santé doivent disposer dans ce cadre, des produits de santé et autres équipements, notamment de protection individuelle, nécessaires en situation sanitaire exceptionnelle (SSE) pour assurer la prise en charge des patients et la protection des personnels. Le plan de gestion des SSE s'articule avec le plan de continuité d'activité qui couvre quant à lui les risques liés à un impact sur les RH, les installations, et les consommables, ainsi qu'avec le plan de sécurisation d'établissement qui couvre lui les risques liés à la malveillance. Il prévoit les modalités de commandement, de réorganisation des ressources, des circuits patients, l'organisation des déprogrammations et de délestage.

Si, sur le papier, l'ensemble du dispositif est cohérent et présente à la fois les avantages d'une stratégie globale et une déclinaison opérationnelle pour chaque grande catégorie de situations exceptionnelles, et si le dispositif Orsan prévoit bien l'hypothèse de situations de pandémie, les outils mis à la disposition des autorités sanitaires régionales comme des établissements de santé sont bien moins spécifiques que les « plans pandémie grippale » depuis la moitié des années 2000 et préparent moins ces institutions à affronter une crise du type de la pandémie de covid 19.

²³ Ex-plan blanc. Art. L. 3131-11 du CSP.

Certes, des éléments des volets Orsan Amavi²⁴ et REB ont pu être utiles aux ARS durant la pandémie. Mais le « Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles », publié en 2019 par le Ministère des Solidarités et de la Santé, s'il se révèle bien adapté pour la gestion de crises se déroulant largement en extrahospitalier, réduit quasiment l'implication des établissements de santé à la contribution des SAMU et des services d'urgence. Ce document est quasi muet sur une organisation hospitalière mobilisant les soins critiques.

De fait, à la différence des plans et cahiers des charges spécifiques à une pandémie grippale entre 2004 et 2011, les documents officiels en vigueur au moment de la pandémie ne comportaient ni consignes ni orientations particulières pour parer au risque de la saturation des réanimations autorisées. La situation des soins critiques face à une pandémie de grande ampleur, de nombreuses détresses respiratoires graves et des durées de séjour longues en réanimation, n'a pas été pensée explicitement au sein de stratégies qui concernent l'ensemble des situations sanitaires exceptionnelles, d'abord caractérisées par un afflux massif et de courte durée d'un nombre exceptionnel de patients à l'hôpital et en premier lieu aux urgences.

C'est la raison pour laquelle, tirant les leçons de la première vague de la pandémie, le Conseil national professionnel d'anesthésie réanimation et médecine péri opératoire (CNP Armpo) a souhaité, en juin 2020, modéliser le concept de « réanimation éphémère ». En lien avec le Service de santé des armées, la Société française de pharmacie clinique et le CNP médecine d'urgence, il a été à l'initiative d'un « Guide d'aide à la mise en place et à la gestion d'une réanimation éphémère » dont l'objectif a été de fournir, aux professionnels et aux établissements des éléments généraux et pratiques pour préparer et conduire au mieux l'ouverture de « réanimations éphémères » si cela s'avérait à nouveau nécessaire.

De son côté, la DGS indique que des travaux interministériels relatifs au plan national de préparation et de réponse à une pandémie ont été initiés par le SGDSN à la demande du Premier Ministre. Elle affirme également que le guide méthodologique d'élaboration du dispositif ORSAN régional de 2014 est en cours de réactualisation pour prendre en compte les dispositions issues de la disposition de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé²⁵ et le retour d'expérience des crises antérieures (attentats, Ébola, Chikunguya, Zika, cyclone Irma...) et actuelle (covid 19). Il s'agit de renforcer l'organisation de la réponse en situation sanitaire exceptionnelle pilotée par l'ARS et d'optimiser la mobilisation des opérateurs de soins sur la base d'un corpus de plans opérationnels organisant, en fonction des risques identifiés, les parcours de soins et les modalités de coordination des différents acteurs du système de santé pour répondre aux situations sanitaires exceptionnelles, notamment la montée en puissance des soins critiques (adultes et enfants) ou l'organisation d'une vaccination exceptionnelle. La formalisation du dispositif Orsan national permettra de disposer du cadre définissant l'appui de l'échelon national aux régions impactées par une situation sanitaire exceptionnelle en précisant notamment :

- la mobilisation et la régulation nationale des ressources rares : soins aux grands brûlés, traumatologie et réanimation pédiatriques, prise en charge de patients hautement

²⁴ Accueil massif de victimes non contaminées

²⁵ Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

contagieux (Ébola, variole, peste pulmonaire), pathologies toxicologiques et radiologiques complexes.

- les modalités de renforts en professionnels de santé et en produits de santé et en équipements de protection individuelle ;
- les dispositions d'appui spécifiques aux outre-mer (Orsan DOM).

Ces travaux d'actualisation du cadre de doctrine du dispositif Orsan permettront en outre, de disposer du volet sanitaire reposant sur le plan Orsan risque épidémique et biologique (Orsan REB) du futur plan pandémie en cours d'élaboration sous l'égide du Secrétariat général à la défense et à la sécurité nationale (SGDSN).

II - La première vague : une prise de conscience qui fut lente, puis une adaptation très rapide et massive

A - En février 2020, les autorités sanitaires n'ont pas anticipé de possibles effets pour la réanimation

Le 20 février 2020, le ministère de la Santé a publié un « Guide méthodologique de préparation au risque épidémique lié à la covid 19 » à destination des établissements de santé, de la médecine de ville et des établissements médico-sociaux, leur indiquant que l'organisation à retenir s'appuiera sur le plan Orsan-REB élaboré par les ARS, décliné dans le volet REB des plans de gestion des tensions hospitalières des établissements de santé.

Il pose le principe d'une organisation sanitaire graduée pour assurer la prise en charge des patients classés « cas possibles » et « cas confirmés » à la covid 19, en s'appuyant sur une hiérarchisation fonctionnelle des établissements de santé à deux niveaux, visant à mettre en œuvre un dispositif de montée en puissance graduée si la situation le nécessitait. L'idée était d'identifier une filière de prise en charge des patients covid 19, de resserrer l'offre de soins autour de 38 établissements de santé pivots de première ligne – choisis au regard de leurs capacités de prise en charge bio sécurisée - chambre d'isolement de haute sécurité en service de maladies infectieuses ou de réanimation, et des capacités de diagnostics virologiques (laboratoire LSB3) – en veillant à préserver le fonctionnement habituel de la médecine de ville et des autres établissements de santé. Une deuxième ligne de réponse s'appuierait sur des établissements de santé disposant des moyens nécessaires et permettrait, si celle-ci est activée, d'augmenter les capacités hospitalières de première ligne.

En une seule phrase, ce guide de 37 pages évoque certes l'éventualité d'une déprogrammation d'activité qui pourrait être un levier pour permettre le redéploiement des capacités hospitalières et du personnel pour prendre en charge des patients covid 19 notamment en unité de soins intensifs (USI) et en réanimation. Mais en aucun cas ce guide ne prévoit, en cas de pandémie virulente, un afflux massif vers les soins critiques et *a fortiori* une montée en puissance des capacités de ces derniers : l'idée d'un doublement progressif des capacités en réanimation, qui constituait l'ossature des plans pandémie grippale, est absente. Toute la stratégie se concentre sur la sélection d'hôpitaux de référence, la gestion des entrées à l'hôpital, les urgences, les capacités d'isolement et de diagnostic des malades.

B - À la mi-mars, les autorités ont décidé une montée en charge rapide de la réanimation, grâce à une déprogrammation générale et nationale

C'est le 16 mars 2020, trois semaines après la publication de ce guide, que le ministère publie un nouveau « Guide de préparation à la phase épidémique de covid-19 » dont le contenu fait écho aux dispositions des plans de lutte contre une pandémie grippale élaborés lors de la décennie précédente.

Au vu des données disponibles, le ministère indique que « l'incidence des cas est maximale chez les personnes de plus de 50 ans, avec 14 % de formes sévères et 6 % de formes critiques nécessitant une hospitalisation. [...] Dans ce cadre, les estimations du nombre de patients à prendre en charge en unités de surveillance continue et services de réanimation seraient très supérieures aux épidémies de grippe saisonnière les plus sévères que nous avons connues jusque-là. [...] Outre la prise en charge des formes sévères de covid-19, l'enjeu majeur de cette épidémie sera la prise en charge des formes graves requérant des soins de réanimation. Le retour d'expérience en Chine et en Italie objective la nécessité d'anticiper la prise en charge de nombreux patients requérant des soins de réanimation, avec une montée en charge très rapide et un risque de saturation des capacités actuelles sans adaptation préalable des organisations ».

Le ministère demande donc à chaque établissement de santé de « définir une stratégie » pour la prise en charge de ces patients au regard des recommandations des sociétés savantes en date du 9 mars²⁶ et de « mettre en place avec tous les établissements de la région concernés une stratégie régionale afin d'être en capacité d'augmenter très significativement, en fonction des besoins, la disponibilité et la capacité de réanimation et de soins critiques dans la région, y compris en déprogrammant des soins/interventions chirurgicales non urgentes. Il doit être étudié la possibilité de mettre en place des unités de réanimation ou de soins critiques strictement ou prioritairement dédiées à la prise en charge de patients covid 19 ».

Il est donc demandé aux établissements :

- la mise à jour fiable des capacités en lits de réanimation, soins intensifs de type respiratoire ou pneumologique et de surveillance continue, et de renseigner celles-ci dans le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) ;
- une anticipation de la mobilisation des unités de surveillance continue (USC), des unités de soins intensifs en particulier respiratoires (hors cardiologie, neuro-vasculaire et réanimation très spécialisée de type neurochirurgical) et des unités de surveillance post-interventionnelle, soit pour être en mesure de les mettre à niveau (« upgrader »), soit pour raccourcir la durée de mobilisation de la réanimation ;
- la constitution d'un état des lieux des équipements biomédicaux (respirateurs, moniteurs, appareils d'oxygénation par membrane extracorporelle – ECMO, appareils d'épuration extra-rénale, ...)

²⁶ Recommandations d'experts portant sur la prise en charge en réanimation des patients en période d'épidémie à Sars-CoV2 – 9 Mars 2020 - SRLF-Sfar-SFMU-GFRUP-Spilf

- la vérification des stocks d'oxygène médical (niveau évaporateur et bouteilles) et de la disponibilité des autres fluides médicaux pour faire face à une suractivité ;
- le recensement des personnels compétents en réanimation et soins critiques selon les besoins et les normes légales, ainsi que des matériels et consommables nécessaires à une potentielle augmentation d'activité des unités de soins critiques ;
- la déprogrammation de toute activité chirurgicale ou médicale non urgente.

Il est par ailleurs demandé aux régions, sous la coordination de l'ARS, d'établir un état des lieux des :

- capacités existantes d'hospitalisation en réanimation, des salles de surveillance post-interventionnelle, des soins intensifs et de surveillance continue et des lits d'aval;
- moyens matériels disponibles, notamment des respirateurs ;
- capacités de stockage et de distribution en oxygène des établissements ;
- moyens en personnel soignant susceptible de suppléer et renforcer les équipes en place.

Les consignes du 16 mars 2020²⁷

Chaque établissement doit prévoir un plan progressif de recrutement de lits de réanimation immédiatement mobilisables (prise oxygène, air, monitoring, ventilateurs) ou potentiellement mobilisables (après redéploiement des locaux, du matériel et du personnel) compte tenu des déprogrammations. Le recensement des ventilateurs (de réanimation, de bloc opératoire, de transport) dans l'ensemble de l'établissement doit être fait et un processus d'armement des lits doit permettre une mobilisation des lits supplémentaires dans un délai court avec la mise à disposition des effectifs nécessaires.

Lorsque les capacités de prise en charge des patients graves sont dépassées, les soins de réanimation peuvent être dispensés dans des locaux non habituellement prévus à cet effet, mais qui auront été répertoriés au préalable afin d'optimiser au mieux les ressources de l'établissement de santé. L'objectif, en période de circulation active, voire très active du virus vise à ce que les établissements de santé ne prennent en charge que les patients les plus graves. Les soins aux patients les moins gravement malades seront dispensés en dehors de l'hôpital.

Il est nécessaire de préciser que les unités de soins intensifs spécialisés en particulier de neurologie et de cardiologie vont continuer à prendre en charge les patients relevant de leur discipline, il est donc nécessaire d'être vigilant à garantir une capacité en lits disponibles pour les prises en charge dans le cadre de l'urgence.

Les autres unités de soins intensifs et les unités de soins continus seront donc en première ligne pour soulager le travail des services de réanimation. L'optimisation de l'utilisation des réanimations suppose que tout malade ne nécessitant plus de support respiratoire puisse être transféré dans une unité plus légère (unité de surveillance continue, unité de soins intensifs, SSPI voire salle classique armée des équipements nécessaires).

²⁷ Ministère des solidarités et de la santé, Préparation à la phase épidémique de Covid-19, guide méthodologique, 16 mars 2020

Il convient de prévoir dans les plans d'organisation d'un établissement, d'une ville, d'un département ou d'une région, la mutualisation de ces moyens, permettant un regroupement des activités, une meilleure optimisation des ressources en personnel, en matériel et une meilleure protection de l'environnement.

Il est recommandé de prévoir un secteur à haute densité virale et un secteur à basse densité virale en réanimation. Cette recommandation est à analyser site par site.

Les équipements et matériels

Les équipements minimums nécessaires à cette très forte augmentation des capacités, incluent par patient pris en charge : un moniteur, un respirateur, des seringues électriques, un système d'aspiration, etc. Ainsi, un doublement des capacités des services de réanimation implique un doublement des consommables et des produits pharmaceutiques. Le fonctionnement des respirateurs nécessite que soient examinées les conditions d'alimentation en oxygène (livraison, débit des installations, etc.).

Les moyens matériels sont à anticiper qualitativement et quantitativement au regard des recommandations proposées par le Haut Conseil en Santé Publique et les sociétés savantes en anesthésie réanimation (SFRL, Sfar, ...). Un suivi régulier doit être réalisé au sein du service de réanimation comme de l'établissement et toute pénurie anticipée doit donner lieu à une alerte auprès de l'ARS.

Concernant l'utilisation d'oxygénation extra corporelle (Ecmo), le recours à cette technologie semble ne pas être très important en Chine et plus récemment en Italie. Les 91 établissements actuellement équipés semblent correspondre aux besoins anticipables à ce jour.

Le personnel

Les moyens humains utilisés pour l'activité chirurgicale programmée (anesthésiste-réanimateur, Iade, etc.) pourront être redéployés vers l'activité de réanimation. La création d'un pool de personnels ayant pratiqué dans les services de réanimation les cinq dernières années pourrait constituer une solution adaptée pour faire face à l'afflux de patients relevant de la réanimation mais également à la probable diminution des effectifs en lien avec la contamination nosocomiale ou l'indisponibilité familiale.

Le personnel n'exerçant plus formellement dans les services de réanimation doit pouvoir bénéficier d'une formation de remise à niveau dont la périodicité est à définir. Il est nécessaire de renforcer la formation de l'ensemble du personnel sur l'utilisation des équipements de protection personnelle (habillage/déshabillage). Les effectifs médicaux peuvent être suppléés et renforcés par le redéploiement des anesthésistes-réanimateurs exerçant habituellement dans les blocs opératoires. Les effectifs paramédicaux peuvent bénéficier des mêmes règles de renforcement (infirmiers anesthésistes, infirmiers des salles de surveillance post-interventionnelle, etc.).

La post-réanimation

Le circuit de sortie de réanimation doit être pris en compte dans les réflexions, l'objectif étant de répondre à un turn-over rapide des patients. Les structures ou unités d'accueil dédiées à la post-réanimation doivent être situées à proximité de ces unités.

L'organisation des services de réanimation compte tenu de ce turn-over rapide, devra prendre en compte les besoins en personnel pour la remise en état des locaux.

Le suivi des patients pris en charge dans les établissements de santé notamment en réanimation est réalisé via l'application SI-VIC. Cet événement SI-VIC est ouvert pour permettre le dénombrement des patients covid 19 hospitalisés, et assurer ainsi un suivi en temps réel de l'impact sur l'offre de soins (lits d'hospitalisation, réanimation, décès).

La prise en charge somatique doit être renseignée en distinguant bien les hospitalisations conventionnelles et les prises en charge en service de réanimation. Tout changement de statut (sortie de réa, décès, ou sortie de l'hôpital doit être renseigné) ainsi que les transferts vers un autre établissement doivent être renseignés.

À la mi-mars 2020, on retrouve donc et très souvent au mot près, les consignes élaborées dès 2006 mais qui ne semblent avoir été prises en compte que tardivement dans la gestion des possibles conséquences de la pandémie liée à la covid 19.

C - À partir de la mi-mars, l'adaptation a été rapide et de grande ampleur

1 - Le cadre : une déprogrammation nationale, malgré la concentration de l'épidémie dans certaines régions

Si la philosophie du dispositif Orsan est régionale, c'est bien une décision nationale et d'application générale qui a constitué la base de la gestion de la crise et a permis une profonde transformation du secteur des soins critiques.

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 2020²⁸ 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.

Les besoins programmés en réanimation, notamment ceux liés à une intervention chirurgicale lourde, ont largement diminué. La baisse de ces chirurgies majeures est apparue significative en avril (- 50,3 %) et mai 2020 (- 35,3 %), en comparaison des mêmes mois de 2019²⁹. De même, les séjours chirurgicaux³⁰, 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. Sur un échantillon de quatre interventions identifiées comme de bons marqueurs de la chirurgie programmée³¹, moins de 2 % de l'activité de l'année 2019 a été réalisée aux mêmes dates entre le 17 mars et le 10 mai 2020 et 35 % entre le 17 mars et le 30 juin 2020.

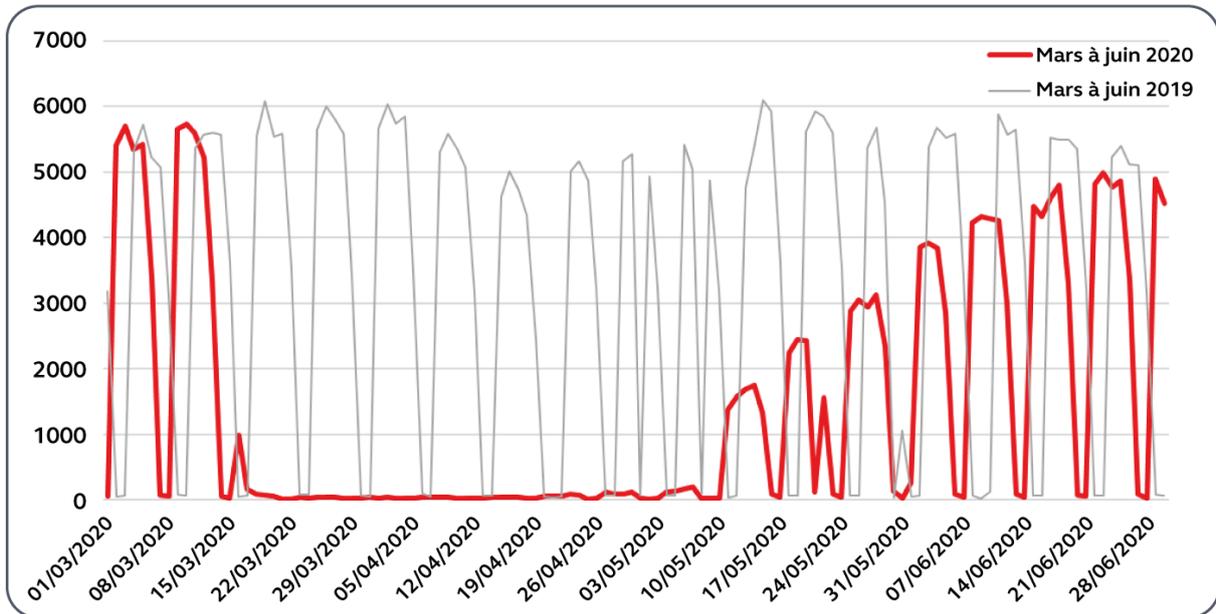
²⁸ L'activation du dispositif Orsan a entraîné le passage des hôpitaux au niveau 1 de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles. Le 6 mars, le niveau 2 de mobilisation a été activé afin de permettre aux établissements de déprogrammer les activités non essentielles. Le 12 mars, son application a été généralisée avec activation du « plan blanc » dans l'ensemble des établissements de santé du territoire.

²⁹ Données établies à partir des 10 GHM chirurgicaux les plus fréquemment associés à un séjour en réanimation adulte en 2019 (01C044, 05C032, 05C033, 05C034, 05C052, 05C053, 05C062, 06C043, 06C044, 26C024).

³⁰ D'après les données Diamant 2019-2020 établies à partir de l'ensemble des racines de GHM avec acte classant opératoire (GHM en C).

³¹ Libérations du canal carpien (01C15), interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie (02C05), amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans (03C10), chirurgie esthétique, sans complication significative (09Z02).

**Graphique n° 1 : évolution des entrées en chirurgie programmée
(entre le 1^{er} mars 2020 et le 1^{er} juillet 2020)**

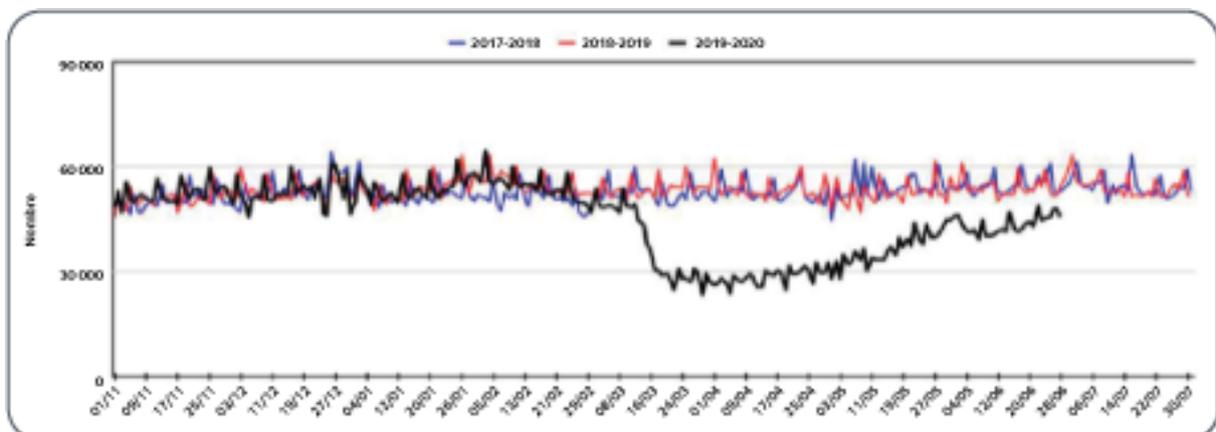


Source : Atih, PMSI, 2019 et 2020

Méthodologie retenue : évolution comparée de mars à juillet 2019 et 2020, des entrées dans des séjours identifiés comme de bons marqueurs de la chirurgie programmée : libérations du médian au canal carpien (01C15), interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie (02C05), amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans (03C10), chirurgie esthétique, sans complication significative (09Z02).

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, cette baisse s'expliquant, selon la DGS, tant par la peur de la contamination de certains patients que par la baisse de la traumatologie.

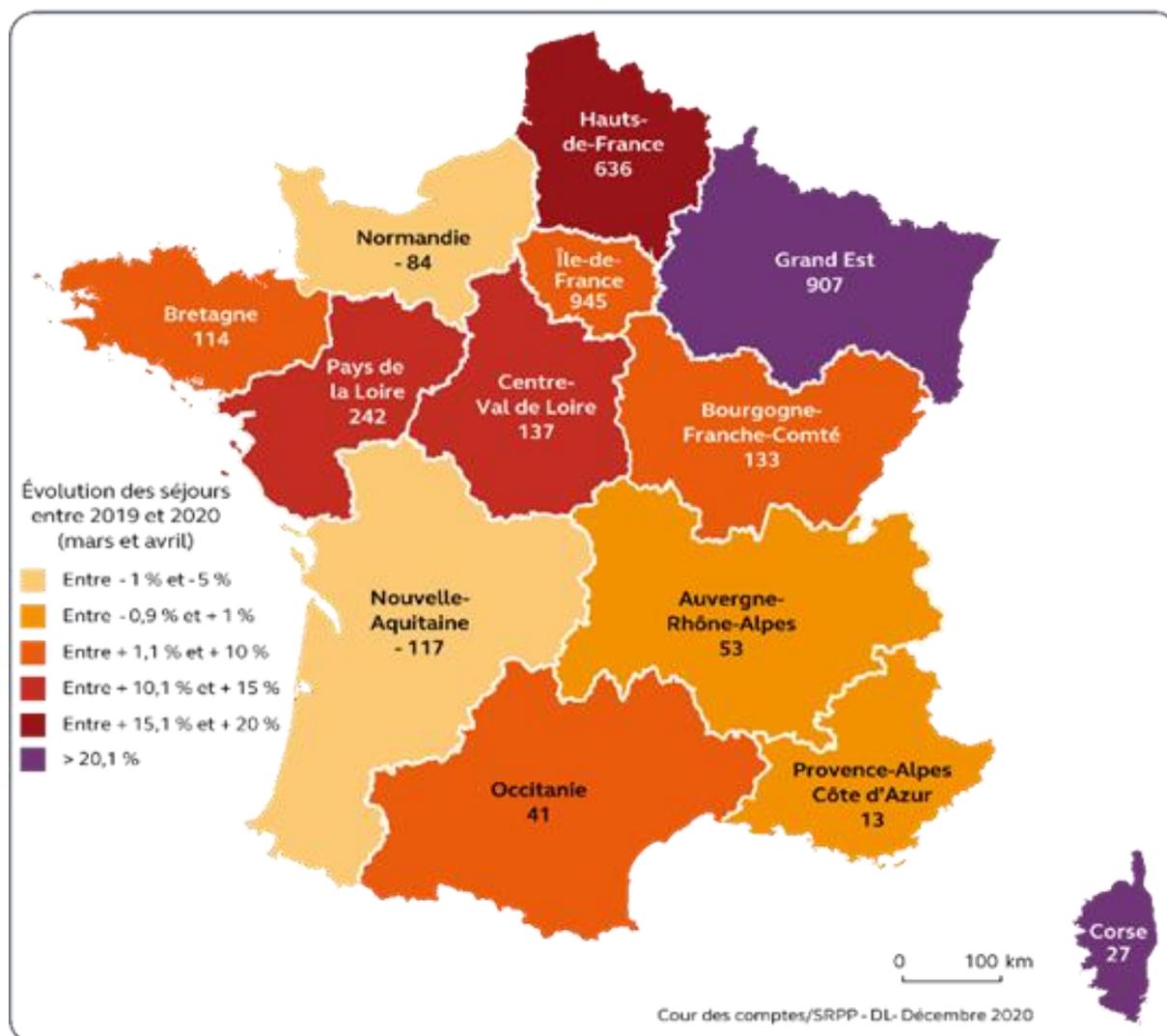
**Graphique n° 2 : nombre quotidien de passages aux urgences du réseau OSCOUR® –
Tous âges**



Source : Direction générale de la santé, réseau Oscour (Novembre 2019 à Juillet 2020)

Dans les faits, la déprogrammation est restée opérante jusqu'au déconfinement le 11 mai 2020 et cela sur tout le territoire national, quand bien même l'épidémie n'a frappé que quelques régions françaises avec beaucoup de violence.

Carte n° 1 : impact de la covid 19 sur l'activité 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 adulte en mars-avril 2020 au regard des mêmes mois de l'année 2019.

Comme le souligne l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes (ARA), une adaptation de la consigne de déprogrammation par les ARS n'a pas été autorisée, alors même que l'intensité de la circulation virale était très différente selon les départements de la région.

L'impact à long terme en termes de santé publique des déprogrammations intervenues durant la première vague de l'épidémie de covid 19 reste aujourd'hui inconnu et potentiellement considérable : son étude est indispensable et devra être engagée. Les premières études réalisées

à l'étranger sont en effet inquiétantes. À titre d'illustration, une étude italienne publiée en février 2021³² met d'ores et déjà en évidence durant la première vague épidémique, une forte baisse des séjours hospitaliers pour infarctus du myocarde en région Émilie-Romagne (- 42 %) et, de façon concomitante, une hausse de la mortalité extrahospitalière pour cette même cause (+ 62 % de février à avril 2020).

2 - Les moyens : la transformation accélérée de lits de soins critiques en lits de réanimation

Entre la mi-mars et la fin mai 2020, une réorganisation générale des services de réanimation a permis une augmentation des capacités d'hospitalisation. 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.

a) Une augmentation des capacités des unités existantes de réanimation, des autorisations exceptionnelles pour des établissements sans unité de réanimation

L'installation des lits de réanimation s'est faite par redéploiements 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 conventionnelles (en particulier ambulatoires)³³. À la fin de la première vague épidémique, le nombre de lits de réanimation est estimé à 5 800 par la Société de réanimation de langue française (SRLF)³⁴.

Les sites déjà autorisés à pratiquer la réanimation ont pu augmenter leur capacité sans autorisation particulière, l'autorisation concernant une activité et non un nombre de lits, sans que ce dernier soit plafonné. Il en a été différemment pour les autres établissements.

Le ministère et les ARS se sont appuyés sur le dispositif d'autorisations exceptionnelles d'activités de soins et d'équipements matériels lourds³⁵ mis en place en 2018 dans la perspective d'une crise sanitaire. Sur la base d'un arrêté du ministre de la Santé pour « menace sanitaire grave », les ARS peuvent délivrer des autorisations exceptionnelles pour une durée de 6 mois renouvelable une fois pour la même durée. En l'occurrence, un tel arrêté a été pris le 23 mars 2020³⁶.

³² In- and out-of-hospital mortality for myocardial infarction during the first wave of the covid 19 pandemic in Emilia-Romagna, Italy: A population-based observational study Campo, Gianluca et al., The Lancet Regional Health – Europe, Volume 3.

³³ Les lits de soins intensifs, majoritairement spécialisés dans la prise en charge des défaillances cardiologiques ou neurologiques, n'ont pas été mobilisés durant la crise. Source : Conseil national professionnel d'anesthésie-réanimation et de médecine péri-opératoire (CNP Armpo).

³⁴ Au 31 décembre 2019, le nombre de lits de réanimation adulte était de 5 080 (SAE).

³⁵ Art. L. 6122-9-1 et R. 6122-31-1 du code de la santé publique.

³⁶ Il a été abrogé le 10 juillet 2020 pour tout le territoire français, à l'exception de Mayotte et de la Guyane qui continuaient à subir une forte vague épidémique.

Au 20 juillet 2020, 213 autorisations exceptionnelles avaient été accordées, dont 123 de réanimation, 37 de soins de suite et de réadaptation (SSR), 22 de traitement du cancer et 31 d'autres activités de soins et équipements matériels lourds :

- 46 établissements de santé publics ont bénéficié de 55 autorisations exceptionnelles ;
- 23 établissements de santé privés non lucratifs ont bénéficié de 27 autorisations exceptionnelles ;
- 115 établissements de santé privés lucratifs ont bénéficié de 131 autorisations exceptionnelles.

La montée en puissance a été très rapide : parmi ces autorisations, 124 ont été accordées au cours du mois de mars et 78 au cours du mois d'avril.

Graphique n° 3 : distribution par date des décisions d'autorisations de réanimations des DG ARS (source : ARHGOS)



Source : DGOS

Si la réanimation a été la principale activité concernée par ces autorisations exceptionnelles (60 %), les activités de SSR spécialisés (25 soit 12 %), le traitement du cancer (22 soit 10 %) et la médecine (16 soit 7 %) ont également été touchées. Toutes les autorisations ne se sont pas traduites par une mise en œuvre effective. Ainsi, sur 75 sites privés lucratifs autorisés à la réanimation, 41 (54 %) ont accueilli au moins un patient covid 19 en réanimation et 52 (69 %) ont accueilli des patients non-covid 19 en réanimation. 18 autorisations (24 %) n'ont pas été mises en œuvre. S'agissant des sites privés non lucratifs, sur 19 sites autorisés à la réanimation, 14 (73 %) ont accueilli au moins un patient covid 19 en réanimation et 12 (63 %) ont accueilli des patients non-covid 19 en réanimation. 2 autorisations (10 %) n'ont pas été mises en œuvre. Pour les sites publics, sur 30 sites autorisés à la réanimation, 21 ES (70 %) ont accueilli au moins un patient covid 19 en réanimation et 22 (73 %) ont accueilli des patients non-covid 19 en réanimation. 5 autorisations (16 %) n'ont pas été mises en œuvre.

b) Ressources humaines : un renfort interrégional massif de personnels, provenant en majorité d'unités concernées par la déprogrammation

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.

Une étude³⁷ conduite auprès de 336 unités de soins critiques estime que 30 % d'effectifs supplémentaires ont été mobilisés pour les médecins et les IDE, 55 % pour les aides-soignants et 60 % pour les internes (cf. annexe 5).

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-réanimation³⁸ se sont révélées particulièrement précieuse lors de la première phase épidémique. La grande majorité des effectifs supplémentaires mobilisés provenait d'unités concernées par la déprogrammation des activités chirurgicales. 85 % des 2 500 médecins renforts étaient des anesthésistes réanimateurs ayant cessé leur activité d'anesthésie. Environ 2 300 infirmiers anesthésistes diplômés d'État (Iade) et 1 000 infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État (Ibode) sont également venus en renfort, de même que 4 000 infirmiers diplômés d'État (IDE) de soins généraux. Ils n'ont cependant pas été les seuls : d'autres personnels ayant eu une expérience passée en réanimation ont pu rejoindre les effectifs des unités. Des internes ont été réaffectés, des externes ont également mobilisés.

Cela a été rendu possible par le fait que l'épidémie n'était pas également virulente dans les différentes régions françaises et par la déprogrammation de l'activité chirurgicale. Ces renforts médicaux et paramédicaux ont en effet pu provenir de régions moins touchées. L'ARS Bretagne a ainsi mobilisé les acteurs de santé et les facultés de médecine pour répondre à des demandes de renforts en moyens humains dans les services de réanimations des régions les plus touchées, gestion qui a pris la forme de mises en relations directes entre établissements.

Certains volontaires, personnels, internes ou externes ont été employés ou se sont mis à disposition des établissements en dehors de leurs compétences habituelles : ainsi, des élèves infirmiers ou des élèves médecins sont devenus infirmiers ou aides-soignants, quand des médecins devenaient infirmiers, voire brancardiers, comme l'ont fait des chirurgiens à l'hôpital Saint-Joseph à Paris. Les établissements ont dû organiser des procédures de formation accélérée : à l'AP-HP, entre le 27 mars et le 16 avril, 1 950 médecins, étudiants en médecine, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, biologistes et IDE scolaires en ont bénéficié.

Pour satisfaire ces besoins de renforts, des initiatives locales ont été développées : plateformes de mise en relation de type #Renforts covid en Ile-de-France, avec des partenaires privés intervenant dans la gestion des remplacements dans le secteur de la santé comme MedGo ou Whoog, mobilisation des acteurs locaux (réseau des centres hospitaliers universitaires – CHU et des centres hospitaliers – CH), des facultés de médecine, appel à volontariats régionaux,

³⁷ JY. 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).

³⁸ Cette double spécialisation existe aussi en Italie ou en Allemagne.

etc. Ces initiatives spontanées, indispensables dans l'urgence, ont parfois pu parfois conduire en raison de leur multiplicité à un « brouillage » de la communication en direction des mêmes publics.

C'est le 27 mars, alors que la situation était très tendue en Île-de-France et dans le Grand-Est, les capacités de plusieurs établissements y étant saturées, que le ministère a mis à disposition des établissements de santé un *vade-mecum* sur la mobilisation des personnels de santé (hors étudiants en santé). Il en récapitulait les quatre modalités principales : la réaffectation des personnels en poste, le volontariat avec possible mise en relation des établissements et des professionnels entre eux via les ARS, la mobilisation de la réserve sanitaire (soit par arrêté du ministre, soit par l'ARS) et la réquisition³⁹ ⁴⁰. Il précisait que la modalité de mobilisation la plus pertinente dépendait du statut des personnels et également du territoire considéré. Le ministère indiquait enfin aux ARS qu'elles pouvaient décider de réquisitionner des personnes s'étant portées volontaires, afin de leur offrir un cadre juridique et financier centralisé. Des volontaires sans emploi ou salariés/agents pouvaient être recrutés sur la base d'un CDD (cumul d'activité pour un agent public, cumul d'emploi pour un salarié, cumul emploi/retraite pour une personne retraitée). Des volontaires salariés ou agents d'un établissement de santé public ou privé pouvaient être recrutés dans le cadre d'une mise à disposition. Une instruction du 19 mars 2020 a décrit le cadre de la mobilisation des étudiants en santé : ils ont pu, soit être réaffectés au sein du même établissement d'affectation – sans autorisation particulière – soit être réaffectés sur d'autres lieux de stages – en coordination entre les facultés, instituts de formation en soins infirmiers (Ifsi) et les ARS sur la base du volontariat des étudiants et après autorisation de l'ARS pour les internes de médecine, de pharmacie ou d'odontologie. Certains étudiants en médecine ou en soins infirmiers pouvaient également exercer sous forme de vacations, soit pour des plages horaires permettant d'assurer la continuité des soins, soit pour l'exercice de fonctions d'aides-soignants ou d'infirmier.

Un arrêté du 28 mars 2020 a complété ce dispositif en fixant les modalités d'indemnisation des professionnels de santé en exercice, retraités ou en cours de formation réquisitionnés dans le cadre de l'épidémie⁴¹. De fait, les cadres d'exercice, de rémunération ou d'indemnisation des effectifs supplémentaires venus renforcer les équipes habituelles des unités de soins critiques ont été très variés.

L'association de ces renforts a requis un énorme effort en gestion des ressources humaines de la part des établissements de santé concernés, d'autant que les plans de continuité d'activité

³⁹ Le 7 mai, il publiait également une fiche organisant également la possibilité pour les établissements de santé de recruter des praticiens à diplômes hors Union européenne (Padhue), non autorisés à exercer la médecine en France mais qui s'étaient portés volontaires.

⁴⁰ Décidée par le préfet sur la base d'arrêtés individuels ou collectifs, en application de l'article 12-1 du décret n° 2020-293 du 23 mars 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid 19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire.

⁴¹ Médecins et infirmiers libéraux, remplaçants, retraités ou salariés des centres de santé, étudiants du troisième cycle en médecine, en pharmacie et en odontologie. Étudiants : étudiants de 3ème cycle en médecine et en pharmacie ainsi que les étudiants ayant validé la 2ème année de leur 2ème cycle en médecine et en pharmacie et les étudiants en soins infirmiers inscrits en deuxième ou troisième année d'études préparant au diplôme d'État d'infirmier. L'arrêté prévoyait que leurs éventuels frais de déplacement et d'hébergement sont pris en charge selon les modalités applicables aux déplacements temporaires des personnels civils de l'État et versées par la caisse primaire d'assurance maladie du département.

ont dû prendre en compte la suractivité et les difficultés liés à l'absentéisme de certains personnels : personnes à risque, garde d'enfant, personnes contaminées par le virus Sars-cov-2. Les modalités de l'association des personnels des établissements de santé privé n'ont pas toujours été sans problèmes. Le CNP Armpo estime ainsi que la mise à disposition des Iade, personnels salariés des praticiens employeurs, s'est effectuée de façon « désordonnée » et « *sans aucune garantie de la part des établissements* » : des Iade ont été payés sur la base de la grille salariale des infirmiers de soins généraux et non sur celle des Iade. Les médecins exerçant dans le privé, dont le mode de rémunération est le paiement à l'acte, ont accompli des missions diverses (transformation d'USC en unité de réanimation, participation aux cellules de crise et au comité d'éthique, renfort dans d'autres régions sous forme de mission), qui n'ont pas été rémunérées⁴².

Pour mettre à niveau les compétences de certains renforts, les établissements ont dû organiser des procédures de formation accélérées. À l'AP-HP par exemple, entre le 27 mars et le 16 avril, 49 sessions de formation accélérée en soins infirmiers dans le cadre de l'épidémie de covid 19 ont été organisées pour 1950 médecins, étudiants en médecine, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, biologistes et IDE scolaires. Du 4 avril au 28 avril, 13 sessions de formation en soins infirmiers en réanimation ont été dispensées à 280 IDE de services généraux ou IDE ayant fait de la réanimation dans le passé.

*c) Un ajustement supplémentaire dans les régions très impactées :
des transferts de patients*

En raison de la déprogrammation nationale de tous les soins/interventions non urgents, il n'a pas été envisagé de transferts de patients non-covid pour lesquels des interventions chirurgicales avaient été programmées pour après la mi-mars ou qui en auraient eu besoin ensuite.

La gestion de la crise s'est en revanche traduite par de nombreux transferts interrégionaux de patients atteints de la covid 19 des régions très touchées (Grand-Est, Bourgogne-Franche-Comté, Ile-de-France) vers des régions qui l'étaient moins (cf. annexe) Devant la saturation des réanimations dans certaines régions, les seules options étaient en effet, soit de construire *ex-nihilo* des hôpitaux, soit de transférer des patients, option qui a été choisie au niveau national.

Différents vecteurs médicalisés ont été utilisés dans ce cadre : trains, avions et hélicoptères civils et militaires, ambulances, bateaux. Ils ont bénéficié de la mobilisation des opérateurs civils et militaires de transport concernés, des équipes médicales des unités de réanimation qui ont transféré des patients et qui les ont accueillis mais aussi celles qui ont assuré la médicalisation des transports sans oublier les équipes de secours pour la logistique. En Île-de-France, 10 % des patients de réanimation au pic de la première vague ont ainsi été transférés.

Des transferts importants ont également été organisés vers des établissements de santé des pays voisins (Allemagne, Autriche, Luxembourg et Suisse). Parmi les 659 patients évacués dans le cadre d'opérations interrégionales en métropole en mars et avril dernier, 166 l'ont été vers d'autres pays d'Europe :

⁴² Ils ont pu bénéficier d'une compensation pour pertes d'activité libérale par l'assurance maladie, dont l'objectif n'était cependant pas le maintien du revenu

Tableau n° 1 : Transferts transfrontaliers

Total des transferts transfrontaliers	166
Allemagne	119
Autriche	3
Luxembourg	11
Suisse	33

Source : Direction générale de la santé

Le personnel militaire des services de réanimation et de bloc opératoire a contribué à l'évacuation de patients : il a ainsi assuré le soutien des missions Morphee (modules de réanimation pour patient à haute élongation d'évacuation) et Merope (module d'évacuation de réanimation en opération) et contribué aux missions dites Chardon d'évacuation de patients par TGV.

**Tableau n° 2 : contribution de personnels du service de santé des armées
à des opérations d'évacuation**

Morphee	29 agents SSA	36 patients Covid REA évacués
Merope	12 agents SSA	7 patients Covid REA évacués
PHA Tonnerre (Corse)	32 agents SSA	12 patients Covid REA évacués
TGV Chardon	16 agents SSA	

Source : CNP Armpo

Selon la SRLF, quelques dysfonctionnements ont pu être répertoriés sur le territoire dans l'organisation de transferts interrégionaux de patients. Elle indique ainsi que « *dans certaines régions, en l'absence de coopération délibérée ou par méconnaissance du maillage, les réanimations du secteur privé sont restées vides. Il y a des cas répertoriés où des transferts transfrontaliers de longue distance ont été réalisés à partir d'établissements publics malgré des places en réanimation dans des établissements privés de proximité immédiate* ». Par ailleurs, « *les transferts ont été très souvent réalisés sans que l'équipe qui adressait le patient ni la famille ne connaissent la destination du patient. La destination finale des patients a dû être recherchée a posteriori en appelant les hôpitaux de la région vers laquelle le patient avait acheminé* ».

Au-delà des aspects techniques et organisationnels issus du retour d'expérience qui a conduit à optimiser le dispositif et à le formaliser par instruction⁴³, une étude est menée sous l'égide de la DGS avec l'appui de l'École des hautes études en santé publique (EHESP) pour en évaluer les effets et les conséquences : même si les patients qui ont été transférés ont été sélectionnés et devaient correspondre aux situations les moins instables, le transport d'un

⁴³ Instruction n° DGS/CCS/DGOS/2020/71 du 18 mai 2020 relative à l'organisation des transferts infrarégionaux, interrégionaux et internationaux de professionnels de santé et de patients atteints du covid 19

patient grave (en l'occurrence un patient sous respiration artificielle) est un exercice qui met en jeu sa vie. Cette étude associe le service de santé des armées (SSA), les ARS concernées, le Conseil national de l'urgence hospitalière, le Réseau national de l'urgence médico-psychologique, la Société française de médecine d'urgence, la Société de réanimation de langue française, la Société française d'anesthésie-réanimation, la Société de pathologie infectieuse de langue française, Samu-Urgences de France et la coordination du risque épidémique et biologique. Elle a pour objectif d'évaluer l'impact médical de ces transferts en termes de morbi-mortalité sur la cohorte des 661 patients qui ont été transférés dans le cadre de l'épidémie de covid 19⁴⁴.

3 - Les médicaments et dispositifs médicaux : un secteur en forte tension lors de la première vague, qui a fait l'objet d'une utile régulation

a) La majeure partie des prescriptions médicamenteuses en soins critiques se concentre sur quelques molécules

Les médicaments utilisés en service de soins critiques sont des produits pharmaceutiques accessibles seulement depuis les pharmacies à usage intérieur (PUI) des établissements hospitaliers. La plupart sont des produits injectables, avec différentes fonctions, comme celles d'anesthésier, de relâcher les muscles pour faciliter l'intubation des patients (curares), ou encore des analgésiques, souvent morphiniques, pour atténuer les douleurs. Parmi les anesthésiques généraux, on trouve ainsi le *Diprivan* et le *Midazolam*, Du côté des curares, on trouve le *Cisatracurium* et la *Celocurine*. Enfin, du côté des produits anesthésiants ou analgésiques, le *Remifentanyl* et le *Sufentanyl*. Les productions sont essentiellement françaises et européennes (Autriche, Allemagne, Lettonie, Royaume-Uni, Espagne, Italie).

b) La crise sanitaire a considérablement perturbé ce secteur

Au printemps 2020, un manque structurel d'anticipation et l'ampleur inédite de la crise dans le monde ont eu pour conséquences des difficultés d'approvisionnement en médicaments.

Dès la mi-mars, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a signalé au centre de crise sanitaire l'existence de tensions très importantes pesant sur cinq molécules principales : les curares (*Atracurium*, *Cisatracurium*, *Rocuronium*) et les hypnotiques (*Midazolam* et *Propofol*).

La fréquence de suivi des stocks des laboratoires n'a pas permis de détecter suffisamment en amont cette situation. En effet, l'épidémie s'est caractérisée pendant sa première vague par un nombre important de patients nécessitant plusieurs semaines de ventilation et l'administration de traitements spécifiques en quantités bien supérieures à celles habituellement utilisées. Il en est résulté une augmentation très forte des besoins pour certains médicaments et

⁴⁴ Au 30 juin 2020, les résultats préliminaires de cette étude suggèrent que les équipes cliniques ont sélectionné les patients les plus aptes à supporter une évacuation sanitaire sur la base de critères pertinents. Par ailleurs, les transferts n'ont pas entraîné chez les patients concernés de perte de chance détectable selon le risque brut de mortalité. Une analyse fine de l'impact des transferts tenant compte de paramètres cliniques (âge, facteurs de risque, sévérité) et des modalités de transfert (nombre et type de vecteurs utilisés, ruptures de charge clinique et matérielle, événements cliniques durant le transfert, durée) est cependant nécessaire pour confirmer ce résultat.

notamment pour les produits utilisés pour le coma artificiel et la réanimation. D'autre part, en anticipation de l'aggravation de la crise, les établissements de santé ont immédiatement réalisé des commandes de médicaments dans des proportions très importantes, ce qui a accéléré la rupture temporaire de distribution de la part des fabricants. Enfin, un grand nombre de pays étant frappés par l'épidémie de covid 19 au même moment, la demande mondiale pour les médicaments de la catégorie des curares, des hypnotiques, des anesthésiques et des sédatifs a ainsi été démultipliée, atteignant parfois 2 000 %. Ce manque de médicaments en volume s'est accompagné par la difficulté pour les fabricants de prioriser la distribution au regard des sites concernés par la prise en charge de patients atteints de la covid 19. En effet, au début de la crise, il n'existait pas d'outil permettant une visibilité sur les stocks des pharmacies à usage intérieur des établissements de santé.

c) Une adaptation rapide et durable du secteur sous l'effet de la crise sanitaire

Face à cette situation potentiellement catastrophique, une remarquable adaptation a été conduite par les acteurs nationaux et territoriaux en un temps très resserré. Un plan d'action fondé sur cinq axes, piloté par une cellule spécifique, a été mis en place :

- une surveillance hebdomadaire puis quotidienne par l'ANSM des productions et des stocks de médicaments détenus par les laboratoires pharmaceutiques a été organisée ;
- la Sfar et la SRLF ont produit des recommandations visant à améliorer les pratiques et réduire les tensions sur les molécules les plus concernées ;
- la plateforme « maPUI.fr »⁴⁵ a été déployée au niveau national dès la première semaine d'avril et a permis la mise en place d'un suivi d'une quarantaine de molécules différentes, dont les cinq molécules prioritaires et d'une dizaine de dispositifs médicaux en tension ;
- l'achat par l'État des stocks disponibles auprès des laboratoires⁴⁶ a été mis en place . En application du décret du 23 avril 2020⁴⁷ prévoyant la centralisation de l'achat de certains médicaments, l'État a acheté l'intégralité des stocks disponibles chez les fournisseurs des cinq molécules critiques pour organiser une distribution des établissements de santé en fonction de leurs besoins ;
- la production et l'internalisation de la fabrication a été organisée, via l'acquisition de matières premières et leur transformation auprès de façonniers nationaux ou de pharmacies hospitalières ;

⁴⁵ Système d'information permettant de connaître quotidiennement l'état des stocks disponibles au sein des pharmacies à usage intérieur (PUI) des établissements de santé et de procéder à des dépannages inter-établissements, en lien avec les ARS.

⁴⁶ Entre le 25 avril 2020 et le 31 juillet 2020, SPF est devenue l'acquéreur exclusif pour le compte de l'État des molécules prioritaires nécessaires pour prendre en charge les patients covid 19 en services de réanimation. Le décret n° 2020-911 du 27 juillet 2020 a par ailleurs étendu la liste des médicaments prioritaires. Elle en compte désormais 10) avec l'ajout de *vécuronium*, *gamma-OH*, *étomidate*, *noradrénaline* et *tocilizumab*.

⁴⁷ Décret n° 2020-466 du 23 avril 2020 complétant le décret n° 2020-293 du 23 mars 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid 19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire.

- l'instruction du 24 avril 2020⁴⁸ a appelé les professionnels de santé à envisager « *toutes les mesures permettant l'économie la plus stricte de ces médicaments* ». Ainsi les prescripteurs ont modifié leurs protocoles pour utiliser les molécules disponibles équivalentes de cette classe thérapeutique comme avec le *cisatracurium*. De plus, les possibilités d'utilisation d'agents potentialisateurs (molécules favorisant l'efficacité du principe actif) ont été explorées par les prescripteurs pour optimiser les doses utilisées ;
- le dispositif « Boucle Réa »⁴⁹ a permis à toutes les parties prenantes de dialoguer et aux sociétés savantes de diffuser des recommandations de prise en charge des patients covid dans le contexte de tension d'approvisionnement en médicament.

La stratégie mise en place a permis d'éviter des ruptures sèches de médicaments pour les soins de réanimation malgré les tensions extrêmement fortes rencontrées. Cette gestion de crise a également permis de pérenniser certains outils comme « MaPUI.fr » devenu depuis « e-Dispostock » administré désormais par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih). En cela, la crise sanitaire a agi comme un levier d'améliorations pérennes évident.

« MaPUI.fr » : un outil, né de la crise, aujourd'hui pérennisé

Au début du mois d'avril 2020, l'outil de suivi « MaPUI.fr » a été déployé sur l'ensemble du territoire afin de suivre les stocks des pharmacies à usage intérieur. Il fait partie des outils internes de gestion de la crise sanitaire au même titre que le SI-DEP⁵⁰ ou que Sivic⁵¹. « MaPUI.fr » est basé sur des exports de l'état des stocks pharmaceutique à partir des logiciels internes des PUI des établissements de santé. Ce suivi des stocks facilite au niveau régional et national, le calcul des dotations pour les médicaments prioritaires attribuées aux établissements pour répondre aux besoins des patients pris en charge en réanimation et de la reprise d'activité post-crise. Ainsi les ARS peuvent procéder à des redéploiements entre établissements de leur territoire en fonction des besoins. Au 20 mai 2020, près de 700 PUI alimentaient quotidiennement cette plateforme et plus de 2 200 PUI au 30 juin.

Afin de disposer d'une solution pérenne de suivi des stocks dans les établissements disposant d'une PUI, un nouveau cadre réglementaire a été défini en octobre 2020⁵². L'objectif d'e-Dispostock, administré par l'Atih, est de permettre un suivi national et régional pérenne, par les ARS et les observatoires du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique. La plateforme MaPUI.fr reste ouverte durant la transition, et les données transmises seront acceptées pendant la montée en charge.

Selon le CNP-Armpo, il existe un état de tension chronique sur l'ensemble des équipements de réanimation (ventilateurs, pousse-seringue, échographes, système de dialyse). Cette tension s'est massivement aggravée lors de la crise sanitaire. Comme pour les ressources

⁴⁸ Message d'Alerte Rapide Sanitaire ayant pour objet l'achat et l'approvisionnement des établissements de santé pour certains médicaments prioritaires, dans le cadre de lutte contre l'épidémie covid 19.

⁴⁹ Réseau permettant des échanges directs entre le(s) ministère(s), les agences nationales (ANSM, SPF) et les professionnels de terrain (médecins, pharmaciens, directeurs hôpitaux), les sociétés savantes et les syndicats professionnels.

⁵⁰ Système d'information national de suivi du dépistage.

⁵¹ Système d'information de suivi des victimes d'attentats et de situations sanitaires exceptionnelles.

⁵² Message d'alerte rapide sanitaire n° 2020-93 du 30 octobre 2020 relatif au suivi des stocks de médicaments des pharmacies à usage intérieur des établissements : modalités de bascule vers la plateforme e-dispostock de l'ATIH.

humaines, la disponibilité des dispositifs médicaux et médicaments pendant la crise a pu être résolue par une réduction drastique des activités chirurgicales et interventionnelles. Le nouveau cadre d'utilisation de certains matériels n'a cependant pas toujours été réalisé facilement, le changement d'affectation des respirateurs de bloc vers les secteurs de réanimation n'ayant pas été accompagné de l'extension de garantie par plusieurs constructeurs. Des préconisations d'experts ont été édictées pour repréciser l'usage des dispositifs médicaux et leur périodicité de remplacement (exemple : filtre machine des respirateurs, échangeur de chaleur et d'humidité pour les patients ; système clos d'aspiration) dans un but d'épargne de ces dispositifs.

Les tensions sur les dispositifs médicaux ont imposé la mise en place d'une régulation nationale, organisée par le Centre de crise sanitaire (CCS) en collaboration avec les sociétés savantes. En ce qui concerne les respirateurs, le ministère est intervenu auprès des fabricants et des fournisseurs pour connaître chaque semaine les prévisions de livraisons de respirateurs commandés par les établissements de santé pour la semaine à venir : selon les données épidémiologiques, capacitaires (parc existant) et opérationnelles (notamment Evasan interrégionales), le CCS proposait chaque semaine une répartition par ARS des respirateurs, validée par le cabinet du ministre des solidarités et de la santé. Les ARS déterminaient ensuite dans quels établissements les respirateurs devaient être livrés. Par ailleurs, l'État a lui-même acquis des respirateurs et les a distribués en fonction des demandes des ARS. Des transferts infrarégionaux voire interrégionaux de respirateurs ont également été effectués.

Pour d'autres dispositifs médicaux, un dispositif a été mis en place en lien avec le syndicat national de l'industrie des technologies médicales (Snitem), auquel était transmis chaque semaine la liste des établissements de santé et le nombre de patients qu'ils prenaient en charge. Cela a permis aux différents fabricants concernés de réguler de façon plus pertinente la distribution des dispositifs médicaux les plus critiques, en évitant de satisfaire des commandes de précaution de la part des établissements. Une liste de 12 catégories de dispositifs médicaux a par ailleurs été intégrée à la plateforme de suivi des stocks des établissements de santé, afin de permettre aux ARS d'assurer une régulation territoriale à partir de la liste de 110 dispositifs médicaux utilisés en réanimation.

III - L'« entre deux vagues » : pas d'évolution structurelle, mais une prise en compte des leçons de la première vague

A - Aucune décision annonciatrice d'évolutions structurelles pour les soins critiques n'a été prise

1 - Aucune décision spécifique aux soins critiques dans le cadre du Ségur de la Santé

À l'issue de la première vague de l'épidémie, le 25 mai 2020, a été engagé un processus de concertation des acteurs de la santé, pendant plusieurs semaines : le « Ségur de la Santé ». Il a été accompagné d'une consultation en ligne des soignants, et de l'ensemble des personnels des établissements sanitaires et médico-sociaux. Il a donné lieu à un rapport de Mme Nicole Notat remis au ministre des Solidarités et de la Santé, le 21 juillet 2020. Un accord a été signé par une majorité d'organisations syndicales représentant d'une part, les professions non

médicales (FO, CFDT, Unsa) et d'autre part, les professions médicales (Intersyndicat des praticiens hospitaliers –INPH–, Syndicat national des médecins des hôpitaux publics –Snam-HP–, Coordination médicale hospitalière –CMH) et complété par des décisions mettant en place un plan d'action pour accélérer la transformation du système de santé autour de quatre axes : transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent, définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service des soins, simplifier les organisations et le quotidien des équipes, et fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers.

Les résultats de la consultation en ligne des professionnels de santé mentionnent à plusieurs reprises la réanimation. Des répondants estiment qu'il manque des personnels en réanimation, d'autres demandent une reconnaissance de la spécialisation des infirmiers en réanimation. Il en est de même pour certaines contributions parmi les 108 acteurs de la santé qui ont été invités à s'exprimer. Par ailleurs, bien des décisions prises dans le cadre du Ségur de la Santé auront des conséquences sur les soins critiques et sur les personnels soignants qui y travaillent, qu'il s'agisse de l'augmentation des capacités de formation des personnels non médicaux⁵³, de la rémunération des étudiants, internes et personnels soignants ou de leur carrière.

Mais il est quelque peu paradoxal qu'après la première vague d'une pandémie qui a, à ce point, mobilisé les soins critiques, ces derniers apparaissent comme un angle mort d'un processus de réforme qui ambitionne de résoudre des problèmes structurels du système de santé et ne semble ainsi identifier aucun problème structurel propre aux soins critiques. Les soins critiques ne sont cités qu'une fois dans les recommandations du rapport Notat, qui propose ainsi de « *poursuivre les réformes de financement engagées dans le cadre de Ma Santé 2022, qui comprennent et préfigurent une part de financement populationnel pour les urgences, la maternité, la psychiatrie, les SSR, les soins critiques, la HAD et les pathologies chroniques* ». Ni les soins critiques, ni la réanimation ne sont cités dans le discours du ministre Olivier Véran du 21 juillet 2020 présentant les conclusions et décisions prises ou à prendre à l'issue du Ségur de la Santé.

En d'autres termes, mise à part la poursuite d'une réforme du financement et du processus de concertation autour d'une future réforme des autorisations qui avaient été engagés avant la crise sanitaire, aucun autre problème spécifique concernant les soins critiques n'a été identifié et *a fortiori* traité durant le processus du Ségur de la Santé. En particulier, aucun plan d'ouverture pérenne de lits de soins critiques n'a été annoncé.

2 - Pas de modification des tendances à l'œuvre concernant l'ouvertures de places d'internes en anesthésie-réanimation ou en réanimation, aucune décision concernant les besoins d'infirmiers en soins critiques

Il serait certes illusoire de penser que des ouvertures de postes d'internes en anesthésie-réanimation et en réanimation pourraient, en une seule année, mieux préparer le pays à une éventuelle nouvelle vague de la pandémie. Il est toutefois frappant de constater que la pandémie n'a pas, même à la marge, modifié les tendances à l'œuvre depuis la création de la spécialité de

⁵³ Engagement d'augmenter, en concertation avec les Régions, de 10 % les places en Ifsi, soit 2 000 places supplémentaires et de multiplier par deux les entrées en formation d'aides-soignantes d'ici 2025.

réanimation en 2017. Ainsi, l'arrêté conjoint des ministères de la Santé et de l'Enseignement Supérieur du 7 août 2020, qui a fixé à 8 576 le nombre de postes ouverts pour la première année d'internat à l'issue des épreuves classantes nationales informatisées (ECNi), pour l'année universitaire 2020-2021, contre 8 507 l'année précédente, a ouvert 473 postes d'internes en anesthésie-réanimation (+ 3 par rapport à l'année précédente) et 74 postes en réanimation (+ 2 par rapport à l'année précédente). La progression des postes de ces deux spécialités (0,9 %) est ainsi quasi identique à celle du nombre global de postes d'internes (0,8 %).

De même, la SRLF déplore qu' « *alors que des éléments suggérant une reprise de la crise à l'automne étaient observés, il n'ait pas été décidé au début du mois de juillet de rendre obligatoire pour les élèves infirmières en cours de formation un stage en réanimation qui aurait permis de familiariser ces jeunes soignants au milieu des soins critiques. Cette stratégie aurait pu également être imaginée pour les infirmiers déjà diplômés mais dont on pouvait imaginer qu'ils seraient amenés, dans un futur proche, à venir renforcer les équipes de réanimation* ».

B - En anticipation d'une nouvelle vague, la nouvelle doctrine a visé à éviter les écueils de la première vague tout en préservant ses acquis

Dès le ralentissement de l'épidémie amorcé en mai 2020, des retours d'expérience ont été organisés avec les sociétés savantes, les ARS et les fédérations hospitalières afin de recueillir les bonnes pratiques retenues lors de la première vague et d'améliorer la réponse sanitaire en vue d'une éventuelle résurgence de l'épidémie.

Au cours de l'été 2020, le ministère des solidarités et de la santé a ainsi publié un ensemble de recommandations relatives à l'organisation des soins, sur plusieurs thématiques touchant aux ressources critiques et ressources humaines, à l'organisation des réanimations, au Samu et centres 15, afin d'anticiper une résurgence de l'épidémie de covid 19.

Le 16 juillet 2020, le ministère a ainsi publié des « recommandations d'organisation des réanimations en prévision d'une nouvelle vague de Covid-19 »⁵⁴, un ensemble de fiches travaillées avec les sociétés savantes et destinées aux ARS.

Ces recommandations prennent appui sur l'expérience de la première vague. Elles visent à éviter ses lacunes et inconvénients et à sécuriser ses acquis.

1 - Une stratégie plus graduée et territorialisée, visant à éviter les déprogrammations et garantir la qualité des soins

En prévision d'une éventuelle nouvelle vague, la doctrine du ministère retient des principes d'organisation correspondant à trois hypothèses différentes de progression de l'épidémie :

- hypothèse basse : besoin de 5 000 lits de réanimation installés au niveau national (très faible activité Covid, pas de capacités supplémentaire) ;

⁵⁴ 16 juillet 2020 : Minsanté n° 135 « Recommandations d'organisation des réanimations en prévision d'une nouvelle vague de Covid-19 » - 10 août 2020 : Minsanté n°147 « Plan d'action relatif à la stratégie de réponse ciblée et graduée à une reprise épidémique de la Covid-19 ».

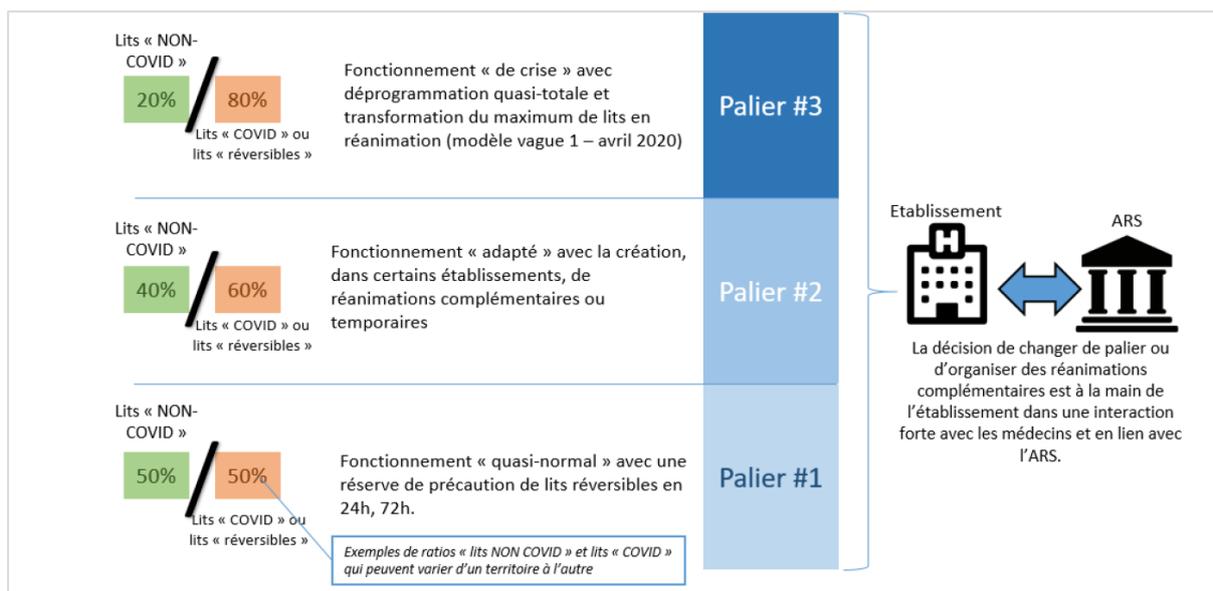
- hypothèse intermédiaire : besoin de 8 500 lits de réanimation installés au niveau national (activité pandémique moyenne, déploiement de réanimations éphémères ponctuellement, déprogrammation partielle de l'activité hors covid 19) ; soit un équivalent de 20 650 admissions en réanimation ;
- hypothèse haute : besoin de 12 000 lits de réanimation installés au niveau national (scénario avril 2020 avec déprogrammation quasi-totale). ; soit un équivalent de 29 143 admissions en réanimation.

Le ministère demande aux ARS d'adopter des stratégies par paliers, avec un plan d'augmentation des capacités visant à concilier :

- le besoin de lits de « réserve » ou réversibles en 24h/48h/72h en cas d'afflux importants ou majeurs de nouveaux patients ;
- l'organisation territoriale impliquant des sites exceptionnellement autorisés à la réanimation en cas d'afflux importants ou majeurs de patients ;
- le besoin de « *maintenir une activité "non covid" d'autant plus forte qu'elle doit pallier la déprogrammation quasi-totale de mars, avril et mai 2020 avec des conséquences cliniques et intégrer les besoins liés aux épidémies de l'automne et de l'hiver* ».

Ces stratégies capacitaires par paliers permettent d'organiser graduellement l'augmentation des capacités de soins critiques afin de faire face au flux de patients covid en lien avec l'engagement de déprogrammations modulées pour redéployer les équipes soignantes vers les services de réanimation.

Schéma n° 2 : une stratégie d'adaptation par paliers



Source : MinSanté n° 135, 16 juillet 2020

En conséquence, en cas de nouvelle vague, l'augmentation capacitaire ne doit pas être reproduite dans les mêmes conditions. En particulier, le recours aux salles opératoires et aux salles

de surveillance post-opérationnelle (SSPI) pour l'accueil de patients atteints de la covid 19 ne doit être que « *de dernier recours* », plusieurs de ces salles pouvant ne pas être adaptées à une prise en charge longue de type réanimatoire, de surcroît en chambre individuelle et l'utilisation de ces salles bloquant, par définition, l'activité « non-covid ».

La dernière grande leçon tirée de l'expérience de la première vague concerne l'organisation des ressources humaines : les documents du ministère affirment que « *les réanimations doivent éviter des rotations rapides des soignants d'une unité à l'autre qui empêche l'émergence d'équipes stables et fonctionnelles* ». C'est pourquoi il est notamment recommandé de réfléchir aux configurations des locaux pour installer les réanimations « covid » dans des lieux adaptés et regroupés, de mixer au début de la crise les équipes issues de réanimations pérennes et les personnels en renfort pour constituer un pool unique dévolu aux soins critiques de l'établissement, d'instituer un ratio plus favorable d'infirmiers et aides-soignants au-dessus des exigences réglementaires pour le temps de la montée en charge et d'organiser des équipes de suppléance d'infirmiers en soins critiques venant de divers horizons.

2 - Pérenniser les outils mis en place durant la 1^{ère} vague

a) Suivi épidémiologique et du capacitaire

Concernant le suivi épidémiologique et les indicateurs de gestion de crise, le ministère demande la pérennisation de l'outil Sivic, qui a permis d'assurer le dénombrement des patients atteints de la covid 19 durant la première vague. Il demande également de pérenniser le suivi capacitaire en réanimation. Des logiciels permettant de connaître le nombre de lits disponibles et mobilisables doivent être déployés au niveau de chaque région par les ARS afin de connaître la situation du capacitaire en temps réel en cas de survenue d'une deuxième vague. Dans le cadre du plan Orsan REB, les ARS doivent établir les mesures de montée en puissance pour l'ouverture des lits au-delà des capacités habituelles en veillant à une répartition de la charge en soins entre les différents hôpitaux afin de permettre une prise charge optimale des patients « covid+ » et « covid- » dans chaque structure de soins. Les établissements de santé publics comme privés doivent s'inscrire dans un cadre de collaboration formalisé au sein de la région pour arriver à assurer la prise en charge d'un nouvel afflux de patients. Ce cadre de collaboration doit permettre de fluidifier le transfert de patients graves sans attendre la saturation d'un hôpital. Les ARS doivent également établir au sein du plan Orsan REB, un processus progressif d'arrêt de l'activité non essentielle en cas de survenue d'une deuxième vague, en appliquant un ordre de priorité qu'il convient de déterminer avec les acteurs de soins localement.

Parmi les indicateurs de suivi de l'épidémie, il revient aux ARS et au ministère de suivre les taux régionaux et nationaux d'occupation des lits de réanimation par des patients atteints de covid 19, à savoir le nombre moyen de patients présents en réanimation rapporté à la capacité initiale⁵⁵ (estimée à partir de la statistique annuelle des établissements – SAE – 2018). Un seuil de vigilance à 40 % et un seuil d'alerte à 60 % ont été retenus : ils sont plus exigeants que ceux retenus durant la phase épidémique (respectivement 60 % et 80 %).

⁵⁵ Drees, sur la base des données Sivic.

b) Les ressources humaines

Concernant les ressources humaines, la doctrine ministérielle chiffre, sur la base de l'expérience de la première vague, les besoins de renforts dans les 3 hypothèses de progression de la pandémie afin que les ARS et les établissements puissent programmer d'éventuelles montées en puissance. Le tableau ci-dessous présente es besoins supplémentaires en IDE et aides-soignants pour les hypothèses 2 et 3 (8 000 lits installés nécessaires/12 000 lits installés nécessaires⁵⁶) :

Tableau n° 3 : en prévision d'une deuxième vague : scénarios de besoins supplémentaires en personnels en fonction du nombre de lits installés

<i>Scénarios de besoins de lits installés pour une deuxième vague</i>	Besoins supplémentaires en personnel infirmier (IDE)		Besoins en aide soignants (AS)
	<i>Hypothèse de 2 IDE pour 5 lits installés</i>	<i>Hypothèse de 1 IDE pour 2 lits installés</i>	<i>Hypothèse de 1 AS pour 4 lits installés</i>
<i>Capacité installée avant crise (5 000 lits)</i>	-	+ 3 000 ETP	-
<i>Passage de 5 000 à 8 000 lits installés</i>	+ 7 200 ETP	+ 9 000 ETP	+ 4 500 ETP
<i>Passage de 8 000 à 12 000 lits installés</i>	+ 9 600 ETP	+ 12 000 ETP	+ 6 000 ETP
<i>Passage de 5 000 à 12 000 lits installés</i>	+ 16 800 ETP	+ 24 000 ETP	+ 10 500 ETP

Source : Minsanté n° 135 précité

Note : Ces chiffres sont des données « brutes », exprimant le besoin global de personnel non médical correspondant au passage aux effectifs réglementaires pour des lits de réanimation. Ils ne tiennent pas compte du fait que les USC transformées en unités de réanimation comportent, déjà, leur personnel permanent. Ils ne tiennent pas compte, non plus, du fait que des Iade, Ibode et AS pourraient venir en renfort, en conséquence des déprogrammations qu'impliquerait nécessairement le passage à 8 000 ou 12 000 lits de réanimation.

Lors de la première vague, les renforts ont été organisés via les plateformes nationales et régionales de volontariat ou directement par les établissements. C'est pourquoi il est recommandé aux ARS et aux établissements de fiabiliser et pérenniser les listes de renforts, et de mettre en place des formations.

Durant l'instruction, il n'a pas été possible à la Cour d'estimer le volume des formations réalisées durant l'été et le mois de septembre. L'ARS Paca indique cependant qu'à l'été 2020 et conformément aux recommandations, beaucoup d'établissements disposant d'une réanimation ont organisé des formations de professionnels paramédicaux même si cela avait été le cas dès la 1ère vague. Certains groupements hospitaliers de territoires (GHT) ont organisé des formations mutualisées pour l'ensemble des établissements concernés. De même, dans les

⁵⁶ Ces chiffres sont des données « brutes », exprimant le besoin global de personnel non médical correspondant au passage aux effectifs réglementaires pour des lits de réanimation. Ils ne tiennent pas compte du fait que les USC transformées en unités de réanimation comportent, déjà, leur personnel permanent. Ils ne tiennent pas compte, non plus, du fait que des Iade, Ibode et AS pourraient venir en renfort, en conséquence des déprogrammations qu'impliquerait nécessairement le passage à 8 000 ou 12 000 lits de réanimation.

Pays de Loire, la période d'été a été mise à profit pour continuer à former du personnel à l'activité de réanimation (principalement des IDE). Selon les établissements, la cohorte de personnel ainsi formée a été plus ou moins importante ; la formation a consisté en un apport théorique condensée et une immersion de plusieurs jours dans les services de réanimation. Cette formation a permis, de mettre en place un vivier de personnes au sein même des établissements, mobilisables en 24h à 48h et d'autre part, de concentrer la recherche de personnel remplaçant sur des profils sans formation spécifique à la réanimation. L'été a également permis d'établir les coopérations entre établissements publics ainsi qu'entre établissements publics et privés en confortant les organisations mises en place lors de la première vague : des réunions territoriales (avec l'ensemble des acteurs sanitaires, du médico-social et du premier recours) ont été maintenues à fréquence régulière pour piloter les capacités disponibles et anticiper un éventuel rebond. En Mayenne, le maintien de ce dispositif de pilotage a favorisé par exemple dès l'été la coordination entre les différents acteurs sur le territoire pour faire face au rebond constaté.

c) Les ressources matérielles

Enfin, concernant l'organisation logistique et la disponibilité des ressources matérielles (respirateurs, médicaments, dispositifs médicaux, matériels et consommables de réanimation), le ministère a chiffré à l'été 2020 l'état des stocks nationaux constitués pour les respirateurs, les pousse-seringues et les pompes à nutrition. Il a demandé un suivi des dotations en respirateurs en région et des stocks des établissements pour les 12 dispositifs médicaux critiques identifiés durant la première vague sur les 110 dispositifs utilisés en réanimation et qui avaient fait l'objet d'une régulation de distribution : cette régulation pourra à nouveau être mise en place, avec la possibilité pour les ARS d'assurer une redistribution des dispositifs médicaux disponibles au sein des établissements de santé.

Concernant les cinq médicaments prioritaires, la régulation qui avait été mise en place depuis le 27 avril 2020 a été arrêtée au 31 juillet 2020. Le ministère a toutefois demandé que les établissements continuent à renseigner quotidiennement la plateforme de suivi des stocks maPUI.fr permettant le suivi des stocks pour ces cinq médicaments, mais également pour une sélection de médicaments très largement utilisés dans la prise en charge des patients covid en réanimation (antibiotique, anesthésiques halogénés, morphiniques...).

IV - LES DEUXIÈME ET TROISIÈME VAGUES : DES LEÇONS TIRÉES DE L'EXPÉRIENCE, DES LEVIERS DONT L'EFFICACITÉ S'ÉPUISE

A - L'émergence des concepts de Réa-covid et USI covid a témoigné d'une volonté d'optimiser les parcours en soins critiques

1 - Réa-covid et USI-covid : la théorisation d'une novation organisationnelle, publiée en novembre 2020

La doctrine définie pendant l'été, visant à définir une véritable stratégie face à un possible rebond pandémique en tournant le dos à des décisions nationales uniformes et de longue durée, a été mise en œuvre à la rentrée. Un fonctionnement par paliers a permis aux ARS d'adapter l'offre de soins en fonction des tensions observées, afin d'assurer au mieux la prise en charge des patients covid et les activités de soins des patients non covid. Cela s'est fait *via* l'activation des différents leviers disponibles pour « dilater » l'offre de soins : autorisations exceptionnelles d'activité, recours à des dispositifs de « réanimations éphémères », formation du personnel soignant en soins critiques, mobilisation du vivier de renforts en ressources humaines, etc. Les décisions de déprogrammations et reprogrammations des activités ont ainsi été portées par les ARS, en fonction de la situation épidémique, en lien constant avec le niveau national.

Cette approche graduée – avec déprogrammations modulées- et territorialisée a été encore complétée par une nouvelle doctrine visant à rendre plus lisible et plus pertinent le recours aux différents segments des soins critiques. Compte tenu en effet de la dégradation de la situation sanitaire, les conseils nationaux professionnels de médecine intensive-réanimation (CNP-MIR) et d'anesthésie-réanimation et médecine péri-opératoire (CNP-Armpo), ont été saisis par le ministre pour mieux organiser le recours aux soins critiques pour les personnes atteintes de la covid 19.

C'est en pleine deuxième vague (octobre 2020-décembre 2020), alors qu'était déjà constaté un afflux de patients en soins critiques, que ces recommandations ont donné lieu, le 13 novembre 2020, à un message d'alerte rapide sanitaire n°57 (MARS 56) dont l'un des volets visait à optimiser la prise en charge des patients pour maintenir des capacités hospitalières en réanimation.

Ces recommandations s'appuient sur les leçons tirées de l'expérience de l'augmentation du capacitaire en réanimation durant la première vague, essentiellement en fonction d'initiatives et de spécificités locales et à partir de lits d'USC et de SSPI, et sur une meilleure connaissance de la maladie et de sa prise en charge en fonction de la typologie des patients et de la sévérité de leur situation. Lors de la première vague, l'organisation de l'offre de soins tendait à regrouper tous les patients « covid 19 » dans les seules réanimations dédiées, composées d'unités mises à niveau (« upgradées ») avec souvent peu de distinctions. Une enquête menée par les CNP MIR et Armpo à l'automne a montré qu'environ un quart des

⁵⁷ MARS 190, Rebond covid

patients « covid 19 » pris en charge en réanimation auraient pu relever d'une USC. Avec ces nouvelles recommandations, il s'agissait donc d'optimiser la répartition des patients en fonction des besoins et d'optimiser le capacitaire de réanimation, afin notamment de maintenir des capacités de réanimation pour les personnes non malades de la covid, en particulier pour la cancérologie, les greffes et les maladies chroniques qui doivent, autant que possible, ne pas être déprogrammées.

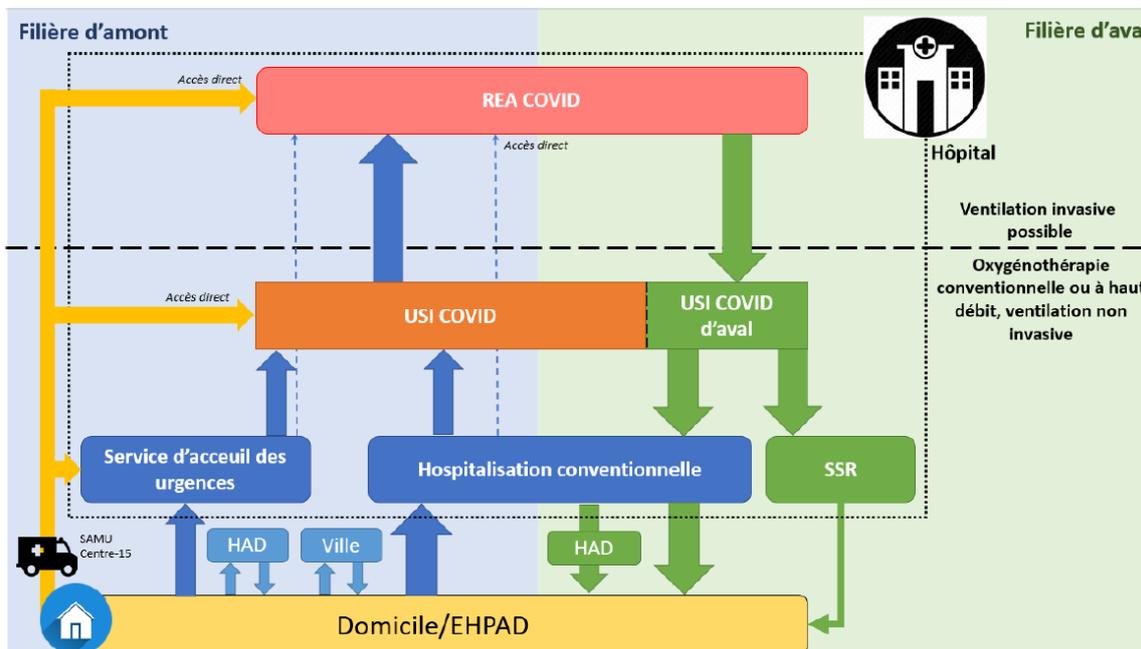
Face à la covid 19, les deux niveaux de soins critiques que la nouvelle doctrine entendait structurer, dans le privé comme dans le public, sont :

- les unités « Réanimation covid » ou « Réa-covid » : une catégorie qui désigne les services de réanimation pérennes, éphémères ou constitués d'unités « upgradées » en réanimation (en particulier les USC adossées aux réanimations et prenant en charge les patients « covid+ ») ;

- les « Unités de soins intensifs covid » ou « USI-covid » : une catégorie qui désigne l'ensemble des structures de soins critiques hors réanimation, qu'elles soient pérennes (USC/USI) ou éphémères (structures « upgradées » en USI-covid) aptes à prendre en charge les patients atteints de la covid 19 avec une défaillance respiratoire isolée ne nécessitant pas de ventilation invasive ainsi que les patients en sortie de Réa-covid après amélioration clinique et extubation (USI-covid d'aval). Chaque site disposant d'unité Réa-covid doit également disposer d'une unité USI-covid. Le fonctionnement de ces USI-covid doit être établi selon les références de fonctionnement des USC. Toutes les chambres doivent être équipées d'arrivées d'oxygène, d'air, de vide mural et de prises de courant prioritaires. Le matériel est proche de celui des chambres de réanimation et permet la prise en charge des patients présentant une défaillance respiratoire nécessitant une oxygénothérapie à débit élevé (HDO) ou toute autre assistance mécanique non invasive. Il est recommandé de disposer de chambres individuelles et idéalement en pression négative ou neutre. Toute USI-covid doit être rattachée à une Réa-covid de référence (pérenne ou éphémère), qu'elle soit ou non située dans l'établissement.

Les recommandations adressées par le ministère demandaient également d'organiser l'aval des soins critiques pour les patients après un passage en Réa-covid ou USI-covid (médecine, soins de suite et de réadaptation –SSR, hospitalisation à domicile –HAD...).

Schéma n° 3 : recommandations d'organisation de l'aval des soins critiques



Source : MinSanté 190 précité

2 - Une innovation dont on peine à évaluer la mise en œuvre et *a fortiori* la portée

Avec cette doctrine de structuration de l'offre en soins critiques pour la prise en charge de la covid 19, l'ambition a été de constituer, sous la houlette des ARS, de véritables « filières » permettant, pour chaque patient et à chaque étape de son hospitalisation en soins critiques, la prise en charge la mieux adaptée, avec prise en compte de l'amont comme de l'aval de l'hospitalisation en réanimation. Cette doctrine a également entendu faciliter une meilleure adaptation de l'offre de soins critiques, en visant le bon niveau et la bonne répartition, tout besoin en soins critique n'étant pas un besoin de soins de réanimation.

On comprend aussi entre les lignes que, sans remettre en cause la structuration actuelle des soins critiques en trois niveaux (réanimation, soins intensifs, surveillance continue), cette nouvelle catégorisation, fondée sur l'expérience de la prise en charge d'une maladie bien spécifique, qui s'attaque principalement aux capacités respiratoires, semble dessiner les contours d'une future réforme des soins critiques. Si elle maintient en effet l'appellation « Réanimation - covid » pour toutes les unités de réanimation, pérennes ou éphémères, elle l'attribue aussi à des USC adossées aux unités de réanimation à condition qu'elles soient « upgradées ». Elle désigne par ailleurs sous le vocable de « soins intensifs USI-covid » des unités ou lits de surveillance continue ou des USI lorsqu'ils ne sont pas équipés pour la ventilation invasive.

Il est difficile d'apprécier l'impact de cette innovation, introduite en novembre 2020, dans la structuration de l'offre en soins critiques et plus encore sur les parcours des patients au cours des deuxième et troisième vagues. Et cela d'autant plus que, selon le CNP Armpo, si la notion d'USI covid a été très utile en deuxième vague pour assurer le séjour du patient dans un secteur de soins adapté au plus près, la sévérité et l'instabilité de l'atteinte respiratoire liées au variant

« anglais » dominant au cours de la troisième vague de l'épidémie rendent moins évident le recours aux USI covid, au moins à la phase initiale.

Les recommandations ministérielles n'ayant qu'un statut indicatif et les soins critiques hors réanimation n'étant pas soumis à autorisation, il n'a pas été possible, au vu des informations fournies à la Cour, d'établir :

- si des autorisations exceptionnelles ont ou non été accordées au vu d'un cahier des charges « Réa-covid » ;
- la portée des appels à manifestation d'intérêt pour la création de nouveaux lits de soins critiques hors réanimation ou la reconnaissance sous un label « USI-covid » de lits existants.

Par ailleurs, l'éventuelle structuration de véritables « filières covid », incluant des lits Réa-covid, des lits USI-covid et l'aval de ces lits, avec des parcours adaptés pour les patients, n'a pas pu être documentée.

Plusieurs ARS évoquent cependant le déploiement de lits USI-covid.

Ainsi, sans attendre la publication du message d'alerte rapide sanitaire (MARS) du 13 novembre 2020, l'ARS des Hauts-de-France a publié un appel à manifestation d'intérêt (AMI) le 4 novembre 2020. Douze établissements ont déposé un dossier à la date du 9 novembre 2020. Le pic de la deuxième vague de l'épidémie est survenu trois jours plus tard rendant inutile un déploiement de capacitaires supplémentaires. Les établissements ont été informés qu'il ne serait pas donné suite à leur demande de mise en œuvre, l'actualité orientant au contraire vers une baisse du nombre de lits déployés. Le rebond épidémique constaté début janvier a conduit à solliciter une nouvelle augmentation capacitaire. La demande a pu cette fois porter à la fois sur des lits de réanimation et d'USI-covid. Ainsi la filière des soins critiques a pu se déployer plus largement, tant au sein des établissements autorisés à la pratique de la réanimation que dans des établissements non autorisés à la pratique de la réanimation mais ayant des relations étroites avec une réanimation de proximité immédiate. La demande était formulée au travers de deux référentiels : le MARS du 13 novembre 2020 et un cahier des charges qui insistait sur l'absolue nécessité d'une coopération avec la réanimation la plus proche. Au 30 mars 2021, 193 lits d'USI covid étaient déployés au sein de 30 établissements (dont 12 issus du secteur privé).

Pour l'ARS Hauts-de-France, le déploiement d'USI-covid permet d'affiner la demande en distinguant par territoire le capacitaires en lien avec des lits de réanimation et des lits d'USI-covid. Il n'existe pas de ratios préconisés entre les deux. Faute de mieux et en prenant en considération les retours des établissements, l'ARS des Hauts de France travaille sur un ratio d'un lit d'USI covid pour 4 lits de réanimation.

L'ARS Paca indique pour sa part que, dès le mois d'octobre, une consigne a été adressée à tous les établissements titulaires d'une réanimation de travailler sur la mise en place d'USI-covid. Plus de 150 lits ont été déployés dans la région.

Enfin, l'ARS Grand-Est indique que des unités de soins intermédiaires renforcées en personnels soignants, sous responsabilité des médecins anesthésistes-réanimateurs et parfois de pneumologues, ont été déployées dans les établissements pour des patients, en aval ou en amont de la réanimation, nécessitant une oxygénothérapie à haut débit et ne relevant ni de la réanimation ni de l'hospitalisation conventionnelle. Ces unités intermédiaires, qui sont l'équivalent

d'USI-covid, n'ont pas fait l'objet d'une reconnaissance contractuelle et ont été laissées à l'appréciation des établissements en fonction de leurs besoins (souplesse de gestion des lits et RH).

Les explications du ministère ne sont pas beaucoup plus éclairantes. La DGOS indique ainsi que « *les impératifs de montée en charge de l'outil et de saisie exhaustive par les établissements font qu'une exploitation de ce niveau de granularité n'est pas encore possible et ne sera pas rétroactif. Il permettra cependant à l'avenir de mieux évaluer la répartition des patients covid en soins critiques en fonction de leur niveau de gravité et donc d'avoir une vision plus claire sur la mise en œuvre de ces USI-covid* ».

Une enquête menée auprès des chefs de services de réanimation via les CNP MIR et Armpo afin de mesurer l'effectivité du déploiement de ces unités de soins intensifs « covid » sur le territoire aboutit aux résultats suivants :

- 50 % des réanimations adultes disposent d'une USI-covid installée à proximité de la réanimation ;
- certaines régions ont déjà largement déployé ces unités (Île-de-France et Corse notamment) ;
- sur les 70 sites étudiés ayant déployé une unité covid, on compte 273 lits USI-covid (18 %) pour 1 235 lits (82 %) de réanimation.

Le logiciel ministériel SI-VIC, utilisé pour le suivi des patients hospitalisés en raison de la covid 19, a été doté fin décembre d'une subdivision supplémentaire des soins critiques permettant de disposer d'une vision plus fine entre les patients en réanimation et les patients en USI-covid.

B - Les déprogrammations et l'évolution des capacités ont été gérées de façon plus régionalisée

Les pouvoirs publics nationaux et régionaux n'étant pas préparés à la gestion d'une épidémie grippale ou de type SARS-MERS, la première vague de l'épidémie a été gérée en fonction de décisions nationales concernant tout le territoire, alors même que l'épidémie ne sévissait très activement que dans quelques régions, le Grand-Est, l'Île-de-France et les Hauts-de-France.

Lors de la deuxième et de la troisième vagues, l'expérience acquise et la volonté d'éviter une « dette sanitaire » de trop grande ampleur en conséquence de déprogrammations possiblement inutiles ont conduit à une plus grande régionalisation de la gestion de l'épidémie. Des décisions ont concerné certains territoires seulement. Le déclenchement et l'ampleur des déprogrammations, par exemple, ont été décidées par les ARS au vu de schémas régionaux élaborés à l'été et au début de l'automne. Paradoxalement, cette territorialisation de la gestion de l'épidémie est intervenue alors même que la deuxième et la troisième vague frappaient l'ensemble du territoire de manière beaucoup plus homogène que la première.

Toujours par rapport à la gestion de la première vague, il ne semble pas, selon le CNP-MIR, qu'il y ait eu pénurie de ressources matérielles ou médicamenteuses durant les

deuxième et troisième vagues de l'épidémie⁵⁸. Par ailleurs, ces nouvelles vagues se sont caractérisées par une meilleure connaissance de la maladie et de ses prises en charge, notamment en soins critiques. Selon le CNP-Armpo, le profil des patients ayant un bénéfice à être admis en réanimation a été affiné. Il a été montré lors de la première vague et des retours d'expérience publiés que l'intubation trachéale et la ventilation mécanique n'étaient pas nécessaires chez des patients tolérant la ventilation mécanique non invasive ou des débits élevés d'oxygène. Un transfert de compétence a été effectué, encadré par des protocoles écrits conjointement par les médecins exerçant dans les unités d'hospitalisation conventionnelle et les réanimateurs (médecins anesthésistes-réanimateurs, médecins intensivistes-réanimateurs), permettant l'utilisation de l'oxygénothérapie à haut débit dans les unités d'hospitalisation conventionnelle pour des patients ayant des critères de non-admission en réanimation. Ce point a probablement permis de concentrer les efforts sur les patients ayant un bénéfice attendu à la réanimation, ce qui s'est traduit dans certaines études par une diminution de la mortalité en réanimation. La prise en charge en réanimation a probablement été simplifiée avec moins de recours aux antiviraux, moins d'antibiotiques, moins d'intubation trachéale systématique et l'administration de faibles doses de corticoïdes et d'une anticoagulation à dose adaptée. De ce fait, une tendance au raccourcissement de la durée des séjours a été constatée dans certaines publications sans que la causalité puisse être démontrée. Cette possible réduction de la durée de séjour pour certaines catégories de patients a permis d'accélérer les rotations en réanimation et donc de prendre en charge, à moyens constants, un plus grand nombre de patients. Le CNP-MIR établit lui aussi que l'expérience de la première vague a montré que l'oxygénothérapie à haut débit et la ventilation non invasive pouvait être utilisées sans risque par les patients pourvu que des précautions minimales soient prises. Le recours à ces deux stratégies d'oxygénation associé à la corticothérapie a permis d'éviter d'avoir à intuber certains patients pourtant très sévèrement atteints : environ 40 % des patients les plus graves évitent ainsi l'intubation.

1 - Une évolution des capacités de moindre ampleur que lors de la première vague

Durant les deuxième et troisième vagues, l'extension capacitaire s'est faite selon une cinétique qui a été plus « douce » et mieux prévisible, grâce notamment à de nouveaux outils de modélisation comme ceux de l'Institut Pasteur, permettant de mieux anticiper et aux établissements de mieux se préparer pour assurer l'accueil des patients en soins critiques.

⁵⁸ À cet égard, la DGS indique qu'elle saisira prochainement le HCSP afin de procéder à une analyse complète des risques, en lien notamment avec l'ANSP pour la préparation contre les risques infectieux et menaces environnementales, l'IRSN et l'ASN pour la protection des populations en cas d'accident nucléaire et menaces radiologiques, l'Anses et l'Ineris pour la protection face aux menaces chimiques et industrielles, afin d'établir une analyse complète des risques et de préciser, pour chacun de ces risques, la nature des stocks stratégiques de l'État devant être constitués en regard, ainsi que les populations bénéficiaires. Elle indique par ailleurs qu'une plateforme unique de suivi des stocks de produits de santé en tension dans le secteur sanitaire et médico-social est en cours de consolidation par les équipes de l'Atih en lien avec la DGOS, la DGS, la Drees et Santé publique France.

**Tableau n° 4 : évolution du capacitaire en réanimation
entre le 31 décembre 2018 et le 15 juin 2021**

Date	Capacités en réanimation (nombre de lits de réanimation adulte, pérennes, éphémères et « upgradés »)
31 décembre 2018 (SAE)	5 050
31 décembre 2019 (données SAE)	5080
15 avril 2020 (pic de la vague épidémique n°1)	10 705
01 juin 2020	9 200
15 juin 2020	8 260
30 juin 2020	6 713
15 septembre 2020	5 900
15 novembre 2020 (pic de la vague épidémique n°2)	7 900
15 décembre 2020	7 200
15 janvier 2021	6 700
15 février 2021	6 900
15 mars 2021	7 200
13 avril 2021	8 430

Source : DGOS

Lors du début de la seconde vague pour les soins critiques, au 16 octobre 2020, 5 867 lits de réanimation étaient ouverts, installés et armés en France. Conformément à la stratégie de préparation mise en place à l'été, une capacité de réanimation supérieure à la capacité nominale d'avant-crise a été maintenue, 1 811 lits supplémentaires, pour atteindre près de 7 700 lits, pouvant être ouverts à brève échéance sans besoin d'équipement ou de renfort RH nécessaire. L'ouverture de 2 739 lits complémentaires, pour atteindre près de 10 500 lits, était envisagé sous réserve de disposer de renforts humains suffisants.

Le pic de la deuxième vague a été atteint mi-novembre avec environ 4 900 patients covid en soins critiques et environ 8 000 lits de réanimation armés.

Après avoir affronté ce deuxième pic épidémique en novembre 2020, les services de soins critiques ont connu un plateau élevé de l'ordre de 2 500 à 3 000 patients covid sur les mois de décembre 2020 et janvier 2021, alors qu'à l'issue du pic du printemps 2020, le nombre de patients atteints de la covid 19 en soins critiques avait pu décroître à un niveau inférieur à 400.

Le nombre de patients en soins critiques connaît depuis une recrudescence importante, passant de 2 590 le 7 janvier 2021, 3 280 le 7 février puis 3 743 le 7 mars, à 5 761 patients au 7 avril 2021, impliquant une nouvelle montée en charge capacitaire (de 6 800 lits de réanimation début janvier 2021 à plus de 8 000 au 6 avril 2021).

Au 7 avril 2021, 5 761 patients étaient pris en charge en soins critiques. Concernant plus spécifiquement la réanimation, les 8 100 lits de réanimation ouverts étaient occupés à 92 % toutes causes confondues, avec 4 300 patients « covid » et 3 800 patients « non covid ».

Selon la DGOS, les capacités projetées estimées par les ARS à court terme et à moyens quasi-constants s'établissent à 8 660 lits de réanimation adultes, tandis que la capacité maximale est estimée à 10 300 lits adultes, sous réserve de la mobilisation de ressources matérielles et humaines complémentaires.

L'évolution capacitaire globale moyenne ne doit pas masquer des différences régionales ou entre établissements. Les tableaux ci-dessous, pour le mois d'avril 2021, montrent que le nombre d'établissements géographiques ayant déclaré au moins un patient atteint de la covid 19 en « hospitalisation réanimatoire » (terminologie de la DGOS pour désigner les soins critiques) a varié, selon les semaines, entre 296 et 417. La part du secteur public a varié entre 68 % et 74 %, celle du privé lucratif entre 17 % et 21 %.

Tableau n° 5 : nombre d'établissements ayant déclaré à date au moins un patient en hospitalisation réanimatoire

Source : SI-VIC établissement, exports journaliers des 02, 09, 15, 22 et 30 avril 2020 à 14h.

Note : "Total des hospitalisations" comprend l'hospitalisation conventionnelle, réanimatoire, le SSR et la psychiatrie ainsi que les types non renseignés
L'hospitalisation réanimatoire désigne une prise en charge réanimatoire dans une unité de réanimation, de soins intensifs ou de surveillance continue.

- Chiffres clés

Le 02 avril ;	765	établissements géographiques ont déclaré au moins un patient COVID19+ quel que soit le type d'hospitalisation
	664	établissements géographiques ont déclaré au moins un patient COVID19+ en hospitalisation conventionnelle
	386	établissements géographiques ont déclaré au moins un patient COVID19+ en hospitalisation réanimatoire
Le 09 avril ;	820	établissements géographiques ont déclaré au moins un patient COVID19+ quel que soit le type d'hospitalisation
	717	établissements géographiques ont déclaré au moins un patient COVID19+ en hospitalisation conventionnelle
	416	établissements géographiques ont déclaré au moins un patient COVID19+ en hospitalisation réanimatoire
Le 15 avril ;	856	établissements géographiques ont déclaré au moins un patient COVID19+ quel que soit le type d'hospitalisation
	737	établissements géographiques ont déclaré au moins un patient COVID19+ en hospitalisation conventionnelle
	417	établissements géographiques ont déclaré au moins un patient COVID19+ en hospitalisation réanimatoire
Le 22 avril ;	1 142	établissements géographiques ont déclaré au moins un patient COVID19+ quel que soit le type d'hospitalisation
	666	établissements géographiques ont déclaré au moins un patient COVID19+ en hospitalisation conventionnelle
	307	établissements géographiques ont déclaré au moins un patient COVID19+ en hospitalisation réanimatoire
Le 30 avril ;	1 164	établissements géographiques ont déclaré au moins un patient COVID19+ quel que soit le type d'hospitalisation
	659	établissements géographiques ont déclaré au moins un patient COVID19+ en hospitalisation conventionnelle
	296	établissements géographiques ont déclaré au moins un patient COVID19+ en hospitalisation réanimatoire

Source : DGOS, données SI-VIC

Tableau n° 6 : répartition des établissements géographiques ayant déclaré au moins un patient covid 19 à date, selon le statut juridique

En effectifs :

	Total des hospitalisations			Hospitalisation conventionnelle			Hospitalisation réanimatoire		
	Public	Privé non lucratif	Privé lucratif	Public	Privé non lucratif	Privé lucratif	Public	Privé non lucratif	Privé lucratif
Le 02 avril ;	474	102	189	436	76	152	277	35	74
Le 09 avril ;	495	122	203	457	87	173	285	42	89
Le 15 avril ;	505	131	220	466	93	178	283	45	89
Le 22 avril ;	597	213	332	416	101	149	218	34	55
Le 30 avril ;	600	229	335	409	104	146	218	29	49

En pourcentage :

	Total des hospitalisations			Hospitalisation conventionnelle			Hospitalisation réanimatoire		
	Public	Privé non lucratif	Privé lucratif	Public	Privé non lucratif	Privé lucratif	Public	Privé non lucratif	Privé lucratif
Le 02 avril ;	62%	13%	25%	66%	11%	23%	72%	9%	19%
Le 09 avril ;	60%	15%	25%	64%	12%	24%	69%	10%	21%
Le 15 avril ;	59%	15%	26%	63%	13%	24%	68%	11%	21%
Le 22 avril ;	52%	19%	29%	62%	15%	22%	71%	11%	18%
Le 30 avril ;	52%	20%	29%	62%	16%	22%	74%	10%	17%

Source : DGOS, données SI-VIC

Si l'on considère l'ensemble des patients « covid » (cf. tableau ci-dessous), au mois d'avril 2021, entre 79 % et 83 % étaient accueillis en soins critiques dans le secteur public, entre 7 % et 9 % dans le privé lucratif et entre 10 % et 12 % dans le secteur privé non lucratif.⁵⁹

⁵⁹ Ces données nationales comportent cependant un biais signalé par le CNP MIR. En effet dans les régions peu ou moyennement touchées, les cellules de crises ont impliqué le secteur privé une fois atteint un seuil élevé en termes d'occupation des lits et ceci afin de limiter les déprogrammations. Pour les zones très touchées comme l'Ile-de-France, le secteur privé a pris une part importante au dispositif de crise.

Tableau n° 7 : « photo à date » des patients covid 19+ déclarés par ces établissements

Attention : il n'est pas possible de faire la somme des patients entre chaque date car certains patients se retrouvent dans les données de plusieurs dates.

	Total des hospitalisations			Hospitalisation conventionnelle			Hospitalisation réanimatoire		
	Public	Privé non lucratif	Privé lucratif	Public	Privé non lucratif	Privé lucratif	Public	Privé non lucratif	Privé lucratif
	Effectifs	21 534	2 817	2 522	14 621	1 861	1 660	5 221	635
En %	80%	10%	9%	81%	10%	9%	83%	10%	7%

	Total des hospitalisations			Hospitalisation conventionnelle			Hospitalisation réanimatoire		
	Public	Privé non lucratif	Privé lucratif	Public	Privé non lucratif	Privé lucratif	Public	Privé non lucratif	Privé lucratif
	Effectifs	23 730	3 365	2 839	15 343	2 170	1 720	5 616	776
En %	79%	11%	9%	80%	11%	9%	81%	11%	8%

	Total des hospitalisations			Hospitalisation conventionnelle			Hospitalisation réanimatoire		
	Public	Privé non lucratif	Privé lucratif	Public	Privé non lucratif	Privé lucratif	Public	Privé non lucratif	Privé lucratif
	Effectifs	23 814	3 289	3 009	15 358	1 981	1 799	5 100	753
En %	79%	11%	10%	80%	10%	9%	81%	12%	7%

	Total des hospitalisations			Hospitalisation conventionnelle			Hospitalisation réanimatoire		
	Public	Privé non lucratif	Privé lucratif	Public	Privé non lucratif	Privé lucratif	Public	Privé non lucratif	Privé lucratif
	Effectifs	21 967	5 100	3 848	13 176	2 258	1 927	4 132	618
En %	71%	16%	12%	76%	13%	11%	81%	12%	7%

	Total des hospitalisations			Hospitalisation conventionnelle			Hospitalisation réanimatoire		
	Public	Privé non lucratif	Privé lucratif	Public	Privé non lucratif	Privé lucratif	Public	Privé non lucratif	Privé lucratif
	Effectifs	18 413	5 136	3 851	10 331	1 879	1 682	3 141	474
En %	67%	19%	14%	74%	14%	12%	79%	12%	9%

Source : DGOS, données SI-VIC

2 - Un maintien du recours aux autorisations exceptionnelles

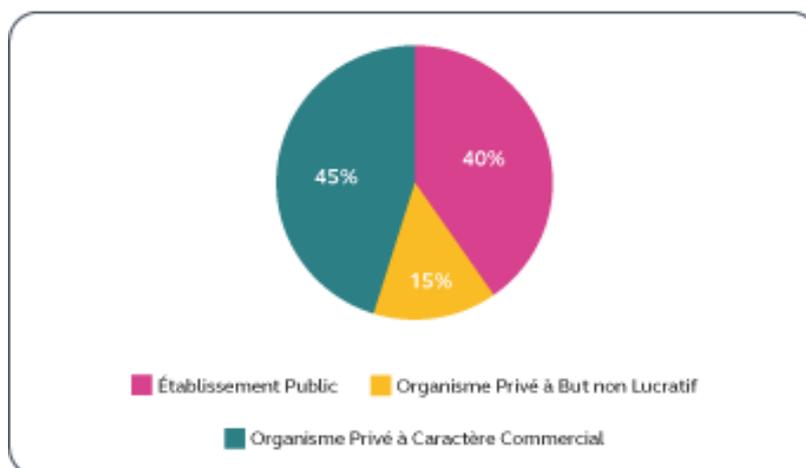
Le dispositif d'autorisations exceptionnelles a été prolongé jusqu'à la fin de l'état d'urgence sanitaire au titre l'article 15 de l'arrêté du 10 juillet 2020, modifié par l'arrêté du 7 novembre 2020. L'essentiel (213 sur 257) des autorisations exceptionnelles accordées dans le cadre de la crise sanitaire l'ont été avant le mois de juillet 2020. 54 d'entre elles sont désormais caduques. Parmi les 203 toujours en cours, qui concernent 183 établissements (i.e. site géographique), 113 autorisations de réanimation se répartissent ainsi sur l'ensemble du territoire :

Tableau n° 8 : décompte des autorisations de réanimation

Région	Privé lucratif	Privé non lucratif	Public	Total
<i>Ile-de-France</i>	17	2	6	25
<i>Hauts-de-France</i>	11	2		13
<i>Grand Est</i>	1	4	2	7
<i>Auvergne-Rhône-Alpes</i>	6	2	3	11
<i>Nouvelle-Aquitaine</i>	7	0	2	9
<i>Bretagne</i>	4	0	3	7
<i>Bourgogne-Franche-Comté</i>	3	0	4	7
<i>Centre-Val de Loire</i>	0	0	0	0
<i>Provence-Alpes-Côte d'Azur</i>	5	0	4	9
<i>Pays de la Loire</i>	3	0	1	4
<i>Guadeloupe</i>	1	0	0	1
<i>Normandie</i>	8	2	3	13
<i>Occitanie</i>	3	1	1	5
<i>Guyane</i>	0	0	2	2
<i>Martinique</i>	0	0	0	0
<i>Corse</i>	0	0	0	0
TOTAL	69	13	31	113

Source ARHGOS – Traitement DGOS.R3

Sur le dernier quadrimestre 2020, une soixantaine d'établissements ayant une autorisation exceptionnelle de réanimation ont ainsi pu accueillir des patients covid en soins critiques, dont 60 % d'établissements privés.

Graphique n° 4 : part d'établissements ayant une autorisation exceptionnelle en réanimation et ayant pris en charge au moins un patient covid en soins critiques

Source : DGOS

3 - Une évolution de la situation des réanimations difficile à suivre au jour le jour

Alors même que les prévisions d'activité des réanimations ont contribué à l'évolution des mesures plus ou moins restrictives pour l'activité sociale et économique des Français, il est frappant de constater le faible degré de transparence et en tout cas de rigueur dans la présentation des données des autorités sanitaires.

Ainsi, si les points hebdomadaires de Santé Publique France comptabilisent de manière lisible le nombre de patients « covid » entrant en soins critiques, en isolant la réanimation, les présentations des ARS ne sont pas toujours homogènes. Certains points hebdomadaires régionaux ne présentent pas toujours le nombre d'admissions en réanimation. D'autres autorités régionales, comme l'ARS Haut-de-France, présentent le « nombre de personnes hospitalisées en réanimation et soins intensifs ».

Tableau n° 9 : nombre de personnes hospitalisées en réanimation et soins intensifs pour covid 19

	19/04		15/04		12/04	
	Hospit.	Réa	Hospit.	Réa	Hospit.	Réa
<i>HDF</i>	3 575	6 99	3 559	710	3 650	697
<i>Aisne</i>	331	62	326	60	302	51
<i>Nord</i>	1 470	339	1 453	341	1 475	343
<i>Oise</i>	609	73	593	79	584	68
<i>Pas-de-Calais</i>	790	145	816	147	918	153
<i>Sommes</i>	375	80	371	83	371	82

Source : site internet de l'ARS Hauts-de-France

Cette catégorisation « réanimation et soins intensifs » est d'ailleurs celle retenue dans les jeux de données de Santé Publique France présentées sur le site data.gouv.fr, sans que l'on sache si elle exclut ou non les lits d'USC.

Photo n° 1 : description du jeu de données de Santé Publique France sur la situation hospitalière concernant l'épidémie de covid 19

Le présent jeu de données renseigne sur la situation hospitalières concernant l'épidémie de COVID-19.

Cinq fichiers sont proposés :

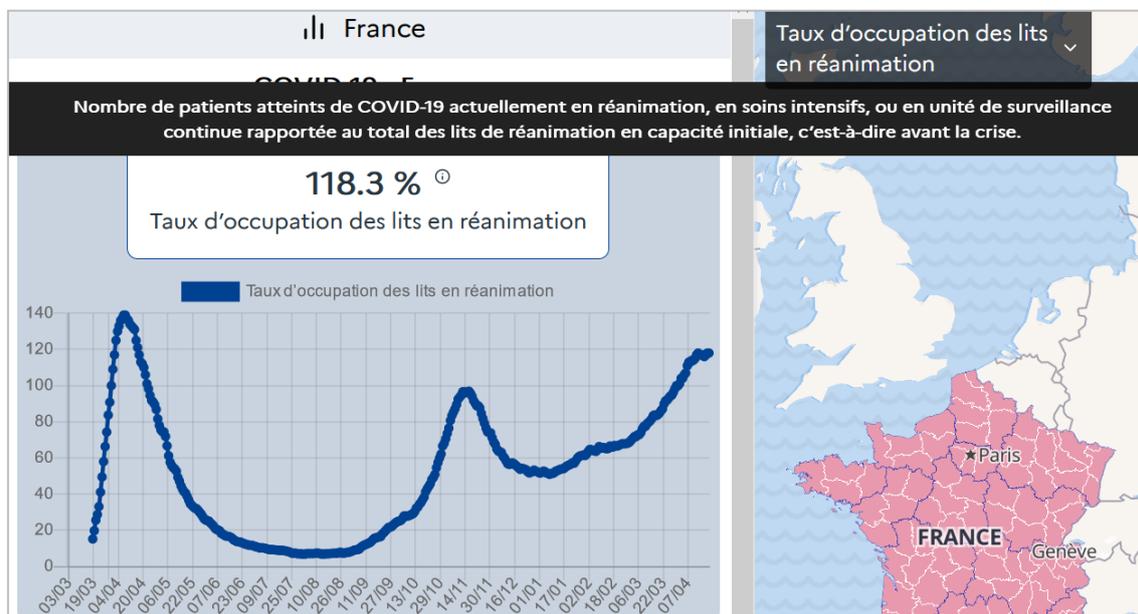
- **Les données hospitalières relatives à l'épidémie du COVID-19 par département et sexe du patient** : nombre de patients hospitalisés, nombre de personnes actuellement en réanimation ou soins intensifs, nombre de personnes actuellement en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) ou Unités de Soins de Longue Durée(USLD), nombre de personnes actuellement en hospitalisation conventionnelle, nombre actuellement de personnes hospitalisées dans un autre type de service ou nombre cumulé de personnes retournées à domicile, nombre cumulé de personnes décédées.
- **Les données hospitalières relatives à l'épidémie du COVID-19 par région, et classe d'âge du patient** : nombre de patients hospitalisés, nombre de personnes actuellement en réanimation ou soins intensifs, nombre de personnes actuellement en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) ou Unités de Soins de Longue Durée(USLD), nombre de personnes actuellement en hospitalisation conventionnelle, nombre actuellement de personnes hospitalisées dans un autre type de service, nombre cumulé de personnes retournées à domicile, nombre cumulé de personnes décédées.
- **Les données hospitalières quotidiennes relatives à l'épidémie du COVID-19 par département** : nombre quotidien de personnes nouvellement hospitalisées, nombre quotidien de nouvelles admissions en réanimation, nombre quotidien de personnes nouvellement décédées, nombre quotidien de nouveaux retours à domicile.
- **Les données relatives aux établissements hospitaliers par département** : nombre cumulé de services ayant déclaré au moins un cas.
- **Les données relatives à les nouvelles admissions en réanimation par région** : nombre de nouveaux patients admis en réanimation dans les 24 dernières heures.

Source : *data.gouv.fr*

Enfin, le « taux d'occupation des réanimations » présenté par des autorités publiques ou par des sites internet publics à partir des données de Santé publique France sur *data.gouv.fr* est opaque à trois égards :

- il ne s'agit pas de réanimations mais de l'ensemble des soins critiques
- il s'agit des lits occupés par des patients « covid », à l'exclusion des autres patients
- surtout, la référence est celle des capacités en soins critiques (ou en réanimation ?) d'avant crise. Le nombre de lits de réanimation effectivement autorisés et armés n'est jamais publié.

Graphique n° 5 : taux d'occupation des lits de soins critiques par rapport aux capacités d'avant crise, site de l'ARS Ile-de-France



Source : site internet de l'ARS Ile-de-France

Graphique n° 6 : saturation des services de réanimation par les patients covid19 par rapport au nombre de lits en réanimation en France fin 2018 (Drees)



Source : site Covidtracker.fr

Ces imprécisions sur les périmètres des soins critiques et de la réanimation, doublées de l'absence d'information sur les capacités, a pu être source de confusion. En lisant les

communications officielles, le grand public a pu avoir l'impression que l'on s'approchait du nombre fatidique de 5 000 patients qui correspond à la capacité nationale de réanimation alors qu'il s'agit du nombre de patients atteints de la covid 19 admis en soins critiques. La part de lits de réanimation réservés aux patients non covid n'est également pas communiquée.

C - Certaines solutions d'exception ont montré leurs limites

1 - Des renforts moins nombreux et plus difficiles à mobiliser

a) Les recommandations du ministère et des sociétés savantes

Le 9 septembre 2020, le ministère de la Santé a publié, à destination des établissements de santé, des recommandations en forme de *check list* relatives à l'anticipation des tensions sur les ressources humaines et l'impact du rebond épidémique sur les conditions de travail⁶⁰. Elles abordaient toutes les dimensions de la gestion RH (hygiène, sécurité et conditions de travail, organisation du travail, temps de travail, formation, coopération territoriale et renforts RH, médecine du travail, QVT et bien-être au travail, dialogue social). Ces recommandations ne sont pas centrées sur les soins critiques, mais concernent l'ensemble des agents hospitaliers. Elles demandent aux établissements d'organiser des retours d'expérience à partir de la première vague et d'en tirer les leçons en prévision d'une éventuelle nouvelle vague. Un autre message d'alerte sanitaire rapide en date du 16 septembre 2020⁶¹ demande aux établissements, sous la houlette des ARS, de :

- recenser les renforts RH en soins critiques/réanimation mobilisables (mise à jour des listings opérationnels des personnels paramédicaux compétents volontaires) pour pouvoir renforcer rapidement les services de réanimation ;
- définir les paliers de montée en charge des besoins en équipes de soins critiques ;
- instaurer une formation préalable, même courte, dans la mesure du possible dans les futurs locaux d'exercice et en favorisant la transmission par les pairs (idéalement, en s'appuyant sur une formation commune, afin de permettre les éventuels transferts de personnels selon les besoins du territoire ;
- diffuser les recommandations de bonnes pratiques servant de lignes directrices uniques pour les réanimations.

C'est par exemple ce qui a été réalisé au sein de l'ARS Bretagne.

⁶⁰ MARS 2020-77 – Anticiper les tensions sur les ressources humaines et l'impact du rebond épidémique sur les conditions de travail.

⁶¹ MARS 2020-80 du 16 septembre 2020 Préparation à la prise en charge des patients en réanimation et post-réanimation en cas de dégradation de la situation épidémique.

Anticipations RH liées à l'évolution capacitaire en cas de dégradation de l'épidémie : le recensement effectué par l'ARS Bretagne

Un recensement des professionnels nécessaires à la montée en charge a été réalisé, à partir du cahier des charges des unités de réanimation qui prévoit : 1 IDE pour 2,5 lits et 1 Aide-soignante pour 4 lits (en permanence)

Depuis le 17 mars 2021, le palier 1 est activé, sur les 4 prévus en montée en charge réanimation, soit 250 lits armés (vs 162 en temps normal et 218 avant le passage de ce palier). Cela correspond à 32 lits supplémentaires armés, qui nécessitent 32 IDE et 20 AS pour fonctionner ; les ressources médicales sont présentes en nombre suffisant, en revanche il existe déjà des difficultés pour consolider les effectifs paramédicaux : 10 IDE et 8 AS seraient nécessaires pour tenir dans la durée.

Le palier 2, avec 281 lits de réanimation, implique une déprogrammation à hauteur de 25 % (variable selon les territoires) et 31 lits supplémentaires armés, qui nécessitent les mêmes compléments d'effectifs. Les RH libérées par ces déprogrammations seront pour partie consacrées à l'armement de lits de médecine supplémentaires. A minima, 10 IDE et 8 AS seraient nécessaires en appui externe.

Le palier 3, avec 321 lits de réanimation, implique une déprogrammation à hauteur de 50 %, correspond à 40 lits supplémentaires armés, qui nécessitent 40 IDE et 25 AS. Nous ne disposons pas de visibilité sur le nombre d'effectifs mis à disposition par les déprogrammations mais un renfort extérieur sera nécessaire, notamment sur les territoires de tailles modestes où le vivier est plus limité.

Le palier 4, avec 389 lits de réanimation, et une déprogrammation massive, nécessiterait 68 IDE supplémentaires et 42 AS.

De leur côté, le CNP-MIR et le CNP-Armpo ont publié, en novembre 2020, des principes d'organisation dans le domaine des ressources humaines dans le cadre de leurs « Propositions d'organisation pour des soins critiques »⁶².

Concernant les USC, elles observent d'abord que l'identification de lits USI-covid en lieu et place de lits de réanimation pourrait libérer du temps IDE et AS compétents en soins critiques.

Dans les centres avec unité de réanimation, les CNP indiquent que le planning IDE doit être mutualisé entre USI covid et réanimation (rotation des personnels entre réanimation et USI covid) afin de permettre une meilleure expertise pour la prise en charge des patients.

Dans les centres sans unité de réanimation, la mutualisation partielle ou totale du personnel paramédical de l'USI covid avec celui expérimenté des autres soins critiques (urgences, soins intensifs) est recommandée. Ces étapes conduisent les établissements à disposer d'un capacitaire compris entre 150 % à 250 % de leur capacitaire autorisé. Les CNP observent qu'un capacitaire supérieur (12.000 lits de réanimation) est possible en théorie mais, dans les conditions actuelles, il serait limité par l'absence de ressources en personnel médical et non médical qualifiés suffisantes.

Concernant d'éventuels renforts les CNP recommandent de :

- mobiliser des IDE qui ne travaillent pas habituellement en réanimation, et cela en recensant en premier lieu les IDE ayant une expérience en soins critiques au cours des

⁶² <https://sfar.org/download/propositions-dorganisation-pour-des-soins-critiques-securises-dans-le-contexte-de-la-nouvelle-vague-pandemique-covid-19/?wpdmdl=29752&refresh=6058d35e166c21616434014>

cinq dernières années en soins critiques et qui n’y travaillent plus et ceux/celles ayant un projet professionnel en réanimation. Parallèlement des formations complémentaires doivent être engagées pour ces personnels et/ou d’autres agents volontaires et travaillant habituellement hors réanimation. Les CNP demandent l’organisation, avant l’intégration, d’une formation selon les recommandations des sociétés savantes (SRLF et Sfar) ainsi que de l’Association nationale des Centres en soins d’urgence (Ancesu). Ils demandent également la mise en place d’une formation complémentaire aux outils informatiques spécifiques des unités de réanimation, la constitution d’équipes soignantes mixtes (personnels travaillant en secteur de réanimation et renforts). Ils souhaitent enfin l’affectation préférable des personnels de renfort dans les unités dédiées covid, Réa covid et USI covid ;

- une mobilisation prioritaire des Iade exerçant principalement en secteur d’anesthésie, dont la formation et l’expérience leur permet une adaptabilité plus facile et rapide que celle des IDE de bloc ou de soins généraux. Les CNP recommandent toutefois de prendre en compte, avant leur mobilisation, la problématique bien particulière des Iade du secteur privé qui sont le plus souvent salariés de anesthésistes réanimateurs et dont « l’engagement doit être absolument sécurisé pour éviter les difficultés identifiées lors de la première vague (statut, contrats, prime covid, etc.) ». Ils recommandent qu’un « cadre soit défini au niveau national pour favoriser leur mobilisation » ;
- concernant les personnels médicaux, les CNP observent que « les modalités de renforts médicaux sont peu lisibles et apparaissent très hétérogènes » au sein des territoires et que « la répartition de la vague covid qui affecte de manière homogène le territoire va limiter considérablement la mobilité interrégionale des personnels médicaux ». De fait, « l’intégration indispensable des anesthésistes réanimateurs libéraux doit s’effectuer dans un cadre statutaire et financier prenant en compte les contraintes spécifiques du secteur privé. »

b) Moindres déprogrammations, épidémie sur l’ensemble du territoire, lassitude : des ressources humaines plus difficiles à mobiliser malgré une meilleure anticipation

Comme durant la première vague, le système de santé a dû avoir recours à des solutions d’exception rendues nécessaires par le caractère durablement grave de l’épidémie. Certaines, en particulier concernant les ressources humaines, ont été plus difficiles à mettre en œuvre compte tenu du fait que l’ensemble du territoire a été concerné, mais aussi de la pression psychologique et de l’usure liées à la durée des efforts demandés. Une enquête de la Fédération hospitalière de France réalisée fin septembre 2020 auprès de 300 établissements, fait ainsi apparaître que 80 % des établissements de santé rencontraient des difficultés dans leur recherche active pour renforcer leurs effectifs⁶³.

Par ailleurs, s’il est illusoire de penser que les difficultés structurelles rencontrées par les soins critiques (ampleur et répartition du capacitaire, tensions sur les ressources humaines) auraient pu recevoir durant l’été 2020 des solutions efficaces et immédiates, l’absence de

⁶³ <https://www.fhf.fr/Presse-Communication/Actualites/Enquete-FHF-les-ressources-humaines-face-a-la-seconde-vague-covid-19>

décision ou de perspectives en ce sens a probablement contribué à dégrader le climat parmi les personnels de santé.

Lors de la première vague, un renfort massif des équipes de soins critiques avait été rendu possible par l'inégale cinétique de l'épidémie selon les territoires, une déprogrammation massive, nationale et de longue durée des soins et interventions non urgents ainsi qu'un recul de l'accidentologie⁶⁴ et du moindre recours de la population aux services de santé. Le confinement avait également pour effet une forte réduction sur l'activité des services d'urgence et sur le recours au secteur interventionnel en urgence. Telles n'ont pas été les caractéristiques des deuxième et troisième vagues, avec une activité interventionnelle maintenue autant que possible, un confinement moins strict, un nombre de patients présentant des pathologies urgentes supérieur à celui de la première vague. De surcroît, la venue d'anesthésistes-réanimateurs et d'Iade du privé lucratif n'a pas été favorisée par l'absence de cadre juridique attractif susceptible de faciliter leur coopération, en particulier concernant leur rémunération.

En pratique, les formations destinées aux renforts ont bénéficié, au cours de l'année 2020, à plus de 8 000 professionnels. Depuis novembre 2020, des parcours individualisés d'accompagnement et de formation destinés au personnel soignant non médical amené à intervenir en renfort dans les secteurs covid ont également été mis en place. Ces formations sont disponibles sur la plateforme du système informatique distribué d'évaluation en santé (Sides) et ont fait l'objet à ce jour, selon la DGOS, de plus de 1000 inscriptions dont près de 50 % des IDE. Une enquête de la FHF réalisée fin septembre estime à 1 % des personnels des établissements de santé le nombre de professionnels formés à la prise en charge covid en service de réanimation.

L'ARS Hauts-de-France indique que, « depuis l'automne, en l'absence de vivier identifié de volontaires, les leviers qui peuvent être activés au niveau de l'ARS (mobilisation des étudiants, URPS et Pôle Emploi principalement) trouvent rapidement leurs limites dans la recherche des compétences spécifiques attendues en soins critiques ; à titre d'illustration, sur les quelque 1 500 volontaires à ce jour inscrits en Hauts-de-France sur la plateforme Renfort RH-Crise, seuls 7 Iade sont répertoriés. De plus, dès le début de la 2ème vague et alors que les besoins concernent une large part du territoire national, la réserve sanitaire a également fait état des difficultés à mobiliser des volontaires réservistes. »

En PACA, l'ARS observe également que « le niveau de tension en personnel médical et non médical dans les réanimations ne cesse de s'accroître. Lors de la 1ère et 2ème vagues, les étudiants ont été mobilisés mais lors de cette dernière mobilisation cette mesure, très impopulaire, a connu beaucoup de détracteurs. L'ensemble des mesures ont été prises pour faire face aux difficultés RH, dans le respect des textes réglementaires et de leur calendrier (décision de déplafonnement des heures supplémentaires en novembre 2020 et février 2021 et mars 2021 indemnisation des heures supplémentaires et CET) ».

c) L'avenir : une réserve pérenne de soignants en soins critiques ?

Au mois de juillet 2020, tirant les leçons de la première vague de la crise sanitaire, les CNP Armpo, CNP MIR et la Fédération nationale des Infirmiers en Réanimation ont proposé

⁶⁴ Moyer JD et al. Scand J Trauma Resusc Emerg Med, in press.

au ministère de constituer, dans la durée, une « réserve de soignants en soins critiques ». Ils ont ensemble travaillé à la rédaction d'un « Guide des réserves de soignants en soins critiques », publié en avril 2021. Une telle réserve, comprenant l'ensemble des professions concernées (IDE, AS, masseurs-kinésithérapeutes et cadres de santé) devrait bénéficier d'une formation théorique socle, d'une formation en immersion – les deux d'une durée de deux ou trois jours – ainsi que d'un maintien des compétences avec des cycles réguliers de formation. La constitution d'une telle réserve aurait pour avantage la possibilité pour les unités de soins critiques, en cas d'afflux de patients, d'augmenter leurs capacités en bénéficiant de renforts sans puiser dans les ressources des plateaux interventionnels.

Ces réservistes seraient identifiés dans les établissements de santé, qu'ils disposent ou non d'unités de réanimation, mais aussi parmi les infirmiers libéraux ou les retraités. Les personnels de la réserve disposeraient d'un cadre contractuel d'engagement formalisé en fonction de leurs modalités habituelles d'exercice et défini réglementairement, en s'inspirant de la réserve du Service de Santé des Armées : l'engagement des personnels de la réserve soignante serait valorisé financièrement.

Les CNP et la Fédération nationale des infirmiers de réanimation (Fnir) estiment nécessaire que ce concept de réserve fasse l'objet d'une déclinaison pratique au niveau de chaque établissement disposant d'une unité de réanimation et de chaque territoire de santé.

Dans la mesure où l'exercice en soins critiques requiert des compétences spécifiques et le maintien de ces compétences dans la durée, cette proposition paraît bien adaptée aux besoins liés à la gestion des conséquences d'une pandémie ou de tout événement sanitaire se traduisant par un afflux de patients en soins critiques, en complément ou au sein du dispositif actuel de la Réserve sanitaire qui s'adresse à des professionnels de santé, étudiants en santé ou jeunes retraités sans condition préalable de formation ni d'actualisation périodique des compétences.

La DGS estime que ce guide de la réserve soignante en soins critiques élaboré par les Conseils Nationaux Professionnels CNP MIR et MAR constitue une première réponse fondée sur une réserve constituée à l'échelon des établissements de santé concernés et mutualisée au niveau territorial sous l'égide de l'ARS dans le cadre du dispositif ORSAN via des plateformes régionales. Au-delà des soins critiques, il est important de construire un système de réserve des professionnels de santé à l'échelon régional et potentiellement mutualisable à l'échelon national pour compenser la « réserve sanitaire » gérée par l'agence nationale de santé publique qui a montré ses limites durant cette crise.

d) Les limites des transferts de patients

Les transferts de patients se sont poursuivis au cours des deuxième et troisième vagues, mais avec une ampleur beaucoup plus réduite que durant la première vague :

- entre mars et mai 2020 (première vague) : 660 patients transférés ;
- entre le 23 octobre et le 31 décembre 2020 (deuxième vague) : 170 patients transférés ;
- entre le 26 janvier 2021 et le 8 avril 2021 (troisième vague) : 262 patients transférés.

Pour une part, ces transferts en moins grand nombre résultent d'une plus grande diffusion de l'épidémie sur le territoire et d'une meilleure anticipation des évolutions capacitaires qu'au cours de la première vague.

Ils résultent également du constat, effectué à l'issue de la première vague, de l'extrême lourdeur de ces évacuations sanitaires, mobilisant beaucoup de soignants et qui ne peuvent pendant cette période être occupés à leur tâche première au sein de leurs services : selon la SRLF, « la pertinence de la question relative au transfert non pas des patients mais des soignants vers les zones les plus touchées par l'épidémie voire de construction de structures de réanimation sur les zones les plus touchées reste une option à étudier. »

De surcroît, l'impossibilité pour les familles de visiter leur proche transféré dans un hôpital d'une ville éloignée a alimenté des refus de transferts, en particulier en Ile-de-France⁶⁵.

Et cela même si une étude française récente portant sur 133 patients ne montre pas d'augmentation de mortalité chez des patients covid intubés et ventilé au décours de leur transfert (train, ambulance, hélicoptère), ce qui confirme l'intérêt de transferts pour désengorger un établissement saturé⁶⁶, et qu'une autre étude ayant exploité les données Sivic de tous les patients transférés indique un meilleur pronostic des patients transférés par rapport à ceux restés dans leur établissement d'origine⁶⁷.

2 - Une coopération parfois difficile à maintenir dans la durée

Des éléments recueillis par la Cour illustrent les difficultés rencontrées pour maintenir dans la durée des stratégies de coopération entre acteurs.

Cela peut être parfois le cas entre territoires plus ou moins touchés, comme le relève l'ARS Grand-Est ou entre établissements de santé appartenant à des territoires différents.

De nombreux exemples ressortent de difficultés entre secteurs public et privé, dans un contexte où des déprogrammations ont un impact important sur l'activité chirurgicale et où peuvent se jouer, pour l'avenir, des gains ou des pertes de « part de marché ».

L'ARS Paca indique ainsi que « la solidarité entre les acteurs fonctionne bien », mais que « la durée de la crise, complexifie les coopérations entre les structures publiques et privées qui disposent d'activité de recours où la concurrence est rude. La 2^{ème} vague, avec un maintien des activités non covid indispensables (afin d'éviter la perte de chance des patients), dans un contexte de ressources humaines très tendu a complexifié de façon majeure les coopérations, avec des craintes légitimes des conséquences de l'après covid sur la patientèle ».

Au mois d'avril 2021, le syndicat national des anesthésistes-réanimateurs de France a écrit au ministère de la santé pour regretter la décision de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, prise le 7 avril, de déprogrammer jusqu'au 23 avril l'ensemble des activités chirurgicales et interventionnelles non urgentes, une décision « brutale » et prise selon eux « à la demande du directeur général des HCL », « alors que dans d'autres régions plus touchées [...] le maintien d'une activité partielle a été autorisée », « et ceci sans rapport avec la capacité de prise en charge de patients covid ».

Évoquant les quatre autorisations dérogatoires de réanimation délivrées aux établissements de santé privés par l'ARS Bretagne, cette dernière indique que, pour deux

⁶⁵ Selon le CNP Armpo

⁶⁶ Painvin et al. Ann. Intensive Care (2021).

⁶⁷ Sanchez et al. BMJ, soumis.

d'entre elles, les équipes médicales des territoires ont étroitement travaillé ensemble : formation, définition des critères d'orientation, gradation des soins. À un an de recul, elles ont trouvé leur place et apportent un service médical précieux dans ce contexte d'afflux important de patients. En revanche, les deux dernières ne sont pas encore parvenues à jouer pleinement leur rôle de réanimations éphémères covid, par manque de compétences ou par réticences exprimé par la communauté médicale. L'ARS indique que « le choix d'accueillir des patients au profil post-chirurgical pourrait traduire un effet d'aubaine et ne correspond pas aux besoins immédiats de cette crise sanitaire. Les travaux territoriaux doivent être repris pour faire monter en compétence ces unités qui ont été équipées matériellement et qui ont vu leurs autorisations renouvelées. Il n'en demeure pas moins que ces autorisations faciliteraient les déports de chirurgies lourdes vers ces établissements lors de déprogrammations d'ampleur : le sujet doit encore être partagé entre les équipes médico-chirurgicales. »

De son côté, l'ARS Grand-Est, qui souligne le très bon fonctionnement de la coopération public privé, observe également que la durée et la pression relativement moindres de la seconde vague ont rendu délicat le maintien de la solidarité qui avait très bien fonctionné en cours de première vague : des directions d'établissements de santé privé « ont parfois été en difficulté face aux praticiens libéraux qui attendaient des consignes de déprogrammation claires et des réponses sur les modalités de compensation de leur perte de revenus ». Évoquant les autorisations exceptionnelles de réanimation, l'ARS observe que « lors de la vague 1, une consigne nationale a imposé la déprogrammation de toutes les activités chirurgicales sauf les urgences, permettant l'armement des extensions capacitaires de réanimation. Cette consigne n'a pas été renouvelée pour la vague 2, et certains établissements, une fois les leçons tirées de la vague 1 notamment en termes d'impact financier et de rémunération des professionnels libéraux (chirurgiens) non impliqués dans la prise en charge de patients covid, n'ont pas renouvelé la demande d'autorisation exceptionnelle pour préserver l'activité de leurs praticiens. »

Le CNP Armpo estime à cet égard que « des compensations financières doivent être prévues pour ne pas pénaliser les établissements prenant en charge une activité ou en stoppant une autre. »

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Au cours des années 2000, la France s'était préparée aux conséquences de la possible survenue de plusieurs vagues successives d'une épidémie de type grippe-SARS-MERS, en se dotant d'un Plan national de prévention et de lutte contre une pandémie grippale, régulièrement actualisé. Sur la base de modélisations scientifiques, de très fortes tensions sur les services de réanimation avaient été anticipées, avec pour corollaire l'accroissement – allant jusqu'au doublement – de l'offre de soins critiques. Ce plan a toutefois cédé la place, à partir de 2014, à un dispositif de gestion des risques d'ambition plus large (Organisation de la réponse du système de santé en situation sanitaire exceptionnelle – ORSAN) mais qui a perdu en spécificité. La possibilité de survenue d'une pandémie telle que celle de 2020, et avec elle l'anticipation des tensions afférentes sur l'offre de soins critiques, a dès lors été insuffisamment anticipée.

Lorsque la pandémie de covid 19 est survenue, et jusqu'à la mi-mars 2020, les autorités sanitaires n'ont ainsi pas pris la mesure de ses conséquences sur les besoins en réanimation. C'est donc une adaptation d'une ampleur et d'une rapidité sans précédent de l'offre de soins critiques qui a dû être engagée, sur la base de recommandations ministérielles reprenant parfois au mot près celles qui avaient été formulées en 2006. Cela s'est fait, d'une part, au prix d'une déprogrammation nationale et durable des soins non urgents – alors même que la pandémie n'avait pas frappé de manière égale l'ensemble des régions –, dont les conséquences en termes de santé publique restent à évaluer. D'autre part, il a été nécessaire de mobiliser de très nombreux renforts, en particulier des médecins et infirmiers travaillant dans les secteurs d'anesthésie-réanimation. Des transferts de patients atteints de la covid 19 ont également été organisés entre établissements, voire entre régions. Enfin, des mesures d'adaptation à la situation de crise ont été mises en œuvre, notamment en matière de suivi, d'achat et de production de médicaments et de dispositifs médicaux.

Durant l'entre-deux-vagues, des décisions certes importantes pour l'avenir du secteur hospitalier, ont été prises mais aucune mesure structurelle spécifique n'a été décidée quant à l'offre de soins critiques. Dans le souci de limiter les conséquences en termes de santé publique d'une déprogrammation nationale et en vue d'adapter au mieux la gestion de crise à la situation sanitaire de chacun des territoires, la seconde vague a été caractérisée par une gestion plus territorialisée, permise par la pérennisation des acquis de la première vague en ce qui concerne notamment le suivi des capacités de prise en charge en soins critiques et de la disponibilité des dispositifs médicaux et des médicaments. Les limites de ces solutions d'exception (renforts de personnels, transferts de patients) se sont toutefois faites jour.

C'est pourquoi la Cour formule les recommandations suivantes, visant à tirer les enseignements de la gestion de crise :

- 1. revoir les dispositifs nationaux et régionaux de gestion des situations sanitaires exceptionnelles en les actualisant au vu de la pandémie actuelle et en cherchant à identifier d'éventuels angles morts (DGS, SGMAS, DGOS).*
- 2. évaluer, en termes de santé publique, les conséquences des déprogrammations, des transferts de patients et du renoncement aux soins durant la première vague de l'épidémie de covid 19 (DGS, SPF).*

3. *pérenniser les acquis concernant l'anticipation des besoins et le suivi de la gestion des stocks de dispositifs médicaux et de médicaments. Constituer une réserve de soignants en soins critiques et mettre en place des modalités pour en assurer l'attractivité et la pérennité (DGOS, DGS, SPF).*
-

Chapitre II

DES DIFFICULTÉS STRUCTURELLES

AUXQUELLES IL FAUT RÉPONDRE

La crise sanitaire a révélé à l'ensemble des français, avec une extrême acuité, à quel point un pays tout entier, sa population, son économie et les libertés publiques, peuvent être dépendants du système de soins et en particulier de l'organisation des soins critiques. Pour ces derniers, si certaines difficultés structurelles ont pu apparaître clairement dans le débat public, les causes profondes expliquant ces situations n'ont pas été analysées. La Cour a donc cherché à identifier ces points afin d'en tirer des pistes de réformes structurelles pour l'avenir.

I - ÉTAT DES LIEUX DES SOINS CRITIQUES : UNE OFFRE DE SOINS CONCENTRÉE MAIS UNE COORDINATION TERRITORIALE QUI FAIT DÉFAUT

A - La croissance de l'offre a été limitée à la surveillance continue et aux soins intensifs

1 - Une stagnation des capacités d'hospitalisation en réanimation adulte

Entre 2013 et 2019, le nombre de lits de soins critiques a progressé de 6,8 %, alors même que, durant la même période, le nombre de lits d'hospitalisation conventionnelle a diminué de 5,1 %⁶⁸. Au 31 décembre 2019⁶⁹, la France comptait 19 580 lits de soins critiques pour adultes et enfants, dont 5 433 dédiés à la réanimation, 8 192 à la surveillance continue et 5 955 aux soins intensifs⁷⁰.

⁶⁸ Source : Drees, SAE 2019 (bases administratives), traitements Drees.

⁶⁹ La crise sanitaire liée à la covid 19 ne permet pas de déterminer le niveau du capacitaire pérenne au 31 décembre 2020, étant donné les requalifications intervenues au cours de l'année, notamment entre réanimations et USC. L'évolution des données capacitaires durant la crise fait l'objet d'une analyse spécifique.

⁷⁰ Champ : France métropolitaine et Drom (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA (Source : DREES, SAE 2013-2018 (bases statistiques), traitements Drees et SAE 2019 (bases administratives), traitements Drees).

Tableau n° 10 : évolution des capacités d'hospitalisation en soins critiques comparée à celle de l'ensemble de l'hospitalisation complète

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	% 2013- 2019
<i>Nombre de lits d'hospitalisation complète</i>	413 282	420 871	408 733	404 672	399 889	395 670	392 262	- 5,1 %
<i>Nombre de lits de soins critiques</i>	18 336	18 524	18 755	19 013	19 251	19 286	19 580	6,8 %
<i>dont lits de réanimation</i>	5 369	5 388	5 351	5 391	5 436	5 392	5 433	1,2 %
<i>dont lits de soins intensifs</i>	5 398	5 515	5 584	5 692	5 795	5 832	5 955	10,3 %
<i>dont lits de surveillance continue</i>	7 569	7 621	7 820	7 930	8 020	8 062	8 192	8,2 %

Source : Drees, SAE 2019 (bases administratives), traitements DREES

La prise en charge des seuls adultes mobilise 93,8 % de ces lits, dont 28 % pour la réanimation (soit 5 080 lits), 40 % en surveillance continue (7 327 lits) et 32,4 % des lits de soins intensifs (5 955 lits)⁷¹.

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 durant la période sous revue) et pédiatriques (+ 220), alors que le nombre de lits de réanimation adulte est resté stable, avec + 56 lits en 6 ans soit une progression de 1,1 % sur la période. En ne prenant en compte que les seuls lits polyvalents de réanimation et de surveillance continue, la progression des capacités d'hospitalisation en 6 ans est de 4,1 %, pour atteindre un total de 12 407 lits à fin 2019, dont 41 % sont des lits de réanimation.

Il est difficile d'évaluer l'évolution capacitaire en soins critiques avant 2013 : les biais induits par la modification des modes de recueil de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) ne permettent pas une comparaison pertinente. Cependant, au vu des quelques publications antérieures à 2013, rien ne permet de penser qu'il y ait eu au cours des deux dernières décennies un mouvement massif de fermeture de lits de soins critiques. En revanche, la conversion de lits de réanimation en lits de surveillance continue paraît plus certaine⁷².

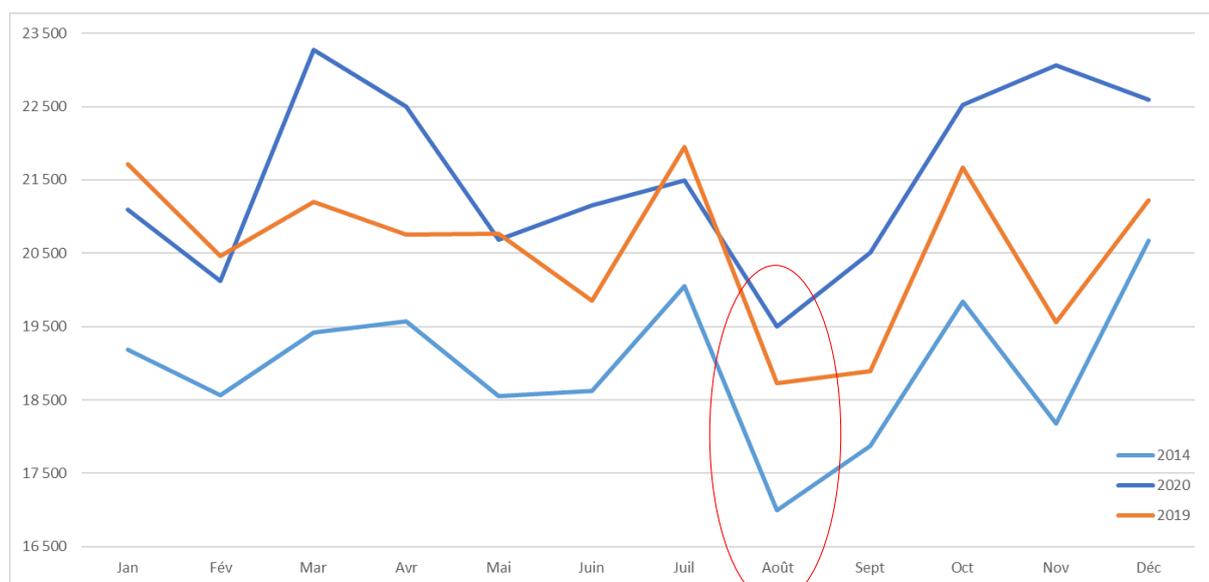
Ces données ne prennent cependant pas en compte le volume de lits de soins critiques fermés temporairement pour travaux, maintenance ou faute de personnels. Les conseils

⁷¹ Source : SAE Drees 2019 disponible par l'infocentre Diamant.

⁷² Une publication de 2008 fait état d'une estimation par la DHOS (réalisée auprès des ARH en mars 2000), d'une capacité totale des réanimations adultes de 5 700 lits et d'environ 3 500 lits de surveillance continue et de 2 400 lits de soins intensifs (B. Guery et al., Organisation de la réanimation en situation de pandémie de grippe aviaire, Réanimation (2008). Le CNP Armpo fait état d'un effectif de 6 200 lits de réanimation en 2009, sans que pour autant ce chiffre puisse faire l'objet d'une contre-expertise par la Drees.

nationaux professionnels de médecine intensive et de réanimation et d'anesthésie-réanimation estiment que le nombre de lits de réanimation installés, mais non opérationnels, était, avant la crise liée à la covid 19, de 10 % des effectifs totaux (soit entre 500 et 600 lits). Les réponses des établissements interrogés au cours de l'enquête ne permettent pas de documenter des chiffres aussi élevés : 0,4 % des lits de soins critiques du CHU de Montpellier ont été fermés temporairement en 2019, 2,2 % au CH du Mans, 2,9 % aux Hospices civils de Lyon, 4,8 % au CHU d'Angers et 6,1 % aux hôpitaux civils de Strasbourg⁷³. Une étude plus globale réalisée en 2012 aboutit à des valeurs situées autour de 4 % (enquête réalisée un jour donné⁷⁴). Dans la plupart des cas, ces fermetures temporaires ont lieu durant la période estivale, du fait notamment de la diminution de l'activité programmée en chirurgie et de la baisse de l'incidence des maladies respiratoires. Cette baisse d'activité en soins critiques apparaît nettement chaque année, notamment au mois d'août, y compris pour l'année 2020 qui n'a pas fait exception malgré les déprogrammations massives des mois de mars et avril 2020. Ces fermetures de lits permettent aux personnels affectés en soins critiques de prendre leurs congés.

Graphique n° 7 : évolution de l'activité hospitalière mensuelle en réanimation en 2014, 2019 et 2020.



Source : cour des comptes d'après les données Diamant, PMSI, 2014, 2019 et 2020

Afin de lever toute ambiguïté sur le volume et l'origine des fermetures temporaires de lits en soins critiques, **les effectifs de lits fermés, toutes causes confondues, pourraient utilement faire l'objet d'un suivi dans la SAE à partir des données du répertoire opérationnel des ressources (ROR) qui recense en continu les lits disponibles et les lits fermés.**

⁷³ Ces chiffres paraissent cohérents avec une publication de J.M. Constantin et al., Quelle activité et quels personnels soignants dans 66 unités de réanimation du sud de la France ? Annfar-4302; pp. 6 Enquête de type « un jour donné » réalisée entre janvier et mai 2009 : sur 710 lits de réanimation, 695 (98 %) lits étaient ouverts.

⁷⁴ D. Annane et al., démographie et structures des services de réanimation français, Réanimation 2012.

2 - Des inégalités territoriales en termes de capacités d'hospitalisation en soins critiques qui se répercutent sur la consommation de soins

Si la croissance du nombre de lits de soins critiques apparaît hétérogène, l'implantation de ces lits présente également des écarts importants entre territoires. Or, les travaux conduits par la Cour laissent à penser que les différences en termes de taux d'équipement en lits de soins critiques semblent être le facteur le mieux à même d'expliquer les écarts inter-régionaux en termes de consommation de soins critiques.

En effet, le taux de recours⁷⁵ aux soins critiques, analysé à l'échelle des régions⁷⁶, présente des variations substantielles, qui apparaissent fortement corrélées aux taux d'équipements en soins critiques⁷⁷. Avec, en 2019, plus de 16 séjours pour 1 000 habitants, le taux de recours est le plus élevé en région Bourgogne Franche-Comté. À l'opposé, la Corse (9,2 séjours pour 1 000 habitants) et Mayotte (3,1) affichent les taux de recours les plus faibles.

La standardisation partielle des données sur la base de l'âge, qui est un bon indicateur du niveau de besoins en soins critiques d'une population et aurait pu expliquer ces différences de recours entre régions, ne modifie pas ces écarts inter-régionaux : pour les personnes âgées de plus de 60 ans, le taux de recours aux soins critiques présente les mêmes écarts entre régions. À titre d'illustration, la région Provence-Alpes-Côte-D'azur (Paca) et la Bretagne ont la même proportion de personnes âgées de plus de 60 ans (29 % de la population adulte) : le taux de recours aux soins critiques en PACA, qui dispose de plus de lits dédiés, est cependant de 43 % supérieur.

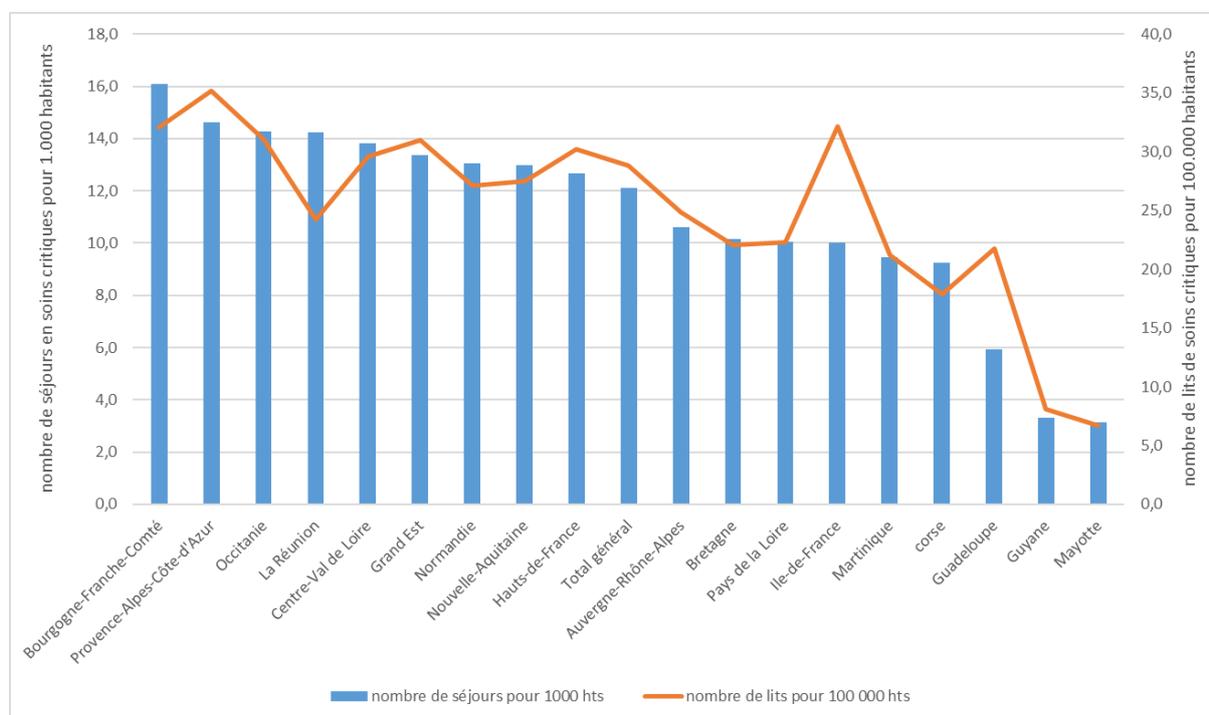
Les entretiens menés par la Cour laissent à penser que pour les régions les moins dotées, une adaptation au déficit structurel de lits de soins critiques s'est développée au cours du temps par un phénomène de résilience, sans pour autant qu'il soit possible d'en évaluer la réalité et le fonctionnement, et en particulier le report vers d'autres types de prise en charge. Une étude clinique, qui viserait à décrire le devenir d'un échantillon de patients présentant le même tableau clinique relevant des soins critiques, dans des régions dotées de façon très inégales, permettrait d'objectiver ce constat et les éventuelles pertes de chances associées.

⁷⁵ 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 séjours d'hospitalisations réalisées rapporté au nombre d'habitants du territoire.

⁷⁶ La consommation de soins est rattachée à la région de domiciliation du patient et non au lieu de réalisation de l'activité. Ceci permet de minorer les effets liés aux transferts de patients entre régions équipés de façon inégale en lits de soins critiques.

⁷⁷ Le coefficient de corrélation entre les deux arguments est de 0,89 pour l'année 2019.

Graphique n° 8 : consommation de soins critiques au regard du nombre de lits par régions



Source : Cour des comptes d'après les données Insee (population), PMSI-ATIH (activité), 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 Ile de France s'explique en grande partie par son rôle de recours inter-régional.

3 - Une concentration progressive de l'offre de soins qui laisse néanmoins subsister un grand nombre d'unités de soins critiques de petite taille et isolées d'un secteur de réanimation

a) Un objectif de concentration de l'offre de soins critiques visant une meilleure qualité et sécurité des soins.

Au-delà de la question du volume de lits disponibles et de leur répartition sur le territoire, le niveau de concentration de l'offre de soins critiques au sein d'un nombre restreint d'établissements de santé est une donnée importante.

En effet, dans une revue de littérature réalisée en 2008⁷⁸ sur le lien entre qualité des soins et volume d'activité, l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes) a montré que plus une intervention est spécifique et complexe et plus la corrélation entre le volume d'actes réalisés et la qualité des soins apparaît nette. Les soins critiques, qui sont

⁷⁸ L. Com-Ruelle, Z. Or, T. Renaud, Volume d'activité et qualité des soins dans les établissements de santé : enseignements de la littérature, Irdes, Rapport n°545, Décembre 2008.

associés à la plupart des séjours hospitaliers les plus complexes, ne font pas exception⁷⁹. Le Conseil national professionnel de médecine intensive et de réanimation considère dans sa réponse à la Cour « *qu'un volume d'activité suffisant est le seul garant de soins de qualité* » et qu'« *une unité de petite capacité au personnel limité aura du mal à fonctionner et devra faire appel généralement à l'intérim, ce qui n'est pas un gage de qualité* ».

En 2018, la Cour avait pu montrer, concernant les unités de soins intensifs cardio-vasculaires, qu'il existe un réel intérêt en termes de qualité et de sécurité des soins à concentrer l'activité la plus complexe dans des centres pluridisciplinaires bien équipés et dotés de compétences médicales et paramédicales suffisantes pour assurer l'ensemble des prises en charge de façon permanente⁸⁰.

Les textes en matière de soins critiques ont été établis dans cette optique. Le décret du 5 avril 2002⁸¹ et la circulaire du 27 août 2003⁸² ont déterminé les conditions techniques de fonctionnement des activités de soins critiques en France, avec pour principal objectif de corriger le constat récurrent d'un recours inadéquat à des lits de réanimation au sein de structures de petite taille et dépourvues d'USC⁸³. Pour des raisons de qualité des soins et d'efficacité médico-économique, ces textes fixent ainsi la capacité minimale d'une unité de réanimation à 8 lits⁸⁴. Ils recommandent par ailleurs que le nombre de lits d'USC soit au minima égal à la moitié de la capacité en réanimation : il ne peut donc être inférieur à 4 lits, soit au total des unités de 12 lits.

b) Une diminution du nombre d'établissements assurant une activité de soins critiques

En 2019, la France comptait 298 établissements hospitaliers autorisés en réanimation adultes, contre 320 en 2013⁸⁵. Durant cette période, 15 sites représentant 107 lits⁸⁶ ont ainsi fait l'objet d'une fermeture de la part des ARS, avec, dans la plupart des cas, une transformation de ces services en USC. Durant cette même période, 14 établissements (rassemblant 138 lits) ont

⁷⁹ Glance L.G et Al. Impact of patient volume on the mortality rate of adult intensive care unit patients. Crit Care Med, 34 (7) : 1925-1934 (2006).

⁸⁰ Ralfs, Chapitre VI. La lutte contre les maladies cardio-neurovasculaires : une priorité à donner à la prévention et à la qualité des soins, septembre 2018.

⁸¹ 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.

⁸² 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.

⁸³ En 2012, une étude multicentrique mettait en évidence qu'un service de réanimation de petite taille était associé à une plus forte proportion de patients pris en charge ne relevant pas de ce type de soins (D. Annane *et al.*, démographie et structures des services de réanimation français, Réanimation 2012). En 2002, un travail multicentrique portant sur 20 unités de réanimation d'hôpitaux universitaires et non universitaires montrait que les patients ne justifiant d'aucune thérapeutique de réanimation représentaient 43 % des admissions et 30 % des journées réalisées (Pinsard M *et al.* Patients de surveillance continue admis en réanimation : Étude multicentrique descriptive. Réanimation 2012).

⁸⁴ Cette capacité peut être fixée à 6 lits par dérogation, mais celle-ci doit revêtir un caractère exceptionnel et être réservée aux cas où l'éloignement de l'établissement impose des temps de trajets excessifs à une partie significative de la population. Une unité de 3 lits de surveillance continue adossée à cette structure est dans ce cas recommandée.

⁸⁵ Données établies sur la base des établissements autorisés en tant que personne morale.

⁸⁶ Dont 20 lits correspondent à la restructuration des hôpitaux des armées (HIA Val-de-Grace et HIA Desgenettes).

cessé d'exercer une activité de réanimation. Cet arrêt s'est accompagné d'un transfert des lits de réanimation vers des établissements hospitaliers de plus grande taille. Ces regroupements se sont traduits par une fermeture nette de 26 lits de réanimation.

En 2013, la France comptait 22 sites hospitaliers dotés d'une faible capacité de réanimation (moins de 8 lits) dont seuls 8 relevaient d'une situation d'isolement géographique justifiant cette dérogation. Ce nombre avait diminué de 21 % en 2019, date à laquelle 11 sites disposant d'une faible capacité demeuraient, qui répondaient aux critères d'isolement justifiant cette dérogation⁸⁷.

Conséquence de ces fermetures, les services de réanimation se sont étoffés. En effet, un service de réanimation comptait en moyenne 15,7 lits en 2013 contre 17,2 en 2019. Les CHRU, qui concentrent à eux seuls 43,4 % de l'offre de soins en réanimation, ont également connu un pareil phénomène de concentration : en 2013, ils possédaient en moyenne 37 lits contre 41 lits en 2019.

Ce phénomène de densification de l'offre de soins sur des sites hospitaliers de plus grande taille se vérifie également en matière de surveillance continue, bien qu'il soit moins marqué. En 2019, 725 établissements avaient une USC adultes contre 745 en 2013. Durant cette période, 81 sites représentant 541 lits ont fait l'objet d'une fermeture ou d'un regroupement et 61 sites nouveaux ont été ouverts (soit au total 430 lits). En moyenne, un service de surveillance continue comptait 9,3 lits en 2013 contre 10,1 en 2019.

Au total, la concentration de l'offre de soins en matière de réanimation et surveillance continue a incontestablement progressé. Les 56 lits créés en réanimation représentent le solde net de la création de 312 lits, pour 58 % dans les CHRU et de la suppression de 256 lits, majoritairement dans les CH. L'objectif poursuivi par la réglementation d'un resserrement des structures de réanimation autour d'unités d'au moins 12 lits semble atteint. Cependant, ce constat n'est pas homogène à l'échelle de l'ensemble des soins critiques : il subsiste en effet un nombre conséquent d'unités de surveillance continue de petite taille et isolées d'un secteur de réanimation.

c) Une majorité des USC restent isolées, ce qui n'est pas sans incidence sur leur activité

Sur le modèle nord-américain des « *Step-Down Units* », des USC de dimension variable ont été créées en France au cours des années 1990, dans des structures hospitalières diverses. Ces USC ont été, soit adossées à des unités de réanimation existantes, soit maintenues isolées, faute de réanimation sur place. Certaines se sont retrouvées isolées après la fermeture ou la transformation d'une unité de réanimation (par simplification on parlera d'USC adossées et d'USC isolées).

D'après un décompte réalisé par la Cour à partir de deux bases de données différentes, la France comptait en 2019, 725 USC dont 438 sont isolées (soit 60,4 % de l'effectif total). Entre 2014 et 2019, cette situation n'a pas fait l'objet d'évolution significative.

⁸⁷ CH Lozère (site vallée du lot), CH de la basse-terre, CH de Digne les bains, CH Comminges Pyrénées (site Plancard), CH Jura sud, CH Abbeville, CH de Mayotte, CH d'Arles, CH de Meulan-les Mureaux, centre de cardiologie Artois, CH Ouest-réunion.

Tableau n° 11 : dénombrement des USC isolées en 2014 et 2019

	2014 (base PMSI)	%	2019 (base PMSI)	%	2014 (base SAE)	%	2019 (base SAE)	%
<i>USC adossées</i>	291	39,6 %	282	39,0 %	284	39,0 %	287	39,6 %
<i>USC isolées</i>	444	60,4 %	441	61,0 %	445	61,0 %	438	60,4 %
TOTAL	735	100,0 %	723	100,0 %	729	100,0 %	725	100,0 %

Source : Cour des comptes d'après deux bases de données (PMSI et SAE 2014-2019), les bases de données PMSI et SAE convergent pour donner des résultats proches.

En 2019, les USC isolées rassemblent 3 325 lits (soit 45,4 % du capacitaire total en USC) et ont réalisé une activité de 211 080 séjours soit 42 % de l'activité totale. Elles relèvent majoritairement du secteur privé (70 %). Composées en moyenne de 8 lits, les USC isolées sont de taille plus modeste que les USC adossées à une unité de réanimation (14 lits). Leur activité est en moyenne plus faible : une USC isolée génère en effet 479 séjours par an, soit en moyenne 63,1 séjours par lit et par an contre 74,3 séjours par an dans un lit d'USC adossée à un service de réanimation. Cet écart de 11,2 séjours par lit, rapporté à l'échelle de l'ensemble des lits d'USC isolée, équivaut à 37 336 séjours non réalisés en 2019, soit 7,4 % de l'activité annuelle de surveillance continue.

Tableau n° 12 : profil des unités de surveillance continue pour 2019

<i>Catégorie d'USC</i>	Nombre de lits (2019)		Activité annuelle (2019)		Nombre de séjours par lits et par an
	Moyenne	Médiane	Moyenne	Médiane	
<i>USC Isolée</i>	8	6	479	380	63,1
<i>USC Adossée</i>	14	8	1 036	594	74,3

Source : Cour des comptes d'après deux bases de données (PMSI et SAE 2019)

La nature de l'activité réalisée dans ces USC isolées diffère également. En effet, si à l'échelle nationale, les USC réalisent un volume équivalent de séjours médicaux et chirurgicaux (environ 45 %), la part des séjours médicaux des USC isolées⁸⁸ est inférieure de plus de 13 % à celle des séjours associés à des actes opératoires. Cette différence d'orientation de l'activité des USC est encore plus marquée pour les USC du secteur privé lucratif, pour lesquelles les séjours médicaux ne constituent que 26 % de l'activité totale, au profit de l'activité chirurgicale et interventionnelle (73 % contre 44,2 % dans le secteur public).

⁸⁸ Étude réalisée sur un échantillon des 14 USC isolées ayant réalisées en 2019 la plus forte activité de ce groupe. L'ensemble de ces USC relève du secteur privé.

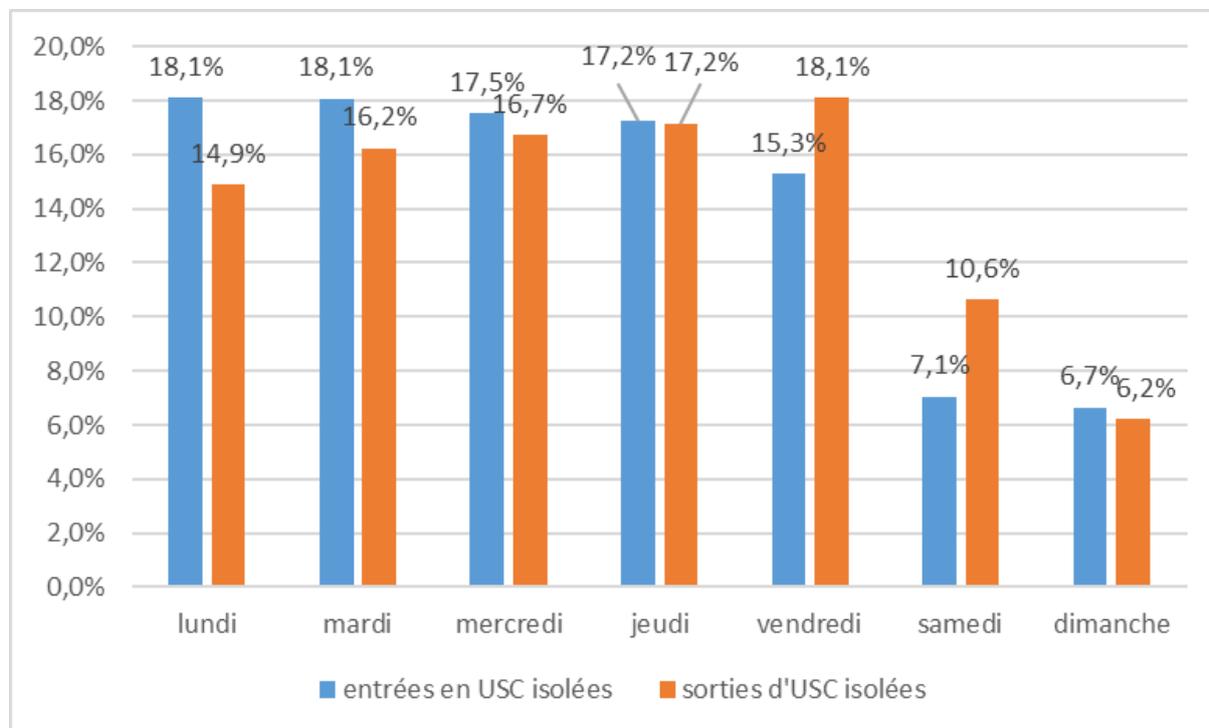
Tableau n° 13 : nature de l'activité produite par différentes catégories d'USC en 2019

	Ensemble des USC	USC isolées	USC publiques	USC du secteur privé lucratif
<i>Séjours associés à un acte chirurgical</i>	45,7 %	46,8 %	37,1 %	61,6 %
<i>Séjours associés à un acte interventionnel</i>	8,6 %	21,3 %	7,1 %	11,4 %
<i>Séjours de médecine</i>	44,4 %	31,2 %	54,3 %	26,1 %
<i>Séjours associés à une séance</i>	1,3 %	0,7 %	1,6 %	0,8 %
Total	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Source : Cour des comptes (PMSI et SAE 2019)

De plus, les USC isolées réalisent une activité essentiellement programmée qui se concentre sur les jours ouvrables : ainsi pour l'année 2020, près de 87 % des entrées en USC isolées sont réalisées en semaine, avec un pic des entrées les lundis et mardis (36,2 % des entrées de la semaine en 2 jours) alors que le pic des sorties est atteint les vendredis. Ce mode de fonctionnement n'est pas spécifique aux USC isolées et se retrouve pour l'ensemble des soins critiques (cf. *infra*) ; cependant l'amplitude entre la semaine et le week-end est, dans ce cas, la plus marquée.

Graphique n° 9 : répartition des entrées et sorties des USC isolées en fonction des jours de la semaine



Source : Cour des comptes, d'après les données ATIH, PMSI, 2020

Les USC isolées fonctionnent dans des établissements ne comportant pas de service de réanimation, mais où existent dans la plupart des cas un service d'urgences et/ou un bloc opératoire. Or, la démographie médicale est contrainte dans les disciplines d'anesthésie-réanimation, de médecine intensive-réanimation et de médecine d'urgence. De ce fait, le fonctionnement des USC isolées dépend des ressources locales de l'établissement en médecins compétents en soins critiques, avec les contraintes liées la permanence des soins. Dans la plupart des situations, le médecin responsable de ces USC isolées est un urgentiste ou un anesthésiste-réanimateur exerçant au bloc opératoire. Du fait de cette absence de réanimateurs médicaux ou d'anesthésistes-réanimateurs exerçant régulièrement en réanimation, les patients pris en charge dans ces USC isolées sont issus majoritairement des filières chirurgicales et interventionnelles dans un cadre programmé.

d) La nécessité de rapprocher USC et réanimation et de mieux encadrer l'activité des USC isolées

Dans sa réponse à la Cour, le ministère de la santé envisage de poursuivre le mouvement de concentration des soins critiques au sein de plateaux techniques plus étoffés, regroupant les activités de réanimation et de surveillance continue. Les USC accolées à des unités de réanimation pourraient être transformées en unités de soins intensifs polyvalents (Usip). Selon la DGOS, « la création d'Usip, d'au moins 6 lits, serait envisagée dans le cadre d'un regroupement avec une unité de réanimation permettant a minima de constituer un plateau de soins critiques de 14 lits ou 16 lits en cas de restructuration de la réanimation. Cette évolution

permettrait de redimensionner les actuelles USC de petite taille appelées à être requalifiées en Usip en raison de leur localisation près d'une unité de réanimation ».

De plus, l'augmentation capacitaire des services de réanimation devrait se faire avant tout par le renforcement des services existants, et ceci de façon progressive. En effet, selon la DGOS, 30 % des établissements disposent d'une capacité en réanimation inférieure à 10 lits. Dans le cadre de la réforme en cours du régime juridique des autorisations sanitaires, la DGOS envisage de maintenir le seuil actuel minimal de 8 lits en réanimation, tout en rendant obligatoire un passage à 10 lits en cas de restructuration (reconstruction, transfert ou création d'une unité).

Si ces orientations vont dans le sens d'une recherche de concentration de l'activité de soins critiques sur des plateaux de plus grande taille, mieux étoffés, plus modulaires et ainsi mieux à même de s'adapter aux variations d'activités, elles ne traitent pas de la question des USC isolées.

Or, l'existence des USC isolées, même de petite taille, peut parfois se justifier. Ainsi selon le CNP MIR : *« les USC isolées produisent une activité de soins critiques minimale dont le maintien doit être examiné au cas par cas. Une unité de petite capacité au personnel limité aura du mal à fonctionner et devra faire appel généralement à l'intérim ce qui n'est pas un gage de qualité. La taille de l'établissement au sein duquel est située l'USC, l'existence d'un service d'accueil des urgences, une activité locale de chirurgie, l'éloignement d'un établissement possédant une réanimation de recours (avec lequel une convention doit être établie) sont parmi les éléments qui doivent être pris en compte »* pour justifier le maintien d'une USC isolée. Or le dispositif juridique actuel n'intègre aucune de ces conditions.

De plus, s'il peut être justifié, cet isolement reste néanmoins préjudiciable en termes d'activité et de dispersion de moyens rares : tant le volume d'activité plus faible que la typologie de patients admis relevant moins de l'urgence, fait perdurer *« une différence notable de charge en soins en fonction de la localisation de l'USC »*⁸⁹ et de ce fait un service rendu en matière de soins critiques à la collectivité significativement plus réduit, particulièrement en période de forte tension.

Afin de limiter ces situations, des critères objectifs devraient être fixés afin d'autoriser le maintien isolé d'une USC. La prise en compte du fait qu'une USC doit, par nature, être inscrite dans une dimension territoriale des soins critiques, devrait faire partie de ces critères. De plus une collaboration médicale plus approfondie que les simples conventions existantes devrait être recherchée entre une USC isolée et le service de réanimation le plus proche, afin que cet isolement n'ait pas d'impact sur la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients. Pour l'ARS Haut-de-France, ce rapprochement est indispensable et doit constituer un acquis de la crise sanitaire et *« du fonctionnement des USI covid dans des établissements non dotés de réanimation et qui ont dû travailler sur les flux entrants et sortants des patients en étroite collaboration avec la réanimation de proximité ».*

L'organisation des hôpitaux publics en GHT devrait permettre l'intervention de médecins exerçant en réanimation dans ces USC isolées publiques, permettant de renforcer l'équipe

⁸⁹ R. Robert, M. Beaussier, D. Pateron, B. Guidet et Al., Recommandations pour le fonctionnement des unités de surveillance continue dans les établissements de santé, 2018, Anesthésie & Réanimation, Volume 4, Issue 4, 2018.

médicale et de favoriser les liens entre USC et services de réanimation dans le GHT. Enfin, pour les établissements privés disposant d'USC isolées, il paraît nécessaire de favoriser le partage de temps médical avec les réanimations partenaires dans le cadre d'une convention spécifique, afin d'éviter un éventuel isolement des professionnels et un maintien en compétence réanimatoire pour la prise en charge des pathologies médicales moins fréquentes dans les établissements privés. Ce conventionnement pourrait être fait dans le cadre d'un travail préalable conduit sous l'égide des CNP Armpo et MIR.

Au total, la mise en réseau de l'ensemble des moyens dédiés à la prise en charge des soins critiques sur un territoire doit être un objectif de santé publique à court terme des pouvoirs publics.

4 - Un régime juridique amené à évoluer dans les mois à venir du fait de la crise covid 19

Le régime juridique actuel qui encadre les activités de soins critiques est marqué par la coexistence de normes de portées variables, qui explique en partie le caractère morcelé du secteur. Ainsi, si les activités de réanimation, soumises à autorisation, ont pu faire l'objet d'un effort de concentration en faveur de centres mieux étoffés ; il n'en est rien pour la surveillance continue et les soins intensifs⁹⁰.

a) L'activité de réanimation est soumise au régime juridique des autorisations sanitaires

Les soins de réanimation font partie de la liste des activités hospitalières soumises à une autorisation sanitaire⁹¹ de l'ARS territorialement compétente conformément à l'article L. 6122-1 du code de la santé publique. L'autorisation de réanimation⁹² est accordée à l'établissement demandeur, pour une durée de 7 ans, sous réserve de trois conditions : répondre aux besoins de santé de la population identifiés par le schéma régional de santé (SRS), être compatible avec ses objectifs et son annexe et satisfaire à des conditions d'implantation et à des conditions techniques de fonctionnement⁹³.

L'ordonnance du 3 janvier 2018⁹⁴ a prévu la possibilité d'autoriser dans des délais très courts⁹⁵ des établissements de santé à exercer une activité de réanimation par dérogation aux dispositions du code de la santé publique, en cas de menace sanitaire grave constatée par le

⁹⁰ Cf. pour les soins intensifs Ralfss, Chapitre VI. La lutte contre les maladies cardio-neurovasculaires : une priorité à donner à la prévention et à la qualité des soins, septembre 2018.

⁹¹ Le régime juridique des autorisations sanitaires correspond aux chapitres du code de la santé publique relatifs aux autorisations administratives délivrées par l'État afin de permettre, sur une implantation donnée et pour une durée déterminée, l'exercice d'une des 18 activités de soins ou l'exploitation d'un des cinq équipements matériels lourds dont les listes sont fixées par voie réglementaire.

⁹² En application de l'article R. 6122-25 du code de la santé publique.

⁹³ Des autorisations dérogeant aux deux premiers cas peuvent être accordées à titre exceptionnel et dans l'intérêt de la santé publique après avis de la Commission spécialisée de l'organisation des soins (Csos).

⁹⁴ Ordonnance n° 2018-4 du 3 janvier 2018 relative à la simplification et à la modernisation des régimes d'autorisation des activités de soins et d'équipements matériels lourds.

⁹⁵ Cette autorisation dérogatoire est accordée sans qu'il soit besoin de mettre en œuvre la procédure habituelle d'attribution et sans qu'il soit besoin de respecter les conditions ordinaires d'octroi énoncées à l'article L. 6122-2.

ministre chargé de la santé dans les conditions prévues à l'article L. 3131-1. Dans ce cas, le directeur général de l'ARS peut autoriser pour une durée limitée un établissement de santé à exercer une activité de soins autre que celle au titre de laquelle il a été autorisé. Cette implantation n'est pas comptabilisée dans les objectifs quantifiés de l'offre de soins. Cette possibilité a été largement mobilisée dans le cadre de la crise sanitaire.

Les conditions techniques de fonctionnement sont définies dans la partie réglementaire du CSP depuis le décret 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 continue⁹⁶ et dans une circulaire du 27 août 2003⁹⁷. Les conditions d'implantation sont prévues à l'article R. 6123-33 du CSP. Les points saillants de cette réglementation sont repris en annexe.

b) Les activités de surveillance continue et de soins intensifs, peu encadrées, sont exercées dans le cadre d'un contrat entre l'ARS et l'établissement de santé

En dehors des unités de soins intensifs de cardiologie, les unités de soins intensifs et de surveillance continue ne font l'objet d'aucun encadrement réglementaire contraignant à l'exception de l'article D. 712-26 du code de la santé publique qui prévoit que « l'unité de surveillance continue peut fonctionner dans un établissement de santé ne disposant ni d'unité de réanimation, ni d'unité de soins intensifs s'il a conclu une convention précisant les conditions de transfert des patients avec des établissements disposant d'une unité de réanimation ou de soins intensifs ». La circulaire du 27 août 2003 se montre par ailleurs peu prescriptive, notamment en termes de continuité de la présence médicale au sein des USC.

De plus, les USC et USI ne sont pas soumises au régime juridique des autorisations sanitaires. La mise en œuvre de ces activités donnent lieu néanmoins à une reconnaissance contractuelle par l'ARS dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (Cpom) signés avec les établissements de santé. Cette reconnaissance contractuelle est délivrée dans deux cas possibles:

- à l'initiative de l'ARS dans le cadre d'un appel à projet : les demandes sont déposées par les établissements candidats dans le cadre de fenêtres de dépôt de deux mois ;
- à l'initiative d'un établissement de santé : dans le but de créer, d'étendre, de regrouper ou fusionner une unité de soins (USC ou USI). Les demandes, étayées par un dossier de présentation, sont examinées par les ARS et peuvent donner lieu à une visite sur place afin de vérifier la mise en œuvre des conditions techniques de fonctionnement réglementaires. En cas d'avis favorable de l'ARS, la demande de l'établissement est traduite au travers d'un avenant au Cpom qui fixe le nombre de lits reconnus, les caractéristiques médicales de l'unité concernée, la date d'effet de la reconnaissance contractuelle et le cas échéant les engagements contractuels de l'établissement. Cet

⁹⁶ 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 et modifiant le code de la santé publique. Ces dispositions ont été complétées, notamment par le décret 2006-74 du 24 janvier 2006 et par le décret n° 2016-1645 du 1er décembre 2016

⁹⁷ 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.

avenant est nécessaire à la valorisation financière de l'activité en permettant à l'établissement de bénéficier du supplément tarifaire spécifique.

c) Un régime juridique qui présente plusieurs faiblesses et fait l'objet d'une refonte en profondeur engagée depuis 2016, toujours non aboutie

Les autorisations sanitaires constituent le principal outil permettant de structurer l'offre de soins sur le territoire et d'en garantir la cohérence au regard des orientations des schémas régionaux de santé (SRS). Initiée avec la loi du 26 janvier 2016, la réforme du régime juridique des autorisations sanitaires devait initialement se conclure en 2022. La crise sanitaire est venue modifier significativement ce calendrier.

Une réforme du régime juridique des soins critiques qui s'inscrit dans le cadre plus global de réforme des autorisations

L'article 204 de la loi santé du 26 janvier 2016⁹⁸ a donné une habilitation au Gouvernement de légiférer par voie d'ordonnance pour « *moderniser et simplifier les différents régimes d'autorisation des activités de soins et d'équipements matériels lourds (EML), les régimes des visites de conformité, [...] afin d'assurer une plus grande cohérence avec les projets régionaux de santé, intégrant ainsi la révision des durées d'autorisation, et d'alléger les procédures, notamment à l'occasion d'opérations de renouvellement, de transfert ou de cession d'autorisation* »⁹⁹. L'ordonnance du 3 janvier 2018 précitée, complétée par le décret du 19 février 2018¹⁰⁰, a procédé à cette simplification¹⁰¹. Cependant l'apport majeur de ces textes consiste à moderniser le régime d'autorisation en introduisant de nouveaux critères qualitatifs¹⁰² comme conditions d'autorisation¹⁰³. L'article 36 de la loi du 24 juillet 2019¹⁰⁴ a à nouveau autorisé le Gouvernement à recourir à une ordonnance¹⁰⁵ afin de « *renforcer la prise en compte des exigences de qualité et de technicité des soins dans les conditions d'autorisation des différentes activités, pour organiser une meilleure répartition territoriale de l'offre de soins selon une logique de gradation des soins, et pour étendre le champ des activités de soins soumises à autorisation* ».

⁹⁸ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

⁹⁹ Le gouvernement disposait ainsi de deux ans pour réformer le droit des autorisations sanitaires, et plus précisément jusqu'au 28 janvier 2018.

¹⁰⁰ Décret n° 2018-117 du 19 février 2018 relatif à la simplification et à la modernisation des régimes d'autorisation des activités de soins et d'équipements matériels lourds.

¹⁰¹ Les principales mesures de simplification portent sur le fait que les autorisations d'activité de soins et d'équipements matériels lourds sont désormais délivrées pour 7 ans par l'ARS, les visites de conformité deviennent facultatives, et une procédure spécifique d'autorisation en cas de menace sanitaire grave, dérogatoire au droit commun est créée.

¹⁰² Parmi ces critères figurent les résultats obtenus par l'établissement en matière de certification par la HAS, l'accessibilité aux soins dans toutes ses dimensions, les exigences de permanence et de continuité des soins et le respect des recommandations de bonnes pratiques.

¹⁰³ Article L. 6122-2 et article R. 6122-34 du CSP.

¹⁰⁴ Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

¹⁰⁵ Ordonnance n° 2021-583 du 12 mai 2021 portant modification du régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds

En parallèle, la question des conditions techniques de fonctionnement des activités de soins (de nature réglementaire¹⁰⁶) n'est pas abordée par ces différentes réformes, alors même que ces dispositions ont un caractère structurant au plan territorial. C'est la raison pour laquelle la DGOS a lancé depuis fin 2017 plusieurs groupes de travail par spécialités¹⁰⁷ afin de réviser les conditions d'implantations et les conditions techniques de fonctionnement spécifiques à chaque activité de soins et équipement matériel lourd. Le chantier a pour objectif d'adapter ces différentes dispositions aux innovations, notamment technologiques, aux objectifs d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et aux enjeux territoriaux. Ainsi une quinzaine de décrets devait être publiée avant 2022.

Les soins critiques faisaient partie des premières activités concernées par cette refonte. Après une dizaine de réunions du groupe de travail en 2019 et 2020, les travaux sont arrivés à leur terme en février 2020. L'épidémie de covid 19 a interrompu les discussions finales entre les acteurs et a amené la DGOS à revoir certains paramètres imaginés avant crise (notamment sur le devenir des unités surveillance continue) et doit permettre d'en tirer les enseignements pour l'avenir

La crise liée au virus Sars-cov-2 a conduit la DGOS à réviser son projet initial

- Le constat d'un modèle d'organisation des soins critiques à rénover

Dès le début des travaux de la réforme des autorisations relative aux « soins critiques » en octobre 2018, quatre constats principaux avaient été dressés par le groupe de travail¹⁰⁸ *ad hoc*, s'agissant de la réglementation des soins critiques :

- le dispositif actuel apparaît excessivement segmenté entre l'activité de réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue. Cette segmentation rend complexe une approche unifiée, combinée et graduée des soins critiques ;

- si la planification de l'offre au niveau régional englobe l'ensemble des soins critiques, sa régulation¹⁰⁹ ne concerne que les activités de soins soumises à autorisation et donc se limite à la réanimation. De ce fait, il existe une grande hétérogénéité des unités de surveillance continue avec des typologies de patients pris en charge et des organisations différentes ;

- s'agissant des soins intensifs et de surveillance continue, les dispositions succinctes du CSP et les dispositifs de reconnaissance contractuelle n'encadrent pas suffisamment le fonctionnement de ces unités (manque de lisibilité et donc d'évaluation des organisations et du service rendu, existence de petites unités composées de deux à trois lits) ;

¹⁰⁶ Les articles L. 6123-1 et L. 6124-1 du CSP disposent respectivement que « les conditions d'implantation des activités de soins et des équipements matériels lourds [...] [soient] fixées par décret en Conseil d'État » et qu'il en va de même pour les conditions techniques de fonctionnement, mais par décret simple.

¹⁰⁷ Réanimation et soins critiques, activités interventionnelles, imagerie, urgences, cancérologie, chirurgie, périnatalité, SSR, les soins critiques, la dialyse, l'assistance médicale à la procréation, les greffes, la génétique, la psychiatrie, la médecine nucléaire et les grands brûlés.

¹⁰⁸ Groupe de travail composé de la DGOS et de l'ensemble des professionnels du secteur : CNP-Armpo, CNP de médecine intensive-réanimation, collège infirmier français, ARS, agences sanitaires, fédérations hospitalières, Anap.

¹⁰⁹ Via les objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) en nombre d'implantations dont le volume est opposable aux établissements de santé à travers le schéma régional de santé.

- le cadre réglementaire n'intègre pas les évolutions dans le champ des soins critiques intervenues depuis 10 ans (rapprochement des réanimations et des USC accolées, création de la spécialité de MIR).

- Des pistes de réformes structurées autour de quatre orientations

Pour la DGOS, l'enjeu de la réforme des autorisations d'activités de soins critiques est de consolider, à l'appui du retour d'expérience de la crise de la covid 19, une organisation modulable et flexible pour faire face aux fluctuations des besoins inhérents à la nature même de ces activités, en période courante (marquée par une forte saisonnalité) comme en situation de crise sanitaire. Pour ce faire, le regroupement et la mise en commun des moyens matériels et humains nécessaires à la réanimation et plus largement aux soins critiques sont recherchés à travers un certain nombre de pistes de réforme :

- la création de plateaux de soins critiques polyvalents et modulaires regroupant les unités de réanimation et les unités de surveillance continue adossées actuellement à ces dernières impliquant des réflexions sur le renforcement des équipements de soins critiques partagés. La principale leçon de la crise liée à la covid 19 est le besoin de créer des plateaux mutualisés de soins critiques et de revenir sur l'émiettement des USC isolées au sein d'un même ensemble hospitalier. Cette dispersion conduit à multiplier les déplacements intra-hospitaliers des praticiens et à un niveau d'adéquation des prises en charge pas systématiquement optimisé pour des patients lourds. Cette mesure implique des conséquences lourdes sur le plan architectural et bâtiminaire pour les établissements de santé. Un état des lieux est en cours de réalisation avec plusieurs ARS afin de disposer d'une vision globale de ces problématiques immobilières.
- un passage des soins intensifs (de spécialités) du domaine de la reconnaissance contractuelle à celui de l'autorisation sanitaire afin d'en réguler les organisations hétérogènes et une concentration de certains soins intensifs de spécialités sur des sites de réanimation (hormis les soins intensifs en cardiologie, les soins intensifs neurovasculaires et les soins intensifs en hématologie qui relèveraient d'une autorisation de soins intensifs spécifique).
- un renforcement des règles d'organisation des unités de surveillance continue vers des entités regroupées et avec un minimum de lits (hors unités de surveillance continue accolées à la réanimation qui intégreraient le cadre d'autorisation des soins critiques) ;
- un renforcement des ratios de personnels en réanimation (actuellement deux infirmiers diplômés d'État pour cinq patients et un aide-soignant pour quatre patients en réanimation).

Ces travaux devraient permettre à l'avenir de diminuer les frontières entre ces différentes unités hospitalières et de disposer d'une capacité en soins de réanimation modulable en fonction des besoins courants mais aussi en période de tension ou de crise en tirant les enseignements de la gestion de la covid 19. Cette plus grande modularité s'accompagnera d'obligations supplémentaires pour les établissements de santé pratiquant ces activités en termes d'environnement, de compétences, de plan de formation aux soins critiques et de personnels de renfort, ainsi que de plan de flexibilité en temps de crise.

Si ces orientations semblent aller dans le bon sens, la question des coopérations et du travail en réseau des unités de soins critiques sur le territoire reste peu évoquée par les pistes de

réforme actuelle. La gestion de la crise sanitaire a pourtant bien montré à quel point l'approche territoriale avait son importance.

5 - Organiser les soins critiques sur le plan territorial

Les unités de soins critiques prennent en charge des patients en situation de détresse vitale avec une mobilisation de ressources humaines, matérielles et financières considérables. De plus, les équipes soignantes et médicales doivent acquérir et maintenir des compétences spécifiques et travailler dans un environnement multidisciplinaire pour assurer de meilleures chances aux patients. C'est pour ces raisons que de nombreux pays réorganisent depuis une dizaine d'années leur offre hospitalière en soins critiques, avec un regroupement des lits et une concentration des compétences.

a) Une organisation territoriale des soins critiques qui doit être décidée au plan national et adaptée localement

La nécessité d'organiser l'offre de soins à l'échelle territoriale a été identifiée par l'Agence nationale pour l'appui à la performance (Anap)¹¹⁰ et la plupart des projets régionaux de santé (PRS). Le PRS Île-de-France souligne par exemple la nécessité de graduer l'offre de soins critiques au sein des territoires par une organisation centrée autour des GHT et d'unités de réanimation référentes permettant de mieux encadrer les petites unités isolées et de déployer des outils de télémédecine. À l'issue de la première vague épidémique liée au Sars-Cov-2, les conseils nationaux professionnels de médecine intensive et d'anesthésie-réanimation recommandaient, de leur côté, une organisation des soins critiques autour de réseaux¹¹¹, intégrant l'ensemble des unités de soins critiques publiques et privées à l'échelon régional ou infrarégional et coordonnées par des cellules territoriales de gestion et de coordination placées sous l'égide de professionnels de la réanimation.

Ces propositions différentes traduisent en réalité des choix stratégiques qui sont à réaliser au plan national, comme l'ont déjà fait plusieurs pays européens.

Les comparaisons internationales permettent de voir émerger deux modèles d'organisation des soins critiques

La littérature internationale et les retours d'expériences étrangères rassemblés en juin 2020 par l'Anap¹¹² identifient deux modèles d'organisation territoriale des soins critiques.

Le modèle régionalisé, illustré par l'exemple irlandais, prévoit la mise en réseau des établissements de soins selon le niveau de soins critiques qu'ils peuvent fournir. Ces services de soins sont placés sous la responsabilité d'un service de recours. Ces services de recours sont des unités de soins critiques aux capacités étendues ou associées à des plateaux médico-techniques lourds. De ce fait, ils sont désignés par l'autorité de tutelle comme référents

¹¹⁰ Premiers éléments d'organisation des filières de soins critiques en France, Anap, juin 2020.

¹¹¹ Ces réseaux disposant de plans permettant d'organiser les modalités de montée en charge de chaque acteur, la typologie des patients admis et transférés en temps normal comme en temps de crise.

¹¹² Premiers éléments d'organisation des filières de soins critiques en France, Anap, juin 2020 et Y.L Nguyen et Al., Reorganizing adult critical care delivery, American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 2010.

d'un réseau incluant des unités satellites voisines de plus petite capacité. Ces unités référentes traitent en particulier les cas complexes, confiant aux unités satellites les patients ne nécessitant pas ou plus des soins les plus avancés.

Le second modèle identifié par l'Anap, comme par exemple au Canada, est fondé sur une organisation fragmentée des unités de soins critiques de différentes tailles sur un territoire. La gradation des soins est distribuée sur le territoire de façon non régulée mais la collaboration entre services est organisée de façon pérenne soit par télé-médecine¹¹³, soit par une mise en réseau de nature collaborative (partage de compétence et de ressources, sans hiérarchie entre structures).

Dans tous les cas, ces modèles d'organisation, qui peuvent être panachés, nécessitent, de la part du régulateur national, d'avoir préalablement défini le territoire sur lequel cette organisation doit se déployer et d'avoir dressé un état des lieux et du niveau de spécialisation de l'offre de soins.

La réorganisation territoriale des soins critiques : l'exemple d'une régionalisation des soins en Irlande

L'exemple irlandais a déjà été relevé par la Cour dans une précédente publication¹¹⁴. Sous l'effet de la crise économique de 2008¹¹⁵, l'Irlande s'est lancée dans une refonte de son système de santé qui a concerné notamment son offre de soins critiques. En 2009, la méthode retenue a été fondée sur un travail d'identification du besoin et d'organisation des lits de soins critiques à horizon 2020, en estimant les besoins en jours-lits projetés par spécialité et les niveaux de soins attendus en termes de complexité globalement et par région¹¹⁶.

Sur la base de cette remise à plat des capacités, l'organisation des soins critiques a été régionalisée. Le nouveau modèle déployé en 2014 prévoit la création de quelques unités de soins critiques de recours d'envergure nationale, équipées pour traiter les cas les plus sévères, de centres servant de recours régionaux, et de centres de plus petite taille, mieux dispersés sur le territoire et en mesure de proposer des soins moins complexes et permettent aux patients d'être traités plus près de leur domicile¹¹⁷.

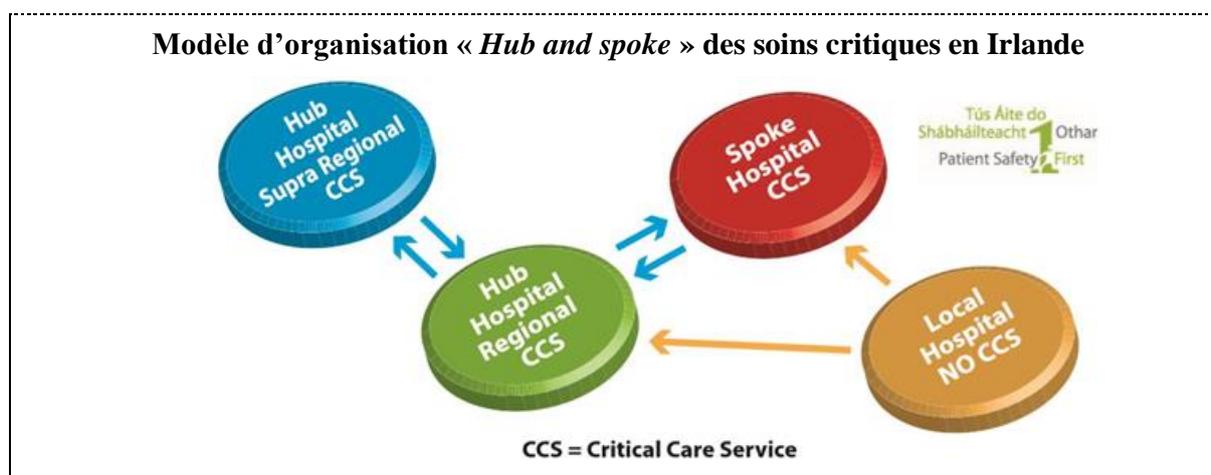
¹¹³ C'est le choix fait dans la province de l'État de l'Ontario au Canada.

¹¹⁴ Cour des comptes, rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, Chapitre IV « Dix ans d'évolution des systèmes de soins et de prise en charge des dépenses de santé en Europe : de profonds changements, des enseignements pour des réformes du système de soins en France », septembre 2018.

¹¹⁵ L'Irlande a été concernée par la procédure des mémorandums avec la Commission européenne, la Banque centrale européenne et le Fonds monétaire international à la suite de la crise de sa dette souveraine.

¹¹⁶ Prospectus Strategy Consultants, 2009. Towards excellence in critical care: review of adult critical care services in the Republic of Ireland. Dublin: Prospectus.

¹¹⁷ Health Service Executive, Ireland, Model of Care for Adult Critical Care, 2014.



Source: Prospectus Strategy Consultants, 2009. *Towards excellence in critical care: review of adult critical care services in the Republic of Ireland*. Dublin: Prospectus

En France, une coopération territoriale informelle en soins critiques fondée sur le gré à gré

Dans le cadre de son enquête, la Cour a cherché à identifier, auprès des établissements interrogés, le modèle retenu en France.

Dans la grande majorité des cas, les territoires ne disposent pas d'une organisation formalisée sous forme de réseau. Les Hospices civils de Lyon constatent ainsi l'absence d'un cadre territorial de coopération formalisé en matière de soins critiques. Pour le centre hospitalier du Mans, le cadre territorial de coopération en matière de soins critiques n'est pas défini avec les établissements privés. Les transferts sont réalisés de façon pragmatique et sans protocolisation particulière : « *Les appels pour transferts de patients sont fréquemment tardifs et l'équipe médicale de réanimation ne dispose que de très peu de visibilité sur l'activité, les effectifs et les compétences réelles des USC des établissements environnants*¹¹⁸ ». La clinique des Cèdres à Toulouse constate l'existence de coopérations informelles entre praticiens, sans unité de recours identifiée, sans filières spécialisées identifiées et en l'absence de fonctionnement en réseau.

Ces constats rejoignent ceux établis par les professionnels des soins critiques réunis par l'Anap en juin 2020 : « *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. Des initiatives régionales tentent depuis peu d'organiser cette offre autour des modèles de régionalisation mais aussi de fragmentation avec télémédecine* ».

Cette absence d'organisation territoriale des soins critiques en France est en grande partie à relier aux insuffisances du décret du 5 janvier 2002 qui n'a imposé aucun modèle d'organisation précis, aucune méthodologie partagée, ni même aucun territoire sur lequel une telle organisation puisse être réfléchie. La loi du 24 juillet 2019 a certes renforcé la nécessité d'organiser le recours aux soins sur le territoire, mais n'apporte pas de solutions en termes de méthode ou de délimitation des territoires. Seul l'article 107 de la loi du 26 janvier 2016, avec

¹¹⁸ Réponse du CH du Mans au questionnaire soumis par la Cour des comptes.

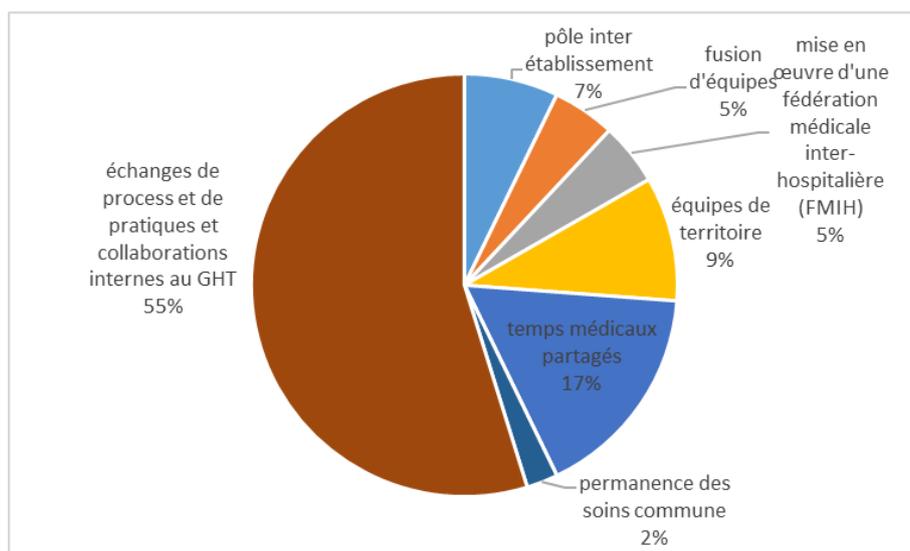
les GHT, a tenté d'apporter une solution, pour les seuls établissements publics, avec la définition d'un périmètre territorial de coopération en matière de soins hospitaliers.

b) Les GHT ne peuvent constituer la réponse au besoin de coordination territoriale des soins critiques

Avant la crise sanitaire, les soins critiques peu pris en compte dans les projets médicaux des GHT

La prise en compte par les GHT de la filière des soins critiques n'est pas apparue comme une priorité avant la crise sanitaire. En effet, parmi les 129 projets médicaux partagés de GHT disponibles au 1^{er} janvier 2020 pour la France métropolitaine, seuls 35¹¹⁹ ont explicitement défini une filière réanimation et/ou soins critiques¹²⁰. Parmi les outils de coopération mobilisés au sein de ces filières, 55 % consistent en de simples échanges de pratiques au sein du GHT et seuls 12 % ont une portée intégrative marquée (pôle inter-établissements en réanimation ou fusion d'équipes).

Graphique n° 10 : outils de coopération mobilisés dans la filière « soins critiques » des GHT



Source: Cour des comptes, d'après l'analyse des 35 PMP mentionnant une filière réanimation ou soins critiques

La principale explication de ce désintérêt initial des GHT à l'égard de la filière des soins critiques tient au fait que ces groupements sont souvent de petite dimension et excluent le

¹¹⁹ Parmi ces 35 GHT, huit relèvent de la région Île-de-France du fait que le PRS Ile-de-France prévoit un renforcement de la territorialisation de l'offre de soins critiques en s'appuyant sur les GHT.

¹²⁰ 50 PMP au total en y ajoutant la filière anesthésie-réanimation qui dans l'immense majorité des cas évoque des problématiques et projets en lien avec la seule anesthésie.

secteur privé¹²¹. Ainsi, 65 % des 126 GHT ne comptent qu'un seul service de réanimation localisé au sein de l'établissement support et six n'en disposent pas du tout.

Une délégation donnée aux GHT par les ARS pendant la crise sanitaire

Durant la crise sanitaire, les GHT ont été souvent mobilisés par les ARS à un niveau qui dépasse les missions dévolues à ces groupements par la loi. En particulier durant la première vague de l'épidémie, nombre d'établissements supports¹²² des GHT ont en effet reçu des ARS, à titre dérogatoire, la mission de conduire (en lien avec les agences) les cellules de crises médicales de chaque territoire et de coordonner les renforts en soins critiques pour l'ensemble des établissements de santé publics et privés. Ces cellules de crise ARS-GHT ont ainsi piloté l'évolution du nombre de lits de réanimation à l'échelle de chaque territoire pour le secteur public et privé, ont 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. Les établissements supports de GHT (par délégation de l'ARS), ont assuré la coordination entre acteurs privés et publics. Ces échanges ont perduré lors de la reprise de l'activité chirurgicale puis à l'occasion de la reprise épidémique de l'automne 2020.

Si ce bilan s'avère positif, il vient cependant rappeler que les GHT visent à organiser la seule offre de soins publique au sein d'un territoire et que du fait de leur forte hétérogénéité¹²³, les GHT ne peuvent en dehors d'une délégation de compétence reconnue par l'ARS et liée à une période de crise, garantir une organisation territoriale pérenne des soins critiques.

D'autres outils devront donc être mobilisés. En région Hauts-de-France, la gestion de crise territoriale n'a pas reposé principalement sur les GHT en tant que tels, mais sur sept cellules territoriales coordonnées par des établissements publics de grande taille et une délimitation territoriale *ad hoc* (qui a évolué au cours des vagues épidémiques). Par ailleurs, les expériences collectées par l'Anap permettent de fournir des pistes de réflexion intéressantes pour l'avenir. À titre d'exemple, le réseau nord alpin des urgences, déjà évoqué par la Cour¹²⁴, constitue un exemple de réseau de soins complexes, doté d'une structure de coordination spécifique et reconnu par les acteurs médicaux publics et privés. En région Occitanie, un logiciel de gestion des lits disponibles en région permet de connaître et d'afficher dans les salles de régulation du Samu 31 le niveau d'activité des services d'urgence et le niveau d'occupation des unités de soins critiques publiques ou privées. Les autorisations sanitaires pourraient constituer un levier intéressant : ces autorisations de déploiement de lits pourraient être délivrées à un établissement dans une optique territoriale.

¹²¹ « *Les groupements hospitaliers de territoire* », Communication à la commission des affaires sociales du Sénat, Cour des comptes, septembre 2020.

¹²² En particulier les CHU et les autres établissements supports assurant une direction commune à l'ensemble du GHT.

¹²³ Les groupements hospitaliers de territoire, Communication à la commission des affaires sociales du Sénat, Cour des comptes, septembre 2020.

¹²⁴ Cour des comptes, « *Le rôle des CHU dans l'offre de soins* », communication à la commission des affaires sociales du Sénat - novembre 2018.

Faire face à l'absence d'une organisation territoriale préexistante des soins critiques: l'exemple du CHU de Strasbourg.

Au sein du GHT Basse-Alsace Sud-Moselle, les unités de réanimation permanente sont réparties sur 3 établissements publics¹²⁵, avec une concentration des capacités au CHU de Strasbourg (84 % des lits). Les USC sont présentes dans neuf établissements, dont cinq privés¹²⁶, en lien généralement avec l'activité chirurgicale qui y est pratiquée. Le territoire compte des USC isolées, principalement dans le secteur privé et au CH de Sarrebourg. Il n'existe pas de cadre formel de coopération préétabli entre ces différentes unités, en dehors des partenariats thématiques inter-établissements.

Avec la crise sanitaire, une coordination territoriale s'est organisée en vue de répondre à l'échelle du territoire au défi de l'accès aux soins critiques. Une cellule de coordination territoriale rassemblant les établissements publics et privés disposant de ressources de soins critiques sur le territoire d'implantation du GHT a ainsi été installée à partir du 18 mars 2020. Placée par l'ARS sous l'égide du CHU, elle a servi de cadre au déploiement des capacités additionnelles de réanimation (y compris dans quatre établissements n'en disposant pas de manière pérennes), à la coordination des admissions en réanimation sur le territoire, à la gestion des transferts vers l'extérieur du territoire et, une fois passés les différents pics épidémiques, à l'organisation coordonnée du repli des capacités éphémères de réanimation. Ce cadre de coopération a perduré, se chargeant du retour d'expérience et de la tenue d'une veille partagée sur l'évolution de la situation.

6 - Un service rendu par les unités de soins critiques publiques et privées qui n'est pas identique

a) Le secteur public prend en charge une part très majoritaire et croissante de l'activité de soins critiques

En 2019, le secteur public a pris en charge 529 630 patients en soins critiques soit 64,9 % de l'activité totale, contre 27 % pour le secteur privé lucratif et 8,3 % au total pour le secteur non lucratif (y compris CLCC).

Les CHU représentent le premier offreur de soins dans le secteur des soins critiques avec des parts de marché croissantes depuis 2013, au détriment principalement des cliniques. Les CHU ont vu leur activité progresser de 17 % sur la période, permettant à ces établissements de voir leur part dans l'activité de soins critiques totale passer de 33,9 % à 36,9 % entre 2013 et 2019. Les centres hospitaliers non universitaires et les cliniques privées lucratives disposent d'une part de marché comparable en 2019 (proche de 27 %).

b) Si l'activité de réanimation est essentiellement publique, il en va différemment pour la surveillance continue

En 2019, près de 83 % de l'activité en réanimation a été réalisée dans le secteur public, contre 11,7 % dans le secteur privé lucratif et 5,5 % dans le secteur privé non lucratif. Ces proportions sont très éloignées de celles de l'activité hospitalière conventionnelle, qui s'exerce

¹²⁵ Le CHU de Strasbourg et les CH de Saverne et de Haguenau.

¹²⁶ Cliniques Saint-François et Sainte-Odile à Haguenau et les cliniques Rhéna, de l'Orangerie et le Groupe Hospitalier Saint-Vincent à Strasbourg.

à moins de 55 % dans le secteur public et à 36 % pour le seul secteur privé lucratif. À un moindre degré, cette concentration se retrouve dans le secteur des soins intensifs, dont 77,1 % des lits sont publics.

À contrario, l'activité de surveillance continue est exercée dans des proportions quasi-similaires à celles de l'ensemble des activités hospitalières. Ces constats se vérifient sur l'ensemble de la période sous revue. En 2020, la prise en charge des patients atteints de la covid 19 en réanimation durant la crise n'a pas généré d'atypie majeure dans ce constat : le secteur public a pris une part légèrement plus importante qu'en temps normal (84 %), à l'inverse du secteur privé lucratif (10,3 %).

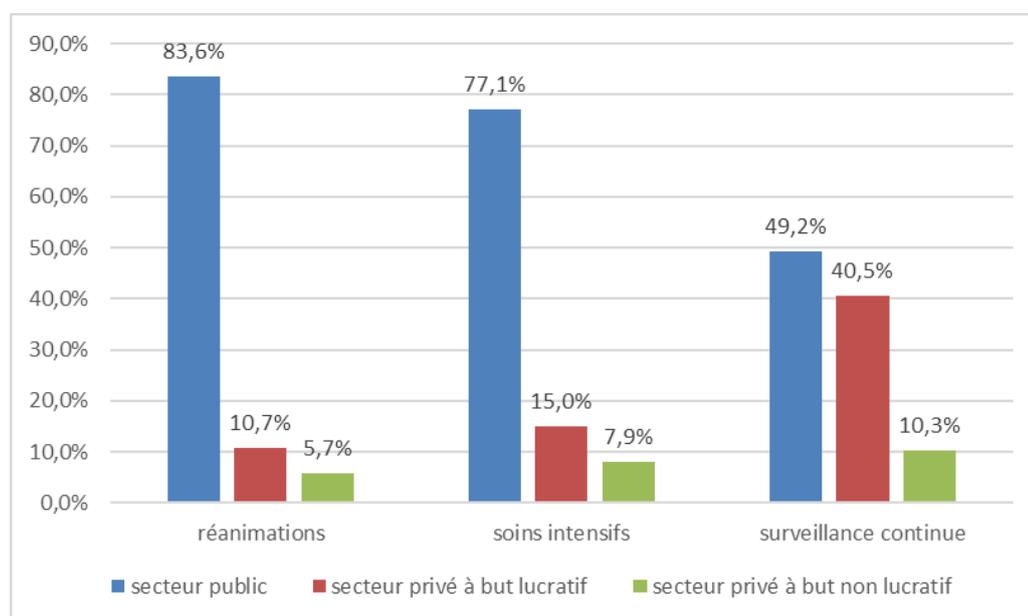
Tableau n° 14 : comparaison intersectorielle des parts de marchés en soins critiques

	Etab. publics	Org.privé non lucr.	Org. Privé commer.
<i>Ensemble de l'activité d'hospitalisation complète</i>	54,9 %	9,1 %	36,0 %
<i>Soins de réanimation</i>	82,8 %	5,5 %	11,7 %
<i>Soins de réanimation covid</i>	84,0 %	5,7 %	10,3 %
<i>Soins intensifs</i>	68,7 %	6,2 %	25,2 %
<i>Surveillance continue</i>	53,8 %	10,2 %	36,0 %

Source : Cour des comptes, Diamant-PMSI, 2019 (patients adultes)

La forte présence du secteur public dans le domaine de la réanimation s'explique avant tout par les choix réalisés en matière de demandes et de délivrance d'autorisations : 78,1 % des autorisations sont détenues par le secteur public et seuls 66 établissements privés en disposent. Logiquement, les établissements publics détiennent 83,6 % des lits de réanimation, une proportion quasi-égale au volume d'activité générée.

À l'inverse, la répartition des lits de surveillance continue entre secteurs hospitaliers est plus paritaire (49,2 % dans le secteur public contre 50,8 % dans le secteur privé), bien que le secteur public réalise 53,8 % de l'activité.

Graphique n° 11 : répartition intersectorielle des lits de soins critiques

Source : Cour des comptes, d'après les données DREES-SAE, 2019

c) La nature des activités réalisées en soins critiques n'est pas comparable entre les secteurs public et privé

Alors qu'ils répondent aux mêmes contraintes organisationnelles et réglementaires, les soins critiques du secteur public et du secteur privé n'assurent pas les mêmes types d'activité.

Les soins critiques privés sont avant tout tournés vers l'activité chirurgicale ou interventionnelle programmée

- Une méthodologie d'analyse fondée sur le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)

Le PMSI permet de regrouper l'activité hospitalière en différentes catégories, fonctions de l'intensité des soins prodigués. Les séjours hospitaliers réalisés dans un service de soins critiques peuvent ainsi être regroupés au sein de deux grands ensembles : les séjours associés à la réalisation d'acte classant¹²⁷ et ceux sans acte classant. Les séjours avec acte classant comportent soit un acte chirurgical qui permet de classer le séjour comme à dominante chirurgicale, soit un geste technique diagnostic ou thérapeutique. Les séjours sans acte classant sont considérés comme des séjours de médecine¹²⁸. Selon cette catégorisation, l'étude de l'activité hospitalière réalisée dans les services de soins critiques en fonction de leurs statuts public ou privé, montre que le profil de l'activité est très différent.

¹²⁷ Il s'agit d'un acte médico-technique (chirurgical ou non) marqueur d'une consommation de ressources marquée pour les séjours hospitaliers au cours desquels il est réalisé.

¹²⁸ Huit catégories existent selon la troisième lettre du code de la racine de GHM (C, M, K, Z) et la durée de séjour (avec ou sans nuitée) et notamment les séjours sans acte classant (GHM en M et Z) et les séjours avec acte classant (GHM en C ou K)

- Des résultats très contrastés

Pour ce qui concerne la réanimation, 70,7 % des patients du secteur privé lucratif font l'objet d'un séjour avec acte classant alors que cette proportion n'est que de 43,7 % dans le secteur public. L'écart est plus net encore en matière de surveillance continue (72,4 % des séjours sont associés à un acte classant dans le secteur privé contre 39,3 % dans le secteur public). À contrario, les soins critiques publics prennent en charge une majeure partie de patients dans un cadre strictement médical : la part des séjours médicaux avec passage en réanimation est de 56,3 % dans le secteur public, contre 29,3 % dans le secteur privé lucratif. L'écart est là encore plus marqué pour la surveillance continue (27,6 % dans le privé contre 60,8 % dans le public).

Tableau n° 15 : case-mix des soins critiques par secteurs d'hospitalisation

	Réanimation		Soins intensifs		Surveillance continue	
	% des séjours avec actes classants	% des séjours de médecine	% des séjours avec actes classants	% des séjours de médecine	% des séjours avec actes classants	% des séjours de médecine.
<i>Etab. publics</i>	43,7 %	56,3 %	51,8 %	48,2 %	39,2 %	60,8 %
<i>Etab. Privé non lucr.</i>	59,9 %	40,1 %	59,2 %	40,8 %	69,9 %	30,1 %
<i>Etab. Privé commer.</i>	70,7 %	29,3 %	66,8 %	33,2 %	72,4 %	27,6 %

Source : Cour des comptes, Diamant-PMSI, 2019 (patients adultes)

Note : les séjours avec acte classant sont ceux dont le troisième caractère du GHM comporte la lettre C ou K. Les séjours de médecine sont ceux identifiés dans le PMSI par la lettre M et Z. Les hospitalisations complètes totales correspondent à l'ensemble des séjours hospitaliers (hors hospitalisation partielle de moins de 24h).

Cette surreprésentation de séjours avec acte classant dans le secteur privé, et en particulier dans le secteur privé lucratif, reproduit de façon homothétique la répartition de l'activité hospitalière totale entre secteurs¹²⁹. Cette situation suggère que l'activité des soins critiques dans le secteur privé est avant tout tournée vers la prise en charge de ses propres patients, après une chirurgie ou un acte réalisé sur leur site hospitalier.

Dans le cadre de l'urgence médicale, les prises en charge médicales non programmées en soins critiques se retrouvent également très peu représentées dans le secteur privé lucratif. À titre d'exemple, 99,2 % des séjours en réanimation pour traumatismes multiples graves le sont dans le secteur public. De même, 87 % des séjours en réanimation pour œdèmes pulmonaires et détresses respiratoires (par définition non programmés) ont été réalisés dans le secteur public.

¹²⁹ Les cliniques du secteur privé lucratif prennent en charge très majoritairement des patients nécessitant des actes chirurgicaux ou interventionnels. Ainsi, le *case-mix* du secteur privé lucratif est composé à 80 % de séjours avec actes classant et de seulement 20 % n'en comportant pas. Dans le secteur public, 31,5 % des séjours comportent un acte classant et 68,5 % des séjours relèvent de la médecine.

Une concentration de l'activité de soins critiques dans le secteur privé lucratif autour de quelques spécialités médicales

L'activité de réanimation du secteur privé lucratif se concentre sur un nombre plus réduit de domaines d'activité médicale que dans le secteur public. En effet, cinq domaines (cardio-vasculaire, pneumologie, digestif, système nerveux et toxicologie) rassemblent 81,2 % de l'activité privée lucrative de réanimation, contre 69,2 % dans le secteur public (et 71,9 % dans le secteur privé non lucratif). Cet effet de concentration de l'activité de soins critiques privée sur un nombre réduit de domaines d'activités médicale est encore plus marqué à l'échelle de l'ensemble des soins critiques : cinq domaines¹³⁰ permettent de caractériser 76,3 % de l'activité totale en soins critiques du secteur privé lucratif, contre 63,3 % dans le secteur privé non lucratif et seulement 57,8 % dans le secteur public.

Au-delà de ce phénomène de concentration, l'activité du secteur privé lucratif en soins critiques est également marqué par une nette prédominance de l'activité cardio-vasculaire, dont les séjours sont associés à la réalisation d'actes classants (47,5 % de son activité en réanimation contre 20,5 % dans le secteur public). À l'opposé, le secteur privé lucratif assure peu de prises en charge en soins critiques au titre de la toxicologie, des intoxications ou des phénomènes d'alcoolisation (0,3 % de son activité contre 3,5 % dans le secteur public), ainsi que dans les domaines de la neurologie (4,2 % de son activité contre 8,5 % dans le secteur public) et de la pneumologie (9,2 % de son activité contre 15 % dans le secteur public), pour lesquels le secteur public assure l'essentiel des prises en charge.

Tableau n° 16 : poids de huit spécialités médicales dans l'activité de soins critiques du secteur public et privé en 2019

	Proportion dans l'activité de soins critiques		Écart
	Secteur public	Secteur privé lucratif	
<i>D06-cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels</i>	15,3 %	21,6 %	6,3 points
<i>D01- digestif</i>	10,8 %	16,1 %	5,3 points
<i>D15-uro-néphrologie et génital</i>	3,9 %	7,8 %	3,9 points
<i>D02-orthopédie traumatologie</i>	2,8 %	4,9 %	2,1 points
<i>D03-traumatismes multiples ou complexes graves</i>	1,3 %	0,0 %	- 1,2 point
<i>D23-toxicologie, intoxications, alcool</i>	3,5 %	0,3 %	- 3,1 points
<i>D05-système nerveux (hors cathétérisme vasculaire diagnostiques et interventionnels)</i>	8,5 %	4,2 %	- 4,3 points
<i>D9-pneumologie</i>	15,0 %	9,2 %	- 5,9 points

Source : Cour des comptes, d'après les données DIAMANT-PMSI-2019

¹³⁰ Il s'agit des domaines suivants, définis par la CIM 10 : D06-Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels, D01-Digestif, D15-Uro-néphrologie et génital, D02-Orthopédie traumatologie et D07-Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels).

Une des raisons qui peuvent être évoquées pour expliquer ces différences repose sur le fait que le secteur public dispose d'autorisations sanitaires plus nombreuses, notamment en réanimation et dans les activités de recours notamment en chirurgie ou en radiologie interventionnelle, consommatrice de soins critiques. La Cour a donc cherché à neutraliser ce phénomène en analysant la nature de l'activité médicale produite dans des secteurs public et privé bénéficiant d'une autorisation de réanimation. Les résultats font apparaître que les séjours chirurgicaux et interventionnels en réanimation dans le secteur privé représentent 67 % de l'activité totale en 2019 contre 43 % dans le secteur public alors même que le secteur public dispose de la très grande majorité des autorisations en chirurgie cardiaque et neurochirurgie. À l'opposé, la part des séjours de médecine en réanimation est de 55 % dans le secteur public contre 32 % dans le secteur privé. Si en 2020, avec la prise en compte des patients atteints de la covid 19, ces différences se sont atténuées, elles restent significatives.

Tableau n° 17 : analyse du case-mix en réanimation par secteurs d'hospitalisation

		2014	% pour 2014	2019	% pour 2019	2020	% pour 2020
<i>Établissements de santé publics</i>	Séjours chirurgicaux	76 944	41 %	76 012	37 %	71 874	34 %
	Séjours interventionnels	9 993	5 %	13 201	6 %	12 504	6 %
	Séjours de médecine	97 128	52 %	111 942	55 %	127 277	59 %
	séances	2 927	2 %	3 067	2 %	2 867	1 %
	Total général	186 992	100 %	204 222	100 %	214 522	100 %
<i>Établissements de santé privés</i>	Séjours chirurgicaux	25 868	64 %	25 662	60 %	23 932	54 %
	Séjours interventionnels	2 522	6 %	2 945	7 %	2 737	6 %
	Séjours de médecine	11 836	29 %	13 624	32 %	16 983	39 %
	Séances	302	1 %	321	1 %	328	1 %
	Total général	40 528	100 %	42 552	100 %	43 980	100 %

Source : Cour des comptes, Diamant-PMSI (patients adultes)

d) *Un niveau de sévérité significativement plus faible dans le secteur privé lucratif*

- Une méthodologie d'analyse fondée sur le niveau de sévérité

La majorité des séjours hospitaliers peut être reliée, via le PMSI, à un niveau de sévérité de la prise en charge témoignant de l'intensité des soins prodigués aux patients en fonction de

leur état clinique¹³¹. La détermination du niveau de sévérité d'un séjour n'est pas réalisée par les professionnels de santé eux-mêmes, mais par un algorithme de groupage complexe. Le résultat varie selon l'existence de diagnostics associés au diagnostic principal, de la présence de plusieurs comorbidités associées (CMA), à des exclusions entre CMA et diagnostic principal, à l'âge du patient, à la durée du séjour, au mode de sortie, etc. La Cour a cherché à évaluer la proportion des séjours de niveau de sévérité importants (niveaux 3, 4, C, D et E) dans l'activité de soins critiques réalisée par les secteurs public et privé.

- Des prises en charge à plus fort niveau de sévérité dans le secteur public

Pour ce qui concerne l'activité de réanimation en 2019, l'écart entre le secteur public et privé lucratif est important : 66,9 % des séjours dans le secteur public répondent à ces niveaux de sévérité élevée et 64,3 % dans le secteur privé non lucratif, contre et 52,4 % dans le secteur privé lucratif. Cet écart de 14,5 % entre secteurs public et privé lucratif est atténué en 2020, en restant significatif (10,9 %).

En matière de surveillance continue, les différences sont encore plus nettes. En 2019, près de 49 % des séjours du secteur public répondent aux critères de sévérité élevé, contre 31,1 % dans le secteur privé lucratif. Cet écart de 17,4 % s'est là encore légèrement atténué en 2020 (15,8 %).

L'écart entre secteur public et privé apparaît encore plus net dans les USC du secteur privé non adossées à des unités de réanimation. Dans les USC isolées du secteur privé lucratif, seuls 25 % des séjours (27,1 % en 2020) sont d'un niveau de sévérité élevé, soit la moitié du niveau constaté dans le secteur public.

Au total, le service rendu par une unité de soins critiques apparaît différent en fonction du statut de l'offreur de soins. Le secteur privé lucratif réalise principalement une activité de soins critiques post-interventionnelle dans un cadre programmé avec des patients moins critiques, le secteur public étant plus ouvert sur l'activité de médecine sans acte classant et notamment dans le cadre de soins non programmés avec des séjours présentant un niveau de sévérité plus important.

Ce constat plaide, là encore, pour un renforcement des conditions techniques de fonctionnement et une mise en réseau des soins critiques sur un territoire donné afin qu'une plus forte homogénéisation des pratiques, notamment en termes de politiques d'admission de l'activité non programmée, soit garantie, indépendamment du secteur d'activité, sans nier pour autant la nécessité de disposer d'unités de soins critiques de recours au sein d'un territoire, notamment dans des domaines très spécialisés (grands brûlés, polytraumatisés ou les surspécialités de chirurgie pédiatrique).

De plus, les différences observées devraient être mieux suivies par le biais d'indicateurs en routine permettant de distinguer l'activité programmée et non programmée de soins critiques réalisées au sein des établissements publics et privés. Ces éléments pourraient utilement être

¹³¹ Une majorité des séjours est en effet identifiée par un GHM comportant quatre niveaux de sévérité possibles. On peut lire ce niveau de sévérité dans le dernier caractère du GHM. Exemple : le GHM correspondant à la chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie peut correspondre à 4 niveaux de sévérité : 05C031, 05C032, 05C033, 05C04.

pris en compte par les instances de régulation régionales chargées de renouveler les autorisations sanitaires à travers les nouveaux indicateurs de vigilance¹³² définis, pour les activités concernées, par arrêté du Ministre chargé de la santé sur proposition de la HAS. En effet, ces indicateurs de vigilance obligeront les titulaires d'autorisation à engager une concertation avec l'ARS lorsque ces indicateurs feront apparaître une alerte à analyser, afin d'envisager, le cas échéant, des mesures correctrices et des actions d'amélioration.

B - Les comparaisons internationales sont difficiles à interpréter

La crise sanitaire liée à la covid 19 a généré une forte émulation afin d'établir des comparaisons internationales dans le domaine des soins critiques. Au-delà des éléments de comparaisons déjà étudiés par la Cour en mars 2021¹³³ et figurant en annexe, les différences significatives identifiées dans l'organisation des soins critiques, notamment entre la France et l'Allemagne, sont le fruit d'une histoire longue et touche à des aspects structurels des différents systèmes de santé, tant sur le plan de la gouvernance que des relations interdisciplinaires en médecine.

1 - Des organisations des soins critiques variées et difficiles à comparer

Les modes d'organisation des soins critiques varient significativement entre pays même proches¹³⁴, cherchant à s'adapter aux priorités de santé, aux besoins de la population et à la disponibilité des ressources.

Dans la plupart des pays de l'OCDE, les unités de soins critiques sont hiérarchisées en niveaux selon l'intensité des soins qu'elles dispensent et la disponibilité des ressources. Proposée par les Britanniques en 2000¹³⁵, la classification communément admise suggère trois niveaux de soins intensifs. S'y ajoute une catégorie de lits intermédiaire avec l'hospitalisation conventionnelle, destinée aux patients dont l'état ne nécessite pas de soins intensifs et qui peuvent être pris en charge dans les unités de soins conventionnels. Cette classification a été reprise notamment par la *Society of Critical Care Medicine* en 2003¹³⁶, mais également par de nombreux autres organismes qui proposent les définitions suivantes :

- unité de niveau 1 (intensité des soins la plus faible) : apte à offrir des soins permettant une stabilisation, un soutien et un suivi plus serré de patients dont la condition est grave et à

¹³² Créés par l'ordonnance du 12 mai 2021 portant diverses évolutions du régime des autorisations d'activités de soins, prise sur le fondement de l'article 36 de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

¹³³ Rapport public annuel, « Réanimation et soins critiques en général : un modèle à repenser après la crise », mars 2021.

¹³⁴ Prin M. et Wunsch H. International comparisons of intensive care: Informing outcomes and improving standards. *Curr Opin Crit Care* 2012;18(6):700-6.

¹³⁵ Un document britannique publié en 2000 propose une classification des soins intensifs basée sur les niveaux de soins requis par l'état des patients en fonction de la complexité de leurs besoins (Department of Health (England)). *Comprehensive critical care: A review of adult critical care services*. 2000)

¹³⁶ Haupt MT, Bekes CE, Brilli RJ, Carl LC, Gray AW, Jastremski MS, *et al.* Guidelines on critical care services and personnel: Recommendations based on a system of categorization of three levels of care. *Crit Care Med* 2003;31(11):2677-83

risque de se détériorer. En France, ce niveau correspond à celui des unités de surveillance continue et aux « *step down unit* » (SDU) dans la littérature scientifique ;

- unité de niveau 2 : apte à offrir un suivi serré continu et/ou un soutien pour la défaillance d'un organe vital aux patients dont l'état est instable. En France, ce niveau correspond à celui des unités de soins intensifs ;
- unité de niveau 3 (intensité des soins la plus forte) : apte à offrir des soins permettant un suivi et un soutien avancés des systèmes et des organes pour les patients dont la condition est complexe et qui sont dans un état critique. En France, ce niveau correspond à celui des unités de réanimation et aux « *intensive care unit* » (ICU) dans la littérature scientifique.

Si ce mode d'organisation paraît très consensuel, il n'a pas été retenu partout. Selon un rapport gouvernemental britannique¹³⁷ de 2014 comparant les structures de soins critiques pour adultes, la Suède, les Pays-Bas et l'Australie ont adopté une échelle de classification à trois niveaux, alors que l'Allemagne a adopté un niveau unique. Aux États-Unis, des États ont opté pour trois niveaux, comme le préconisent notamment les lignes directrices de la *Society of Critical Care Medicine*, alors qu'il s'agirait plutôt de deux niveaux pour l'Irlande¹³⁸ et le Royaume-Uni. Selon les sources d'information recensées, chaque niveau de soins présenté est associé, parfois à un profil de patients, parfois à des exigences diverses (par exemple en termes de volume de patients ou de ressources humaines). Au Canada, les services de soins intensifs pour adultes de l'Alberta sont proches de ceux du Québec et organisés en trois niveaux. En Colombie-Britannique, l'organisation des services de soins intensifs est séparée en quatre niveaux selon la taille de l'établissement et les services spécialisés qu'on y trouve.

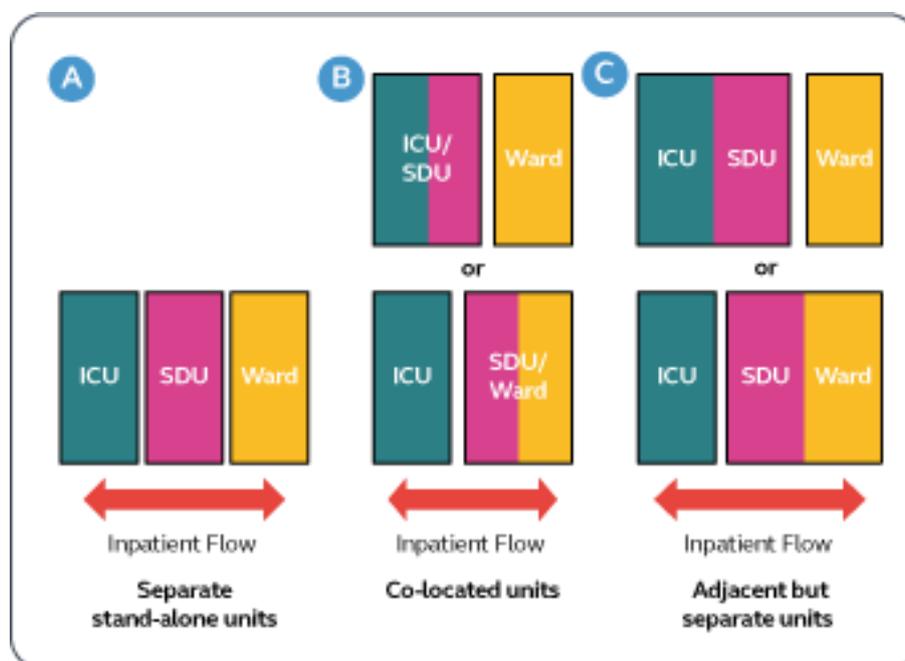
Au-delà de la question des niveaux de soins critiques, l'organisation spatiale de ces services dans les hôpitaux diffère également¹³⁹ entre pays et au sein même des États. Ainsi, les unités peuvent être séparées (scénario A dans le schéma ci-dessous), intégrées selon deux variantes possibles (scénario B) ou adossées (scénario C). Les unités peuvent également être isolées dans un autre établissement de santé ne comportant pas d'unité de niveau 3.

¹³⁷ International comparisons of selected service lines in seven health systems. Annex 3 – Review of service lines: Critical care. Angleterre: Monitor; 2014.

¹³⁸ National adult critical care capacity and activity census 2016. HSE Acute Hospitals Division - Critical Care Programme. Dublin, Irlande

¹³⁹ Prin M, Wunsch H. The role of stepdown beds in hospital care. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. 2014 Dec ; 190(11) :1210-1216. DOI: 10.1164/rccm.201406-1117pp.

Schéma n° 4 : représentation des modes de localisation possible des unités de soins critiques



Source: Prin M, Wunsch H. The role of stepdown beds in hospital care. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2014

Quels que soient les modes d'organisations retenus, il n'existe aucune donnée probante permettant de corréler une organisation par niveaux de soins et des résultats de santé pour les patients pris en charge¹⁴⁰.

2 - Une accessibilité géographique des soins critiques variable entre pays

Le recours aux soins critiques dans 14 pays européens a fait l'objet d'une publication récente¹⁴¹ qui vise à étudier l'accessibilité aux lits de réanimation en tous points du territoire de chaque État et d'en évaluer l'impact sur le taux de mortalité des patients atteints par la covid 19. Pour ce faire, cette étude a défini un index d'accessibilité géographique¹⁴² aux unités de réanimation et a traduit dans la carte ci-après les résultats obtenus.

Les résultats font apparaître une grande disparité entre pays européens comme en leur au sein. Si l'Allemagne affiche les meilleurs scores, les résultats obtenus par l'Angleterre, l'Italie ou la France sont plus hétérogènes. Il existe en effet de nombreux points du territoire français – des

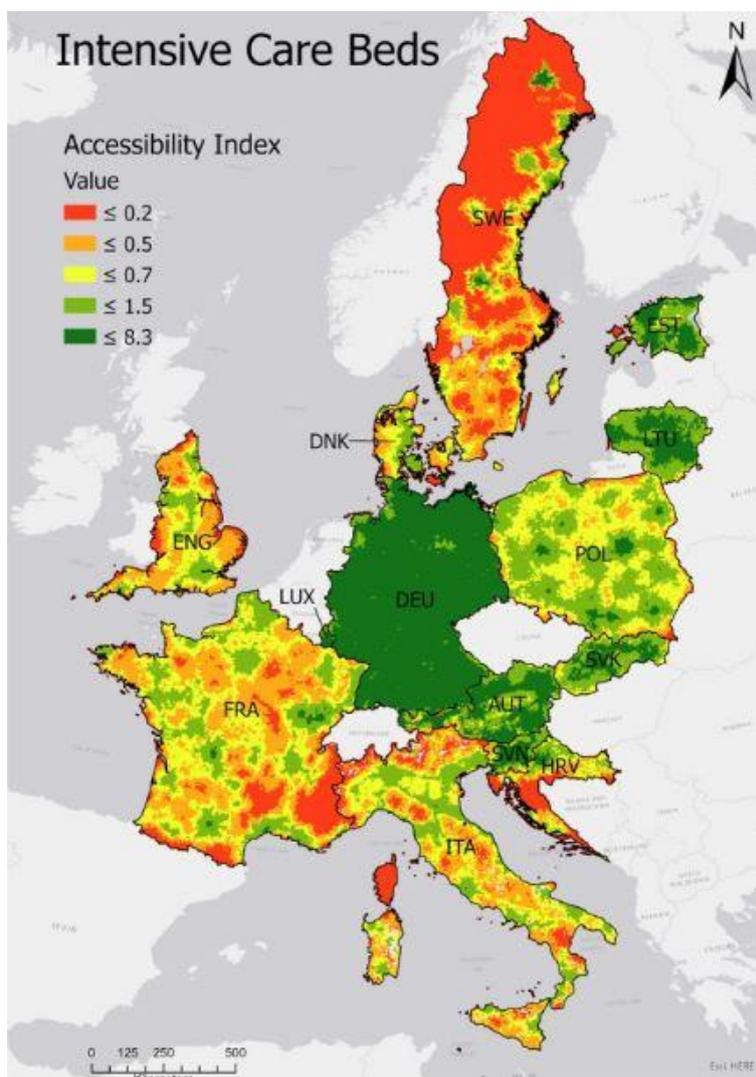
¹⁴⁰ Scales DC et Rubenfeld GD. The organization of critical care: An evidence-based approach to improving quality. New York: Humana Press ; 2014.

¹⁴¹ Access to intensive care in 14 European countries : a spatial analysis of intensive care need and capacity in the light of covid 19 J. Bauer and Al. *Intensive Care Med* (2020).

¹⁴² L'index d'accessibilité aux lits de soins critiques est obtenu en prenant en compte un ratio régional de lits de « soins intensifs » pour 100 000 habitants et la distance à l'unité de soins critiques la plus proche selon une résolution spatiale de 5 km sur 5 km.

zones géographiques peu peuplées ou montagneuses – éloignés d'un accès rapide aux soins critiques. Cette étude établit un lien entre une faible accessibilité aux soins critiques et une proportion plus élevée de décès liée au covid 19¹⁴³. Une limite majeure de cette étude réside dans grande hétérogénéité des capacités d'hospitalisation prises en compte. Ainsi pour la France, cette étude ne retient que les seuls lits de réanimation, sans prendre en compte les USC ni les USI, alors que l'ensemble des lits de soins critiques est inclus dans les données allemandes.

Carte n° 2 : analyse régionale des indices d'accessibilité aux lits de soins critiques dans 14 pays européens.



Source: J.Bauer and 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 Med* (2020)

¹⁴³ Autre limite majeure : les taux de mortalité ont été calculé sur la période se terminant au terme de la première vague (28 juillet 2020), alors que les capacités de tests étaient très variables entre les pays à cette date.

Concernant la question spécifique du lien entre accessibilité aux soins critiques et mortalité, une étude ultérieure réalisée dans le cas spécifique de la gestion de la crise sanitaire¹⁴⁴ en France est venue en partie contredire cette analyse. Selon elle, la proportion de personnes âgées dans chaque territoire, non le nombre de lits de réanimation, est l'argument le mieux à même d'expliquer les différences de mortalité observées. Ces deux études réalisées dans le contexte exceptionnel de la première vague épidémique liée au virus Sars-Cov-2 et des mesures associées (déprogrammations et créations d'unités de soins critiques éphémères) ne permettent pas de statuer sur le caractère structurel de ces constats.

II - ADAPTER À L'AUGMENTATION DES BESOINS L'OFFRE ET LES PARCOURS EN SOINS CRITIQUES

A - La progression de l'activité en soins critiques devra se traduire par une adaptation de l'offre de soins

1 - Plus de prévention et de meilleures prises en charge, en amont comme en aval, pourraient agir sur le besoin de soins critiques

La lutte contre la pandémie liée au virus Sars-Cov-2 est venue rappeler le rôle primordial que jouent les actions de prévention pour diminuer l'impact de la covid 19 sur les services de soins critiques.

a) De grandes pathologies donnant lieu à un important recours à la réanimation sont accessibles à des actions de prévention

L'activité médicale en réanimation est marquée par une grande diversité : en 2019, les séjours en réanimation ont été justifiés par 4 471 diagnostics principaux différents. Cependant, en prenant en compte les effectifs de patients, l'activité en réanimation se concentre sur cinq groupes de pathologies qui, à eux seuls, rassemblent 78,4 % des séjours : les maladies de l'appareil circulatoire (31,4 % des journées d'hospitalisation en 2019), les maladies de l'appareil respiratoire (15,8 %), les lésions traumatiques et les empoisonnements (13,3 %), la cancérologie (9,5 %) et les maladies de l'appareil digestif (8,4 %).

Cependant, on observe une concentration des prises en charge de réanimation sur les pathologies cardio-vasculaires et respiratoires : les 15 diagnostics principaux les plus fréquemment associés à des séjours en réanimation, qui représentent près d'un quart de l'activité totale, appartiennent à 85 % à ces groupes de pathologies.

¹⁴⁴ J. Gaudart et al. Factors associated with the spatial heterogeneity of the first wave of covid 19 in France: a nationwide geo-epidemiological study, The Lancet, 2020.

Tableau n° 18 : liste des diagnostics principaux les plus fréquemment associés à un séjour en réanimation

	Nombre de séjour	% de l'activité totale
<i>Sténose (de la valvule) aortique (non rhumatismale)</i>	8 859	3,6 %
<i>Insuffisance respiratoire aigüe de type I (hypoxique)</i>	5 421	2,2 %
<i>Cardiopathie artérioscléreuse</i>	5 311	2,2 %
<i>Arrêt cardiaque réanimé avec succès</i>	4 033	1,6 %
<i>Myocardopathie ischémique</i>	3 938	1,6 %
<i>Choc septique</i>	3 707	1,5 %
<i>Insuffisance respiratoire aigüe de type II (hypercapnique)</i>	3 465	1,4 %
<i>Maladie pulmonaire obstructive chronique avec infection aigüe des voies respiratoires inférieures</i>	3 272	1,3 %
<i>Insuffisance (de la valvule) mitrale (non rhumatismale)</i>	3 257	1,3 %
<i>Intoxication par benzodiazépines</i>	2 737	1,1 %
<i>Maladie pulmonaire obstructive chronique avec épisodes aigus, sans précision</i>	2 733	1,1 %
<i>Insuffisance respiratoire aigüe</i>	2 214	0,9 %
<i>Choc cardiogénique</i>	2 141	0,9 %
<i>Endocardite infectieuse (aigüe et subaigüe)</i>	2 042	0,8 %
<i>Anévrisme aortique thoracique, sans mention de rupture</i>	1 992	0,8 %
Total	55 122	22,4 %

Source : ATIH, PMSI, 2019

L'activité médicale en surveillance continue est marquée par une plus forte hétérogénéité que la réanimation : il faut en effet réunir 5 783 diagnostics différents en 2019 pour justifier 100 % des séjours et les 15 diagnostics principaux les plus fréquemment associés à des séjours en surveillance continue représentent moins de 15 % de l'activité totale. De plus, la cancérologie représente à elle seule 21 % des séjours en surveillance continue, témoignant d'une activité programmée plus importante.

Tableau n° 19 : liste des diagnostics principaux les plus fréquemment associés à un séjour en Surveillance continue

	Nombre de séjours	% de l'activité totale
<i>Occlusion et sténose de l'artère carotide</i>	8 883	1,8 %
<i>Sténose (de la valvule) aortique (non rhumatismale)</i>	8 080	1,6 %
<i>Cardiopathie artérioscléreuse</i>	7 866	1,6 %
<i>Embolie et thrombose des artères des membres inférieurs</i>	4 803	1,0 %
<i>Insuffisance respiratoire aiguë de type I (hypoxique)</i>	4 752	0,9 %
<i>Tumeur maligne du rein, à l'exception du bassinet</i>	4 637	0,9 %
<i>Maladie pulmonaire obstructive chronique avec infection aiguë des voies respiratoires inférieures</i>	4 416	0,9 %
<i>Tumeur maligne du lobe supérieur, bronches ou poumon</i>	4 403	0,9 %
<i>Angine de poitrine instable</i>	4 234	0,8 %
<i>Tumeur maligne de la prostate</i>	4 198	0,8 %
<i>Tumeur maligne du rectum</i>	4 146	0,8 %
<i>Anévrisme aortique abdominal, sans mention de rupture</i>	3 697	0,7 %
<i>Embolie pulmonaire (sans mention de cœur pulmonaire aigu)</i>	3 555	0,7 %
<i>Maladie pulmonaire obstructive chronique avec épisodes aigus, sans précision</i>	3 491	0,7 %
<i>Infarctus sous-endocardique (aigu du myocarde), prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins</i>	3 321	0,7 %
Total	74 482	14,8 %

Source : ATIH, PMSI, 2019

D'une façon générale, les pathologies cardio-vasculaires et respiratoires touchent plus fortement les hommes qui, de ce fait, sont surreprésentés dans les secteurs de soins critiques. Les hommes totalisent 59,9 % des séjours en soins critiques, 63,3 % en réanimation et même 64,8 % des journées d'hospitalisation en réanimation alors qu'ils ne représentent en 2019 que 46,8 % des hospitalisations conventionnelles. Ces constats sont renforcés pour le cas spécifique de la covid 19, puisque 66,4 % des patients hospitalisés en soins critiques en 2020 sont des hommes.

*b) Les leviers de la prévention en santé sont nombreux
mais ne sont efficaces que sur un temps long*

Dans le cadre du plan « ma santé 2022 », la prévention en santé semble avoir fait l'objet d'un nouvel élan. Cette dynamique est susceptible de ralentir la hausse structurelle de la demande en soins critiques dans les années à venir, comme l'illustrent plusieurs exemples.

En hiver, une part importante de l'activité de soins critiques est consacrée à la prise en charge de patients atteints par la grippe saisonnière : durant les mois de janvier et février, l'activité de réanimation est supérieure de près de 11 % à celle enregistrée aux cours des mois de juillet et août¹⁴⁵. La persistance dans le temps de l'usage des gestes barrières en population générale à la suite de l'épidémie de covid 19 pourrait jouer un rôle important en prévention de ces épisodes de grippe saisonnière. Au-delà de cet effet qui reste inconnu à ce jour, une politique de vaccination ou de prévention de l'épidémie à plus large échelle est de nature à faire baisser le nombre de passages en réanimation¹⁴⁶.

Par ailleurs, une part importante de l'activité en réanimation est liée à des syndromes de détresses respiratoires aigües liés à des pathologies préexistantes, dont souvent une insuffisance respiratoire chronique consécutive à une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Le tabac représente le principal facteur de risque de la BPCO (85 % des cas) et près des deux tiers des décès par insuffisance respiratoire chronique lui sont attribuables. Le sevrage tabagique et une politique de relèvement soutenu des prix¹⁴⁷ sont essentiels dans la prise en charge de la BPCO, pour réduire les épisodes d'exacerbation et donc les hospitalisations en soins critiques. Le programme national de lutte contre le tabac 2018-2020 et le plan « priorité prévention », élaborés en lien avec la stratégie nationale de santé, font de la lutte contre le tabac une priorité de santé publique. Les actions mises en œuvre dans ces programmes ont permis de diminuer la prévalence du tabagisme d'un million de fumeurs entre 2016 et 2017 et de 600 000 fumeurs en moins entre 2017 et 2018. En 2018, la prévalence du tabagisme quotidien était de 25,4 %, en baisse de 4 points en deux ans¹⁴⁸.

De même, les programmes de prévention des maladies cardio-vasculaires et neurovasculaires sont de nature à faire baisser les passages en soins critiques. La stratégie nationale de santé se décline selon plusieurs axes notamment pour le maintien d'un mode de

¹⁴⁵ Sources : Cour des comptes sur la base des entrées journalières en réanimation constatées en 2019.

¹⁴⁶ L'impact du virus grippal est très variable d'une saison épidémique à l'autre. Ainsi, en 2019-2020, 860 patients ont fait l'objet d'un séjour en réanimation à ce titre, à contrario durant l'hiver 2016-2017 une hausse de la mortalité a été observée principalement chez les plus de 65 ans avec 19 400 décès survenus en excès (Bulletin épidémiologique hebdomadaire du 22 février 2017).

¹⁴⁷ Cour des comptes, rapport public annuel, « La lutte contre le tabagisme : une politique à consolider », février 2016.

¹⁴⁸ Source Bulletin épidémiologique hebdomadaire du 28 mai 2019.

vie favorable à la santé¹⁴⁹. À titre d'illustration sur le plan nutritionnel, le « nutri-score » constitue un outil reconnu dans la prévention de l'obésité¹⁵⁰.

*c) Prévenir le risque de ré-hospitalisation en soins critiques :
le rôle de la prévention secondaire et tertiaire.*

En matière de prévention secondaire et tertiaire¹⁵¹, les actions mises en place cherchent à réduire les risques de ré-hospitalisation en s'appuyant sur l'organisation de parcours de soins adapté au patient, et sur des coopérations entre acteurs promus par le plan « ma santé 2022 ». Ainsi, l'accompagnement des personnes âgées notamment par l'éducation thérapeutique et les réseaux ville-hôpital de suivi de pathologies chroniques sont susceptibles de faire diminuer le niveau de sollicitation des unités de soins critiques.

L'anesthésie-réanimation en médecine péri-opératoire joue un rôle majeur dans la mise en place des programmes de réhabilitation accélérée après chirurgie qui a pour conséquence une réduction de la morbi-mortalité post-opératoire et donc du recours aux soins critiques. Ainsi en matière de prévention pré-opératoire (ou concept de « préhabilitation »¹⁵²), il existe un ensemble de mesures réalisées avant chirurgie majeure, comprenant des actions relatives à l'activité physique, la nutrition, la prévention du tabagisme¹⁵³ ou encore la préparation mentale, qui permet de prévenir la survenue d'événement morbides post-opératoires consommateurs de soins critiques.

À titre d'exemple, la prise en charge de l'anémie par la pratique du « *Patient blood management* »¹⁵⁴ présente des résultats significatifs en termes de baisse de la variabilité des

¹⁴⁹ Les actions auprès de la population portent sur les principaux déterminants des maladies cardio-neuro-vasculaires: lutte contre le tabagisme, promotion d'une alimentation favorable à la santé, d'une activité physique régulière, réduction des comportements sédentaires, actions sur l'environnement (réduction de la pollution, du bruit, développement des transports actifs), santé au travail, bonne santé mentale.

¹⁵⁰ Julia C et Al., application of the British food standards agency nutrient profiling system in a French food composition database, British journal of nutrition n° 10 (2014).

¹⁵¹ Selon la HAS, la prévention consiste à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités; Sont classiquement distinguées la prévention primaire qui agit en amont de la maladie (ex : vaccination et action sur les facteurs de risque), la prévention secondaire qui agit à un stade précoce de son évolution (dépistages), et la prévention tertiaire qui agit sur les complications et les risques de récurrence.

¹⁵² Personalised Prehabilitation in High-risk Patients Undergoing Elective Major Abdominal Surgery: A Randomized Blinded Controlled Trial. Barberan-Garcia A, Ubré M, Roca J, Lacy AM, Burgos F, Risco R, Momblán D, Balust J, Blanco I, Martínez-Pallí G. Ann Surg. 2018 Jan;267(1):50-56

¹⁵³ <https://sfar.org/recommandations-sur-la-prise-en-charge-du-tabagisme-en-periode-perioperatoire/>

¹⁵⁴ Le « *patient blood management* » ou gestion personnalisée du capital sanguin, est une démarche proactive d'amélioration de la qualité et de la pertinence des soins, recommandée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) depuis 2010. L'objectif est de prendre en charge l'anémie et le saignement des patients opérés afin de limiter le recours à la transfusion.

pratiques médicales et de la morbi-mortalité post-opératoire¹⁵⁵. Par ailleurs, la prise en charge préopératoire de la dénutrition permettrait de réduire le risque supplémentaire généré par celle-ci¹⁵⁶.

L'un des principaux leviers mis en place au sein des établissements de santé consiste à développer, en aval d'un séjour en soins critiques, les prises en charge en soins de suite et de réadaptation (SSR) qui réalisent des actions de prévention primaire, secondaire et tertiaire et contribuent à éviter une aggravation pouvant aboutir à une hospitalisation en réanimation¹⁵⁷. Cependant, le recours à ces prises en charge reste encore trop peu fréquent comme l'avait déjà noté la Cour en 2018 en matière de maladies cardio-neurovasculaires¹⁵⁸. Au premier semestre 2020, seuls 21,6 % des patients hospitalisés en réanimation pour covid 19 ont bénéficié d'une hospitalisation en SSR, alors même que le démarrage d'une réadaptation précoce présente de nombreux avantages pour des patients hospitalisés sur des durées longues, avec des soins ventilatoires lourds. De même, un tiers des patients qui ont subi un traumatisme crânien grave ayant justifié un séjour en réanimation n'ont pu bénéficier d'un séjour en SSR et seuls 45 % d'entre eux ont pu être orientés vers une structure adaptée à leur besoin¹⁵⁹.

Enfin, les consultations post-réanimation (à 6 mois ou 1 an), dont l'intérêt fait l'objet d'une documentation importante¹⁶⁰, constituent un moyen efficace de suivre le devenir des patients. Or, leur réalisation en France est peu répandue¹⁶¹ car leur organisation est lourde (patients perdus de vue devenus malades chroniques)¹⁶². De plus, à la différence des Pays-Bas ou de la Grande-Bretagne, il n'existe pas en France de recommandations sur le suivi de ces patients. Quelques consultations sont déployées sur le territoire, fruits d'initiatives locales¹⁶³.

Si la question du parcours de soins en amont et en aval de l'hospitalisation peut permettre de diminuer le recours aux soins critiques, l'amélioration du parcours intra-hospitalier des patients peut également jouer un rôle pour accroître les capacités d'hospitalisation à disposition.

¹⁵⁵ Livre blanc du « Patient Blood Management », gestion personnalisée du capital sanguin en chirurgie programmée, société française d'anesthésie et réanimation, 2018 et A Kaserer et Al., Impact of a Patient Blood Management monitoring and feedback programme on allogeneic blood transfusions and related costs, *Anaesthesia*. 2019.

¹⁵⁶ C. Chambrier, F. Sztark. Recommandations de bonnes pratiques cliniques sur la nutrition péri-opératoire. *Nutrition Clinique et Métabolisme*. 2010.

¹⁵⁷ La place des offreurs de soins dans la prévention, rapport du Haut Conseil de la Santé Publique, juillet 2018.

¹⁵⁸ Seuls un tiers des patients hospitalisés du fait d'un infarctus du myocarde sont hospitalisés en SSR dans les six mois. Un peu plus d'un tiers des patients ayant subi un AVC sont admis en SSR (Cour des comptes, Rapport annuel sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale, septembre 2018, chapitre VI, « *La lutte contre les maladies cardio-neurovasculaires : une priorité à donner à la prévention et à la qualité des soins* »).

¹⁵⁹ C. Jourdan et al., Referral to rehabilitation after severe traumatic brain injury: results from the Paris-TBI Study, *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 2015.

¹⁶⁰ Par exemple, J. Griffiths et Al., An exploration of social and economic outcome and associated health-related quality of life after critical illness in general intensive care unit survivors: a 12-month follow-up study. *Critical Care* 2013.

¹⁶¹ Au sein d'un échantillon de 253 services de réanimation, 47 (18,6 %) pratiquent ce type de consultations (K. Asehnoune et al., Enquête sur la pratique des consultations post-réanimation en France, Sfar, 2018).

¹⁶² Une centralisation autour du médecin traitant avec un outil numérique efficient (comme par exemple le DMP) constitue une piste d'amélioration pour aider le médecin réanimateur à disposer des informations du suivi en post réanimation.

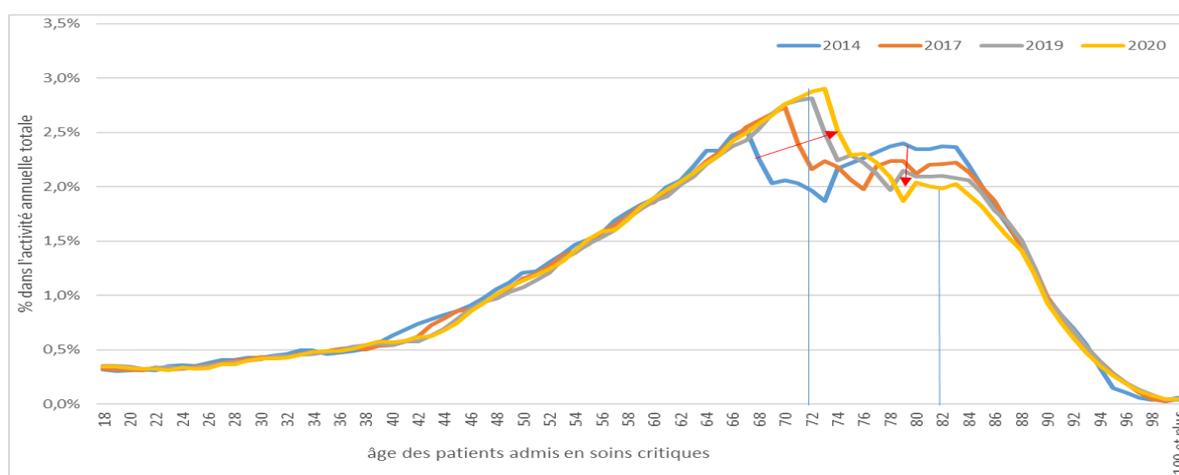
¹⁶³ R. Cinotti et Al., consultation systématique après l'hospitalisation en soins intensifs pour le dépistage et la prise en charge du syndrome post-réanimation, *Anesthésie & Réanimation*, Volume 6, Issue 4, 2020.

2 - Des progrès médicaux, d'une ampleur difficile à anticiper et dont l'impact reste à mesurer, pourraient aussi influencer, à la hausse ou à la baisse, sur les besoins futurs en soins critiques

L'utilisation accrue, d'une part, de techniques plus invasives dans les stratégies thérapeutiques, en particulier chez les personnes âgées et pour les malades chroniques¹⁶⁴ et, d'autre part l'amélioration du pronostic associé à l'usage de techniques de plus en plus poussées¹⁶⁵, permettent d'admettre dans les unités de soins critiques des patients plus âgés qu'auparavant. Entre 2014 et 2020, la part des patients en réanimation âgés de plus de 65 ans est passée de 56,9 % à 58,7 % et celle des patients situés dans la tranche d'âge 65-75 ans est passée de 23,9 % à 28,6 % : le grand âge¹⁶⁶ n'est plus, à lui seul, un facteur justifiant un refus d'admettre un patient en réanimation¹⁶⁷.

En sens inverse, on constate depuis 2014 un recul de 3 points de la proportion de patients âgés de 75 à 85 ans. Les causes restent mal comprises et pourraient avoir un lien avec l'évolution de certaines techniques chirurgicales et interventionnelles réalisés en amont des soins critiques, qui diminuent le besoin de soins critiques dans certaines tranches d'âge.

Graphique n° 12 : évolution de l'activité hospitalière (2014-2020) en soins critiques en fonction de l'âge des patients.



Source : Cour des comptes, d'après les données Diamant-PMSI 2014 à 2020 (janvier à novembre pour 2020)

Aide à la lecture 1 : la proportion des séjours de patients âgés de 72 ans, hospitalisés avec passage en soins critiques, était de 2 % en 2014, 2,2 % en 2017, 2,8 % en 2019 et 2,9 % en 2020.

Aide à la lecture 2 : la proportion des séjours de patients âgés de 82 ans, hospitalisés avec passage en soins critiques, était de 2,4 % en 2014, 2,2 % en 2017, 2,1 % en 2019 et 2 % en 2020.

¹⁶⁴ À titre d'illustration, l'utilisation de la circulation extracorporelle en réanimation était rare chez le patient de plus de 70 ans il y a 20 ans, ce qui n'est plus le cas aujourd'hui.

¹⁶⁵ Par exemple en 20 ans, la baisse de mortalité chez les patients victimes d'un choc septique est de 10 % (source : ARS Paca, PRS 2018-2023, pp 224).

¹⁶⁶ M. Borel et al. « L'admission du sujet âgé en réanimation : l'âge influence-t-il l'accès aux soins ? » Annales françaises d'anesthésie et de réanimation, volume 734, Issue 6, 06/2008, Pages 467-539.

¹⁶⁷ Marik PE. « Should age limit admission to the intensive care unit? » Am J Hosp Palliat Care. 2007 Feb-Mar;24(1):63-6.

Ainsi, le remplacement chirurgical de la valve aortique est une intervention efficace mais lourde et nécessite un passage systématique dans un secteur de soins critiques. Or, il est proposé depuis plus de 10 ans¹⁶⁸ un traitement alternatif, permettant d'éviter une chirurgie à cœur ouvert : l'implantation d'une bioprothèse valvulaire aortique par voie percutanée (Tavi¹⁶⁹). Cette technique, utilisée en priorité chez des personnes de plus de 75 ans pour lesquels une chirurgie lourde n'est pas indiquée, ne nécessite pas un passage systématique dans une unité de soins critiques. La chirurgie reste indiquée pour les patients âgés de moins de 75 ans. Les données d'activités hospitalières montrent une baisse de 10 % des séjours chirurgicaux sur la période 2014-2019 et une croissance de 190 % des poses de Tavi. Dans le même temps (et alors même que le taux de recours de 100 % aux soins critiques n'est pas modifié pour les séjours chirurgicaux), le taux de recours aux soins critiques pour pose de Tavi a baissé de 12 % durant la période sous revue : les Tavi étant posés chez des personnes plus âgées, la baisse du recours aux soins critiques chez les plus de 75 apparaît manifeste à pathologie équivalente et contribue au décrochage observé dans le graphique ci-dessus pour la classe d'âge 75-85 ans.

Tableau n° 20 : illustration du changement de pratique en matière de valvulopathie dans le recours aux soins critiques

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Évolution 14-19
<i>Chirurgie de remplacement vasculaire</i>	19 821	19 501	18 836	19 158	18 360	17 860	- 10 %
<i>Taux de recours aux soins critiques pour chirurgie vasculaire</i>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	0 %
<i>Poses Tavi</i>	4 449	6 302	8 241	9 936	11 779	12 893	190 %
<i>Dont poses de Tavi avec passage en soins critiques</i>	4 343	5 976	7 793	9 060	10 332	11 025	154 %
<i>Taux de recours aux soins critiques pour Tavi</i>	98 %	95 %	95 %	91 %	88 %	86 %	- 12 %

Source : Cour des comptes d'après les données DIAMANT-PMSI-2014-2019

Les entretiens menés par la Cour permettent de confirmer que l'impact des progrès médicaux sur l'évolution des besoins futurs en soins critiques reste aujourd'hui largement méconnu. Cet impact doit faire l'objet d'une évaluation.

Le ministre chargé de la santé a confié en février 2021 à l'inspection générale des affaires sociales (Igas) une mission visant à établir des recommandations relatives aux « *déterminants du niveau capacitaire de réanimation adulte par territoire, en vue d'évaluer les ajustements*

¹⁶⁸ L'intervention repose sur l'utilisation d'un cathéter à travers une artère et d'équipements d'imagerie pour guider le positionnement et la mise en place de la bioprothèse valvulaire à son emplacement anatomique. Le premier Tavi a été implanté par une équipe française le 16 avril 2002 à Rouen, mais la technique ne s'est répandue en médecine courante qu'au début des années 2010 et a fait l'objet d'une régulation dans son usage depuis l'arrêté du 3 juillet 2012 limitant la pratique de l'acte de pose de bioprothèses valvulaires aortiques à certains établissements de santé.

¹⁶⁹ Tavi pour Transcatheter Aortic Valve Implantation.

nécessaires pour répondre à la fois aux besoins courants et aux besoins exceptionnels liés à une crise ».

Si des travaux importants ou des études cliniques ponctuelles permettent d'apporter des réponses, la mise en œuvre d'une base de données nationale des soins critiques en France, sur le modèle du Registre suédois, offrirait des avantages pour le suivi des patients et permettrait un suivi permanent de l'ensemble des évolutions touchant ce secteur d'activité et concernant à la fois les professionnels, les équipements, les médicaments et le suivi des patients.

Ceci nécessite cependant une informatisation complète et adaptée des services de soins critiques, ce qui est encore loin d'être le cas. Une telle base de données, dont l'adhésion serait rendue obligatoire au titre de conditions techniques de fonctionnement renforcées, permettrait de réaliser l'ensemble des remontées d'informations nécessaires au plan régional comme au plan national, tout particulièrement en période de tensions hospitalières qui reviennent régulièrement, notamment en hiver.

Le Registre suédois des soins intensifs

Le Registre suédois des soins intensifs est une association à but non lucratif créée en août 2001, dont la totalité des services hospitaliers suédois de soins intensifs sont membres (soit 83 hôpitaux). L'association est entièrement financée par les cotisations et les subventions du Conseil national de la santé et du bien-être social, des municipalités suédoises et des conseils de comté. Il n'y a pas de parrainage ou d'autre financement commercial.

L'association vise à gérer, à l'échelle de l'ensemble de la Suède, un seul registre national de surveillance, de qualité et de sécurité des soins intensifs. Ce registre cherche à favoriser le développement de méthodes partagées de recueil d'information pour la recherche en soins intensifs, en particulier en épidémiologie, mais aussi dans d'autres domaines ciblés où la participation de l'ensemble des centres est une condition préalable à la conduite d'études scientifiques de haute qualité.

3 - Le vieillissement de la population, déjà engagé et qui va s'amplifier, justifie une évolution de l'offre

Entre 2014 et 2019, l'activité en hospitalisation conventionnelle a régressé, celle des soins critiques a progressé dans des proportions inverses de 1,6 % par an. La croissance de l'activité des soins critiques est parallèle, là encore dans les mêmes proportions, à celle du nombre de personnes âgées de plus 60 ans dans la population française.

a) L'activité en soins critiques connaît une croissance continue, à l'inverse de celle des hospitalisations conventionnelles

Les séjours hospitaliers réalisés avec passage dans un service de soins critiques représentent 10,6 % de l'activité hospitalière conventionnelle (hors hospitalisation de jour), dont 5,1 % pour la surveillance continue, 3,2 % pour les soins intensifs et 2,4 % pour la réanimation.

Entre 2014 et 2019, le volume de séjours réalisés en hospitalisation conventionnelle a connu une baisse de - 1,6 % malgré le contexte de vieillissement de la population. Cette

évolution s'explique par le virage ambulatoire qui a permis à l'activité hospitalière de se déporter vers une activité ambulatoire en médecine comme en chirurgie (+ 24,3 % sur la même période). Les soins critiques connaissent une évolution inverse : l'activité en réanimation a progressé de 8,2 % entre 2014 et 2019, de 6,8 % en surveillance continue et de 4,8 % en soins intensifs.

L'année 2020 présente des atypies majeures qui ne permettent pas de conclure en termes d'évolution structurelle de l'activité. En effet, les déprogrammations notamment en chirurgie, le renoncement spontané des patients aux soins face à la peur d'une contamination et le moindre recours aux urgences, sont à l'origine d'une forte chute de l'activité d'hospitalisation complète et dans une moindre mesure de celle des soins critiques liés aux chirurgies programmées, comme la surveillance continue et dans une moindre mesure les soins intensifs. Seule l'activité de réanimation a connu une accélération de son activité, de près de 5 % pour la réanimation adulte – soit près du triple du taux de progression annuel – et de 3,6 % pour l'ensemble de la réanimation - soit le double du taux de progression habituel.

b) Au sein des soins critiques, la progression de l'activité en réanimation a donné lieu à des évolutions opposées des durées de passage au sein des différentes composantes des soins critiques

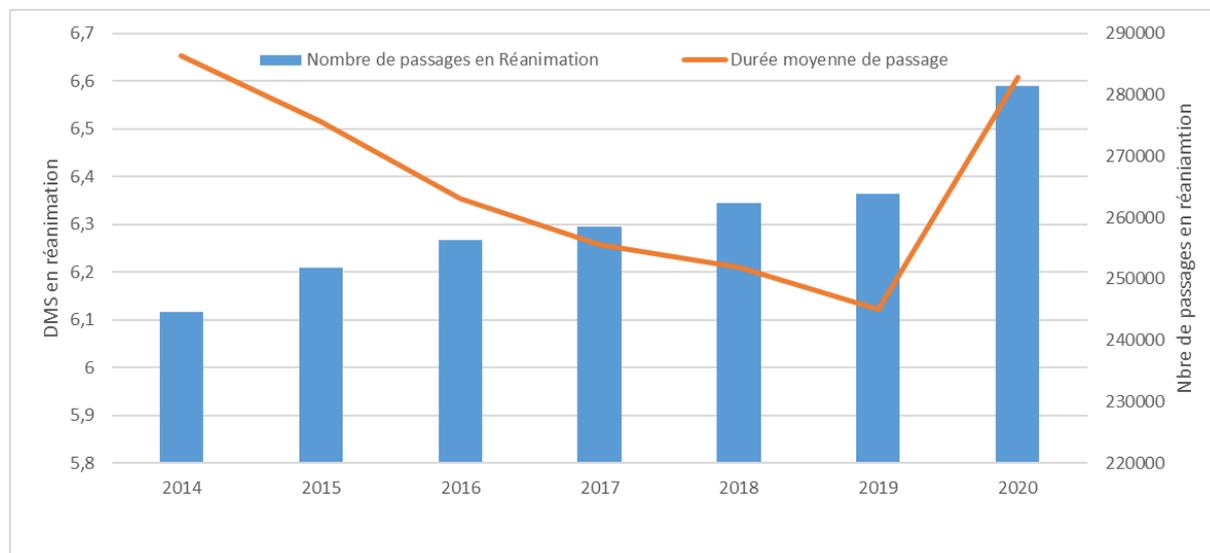
Entre 2014 et 2019, le nombre de passage en réanimation a connu une croissance de 7,9 %, proche de l'évolution du nombre de séjours (+ 8,2 %). Cette croissance, qui s'est faite sans augmentation du nombre de lits de réanimation, a pour caractéristique de ne pas se traduire par une augmentation du nombre de journées d'hospitalisation par séjour, faute de lits et d'un taux d'occupation élevé en permanence. Cette situation a été rendu possible par une contraction de la durée moyenne de passage en soins critiques : elle a diminué dans des proportions proches mais inverse de la croissance de l'activité (soit - 8,3 %) et ceci de façon régulière passant ainsi de 7,2 jours en 2014 à 6,6 jours en 2019¹⁷⁰.

Parallèlement, la durée de passage en USC a augmenté de 2,9 % sur la période. En effet, les USC constituent les principales unités hospitalières d'aval des services de réanimation (22 % des sorties de réanimation se font vers les USC). Tout se passe comme si, afin de libérer plus de lits en réanimation, les USC prenaient en charge des patients de réanimation de façon de plus en plus anticipée, conduisant à une augmentation de la durée de passage en USC induite par la diminution de la durée de passage en réanimation.

L'année 2020 marque une rupture brutale dans cette dynamique de hausse d'activité de réanimation compensée par une baisse de la durée de passage en soins critiques. L'ensemble des indicateurs d'activité de la réanimation a connu une hausse forte et simultanée : la durée de passage en réanimation a bondi de 9,7 % en quelques mois – soit l'équivalent des baisses cumulées sur 6 années continues –, portant cette durée en réanimation à plus de 7,2 jours. Le nombre de séjours a progressé de 4,9 % et le nombre de journées de 15 %, alors même que depuis 2014 cet indicateur avait été stabilisé. C'est donc la combinaison d'une augmentation forte des séjours et d'une augmentation concomitante de la durée de passage qui est à l'origine de la saturation des services de réanimation en 2020.

¹⁷⁰ En 2019, la durée de séjour d'un patient en réanimation représente en moyenne 38 % de son séjour hospitalier.

Graphique n° 13 : évolution comparée du nombre de passages et de la durée de passage en réanimation



Source : Cour des comptes, d'après Atih, PMSI, 2014-2020

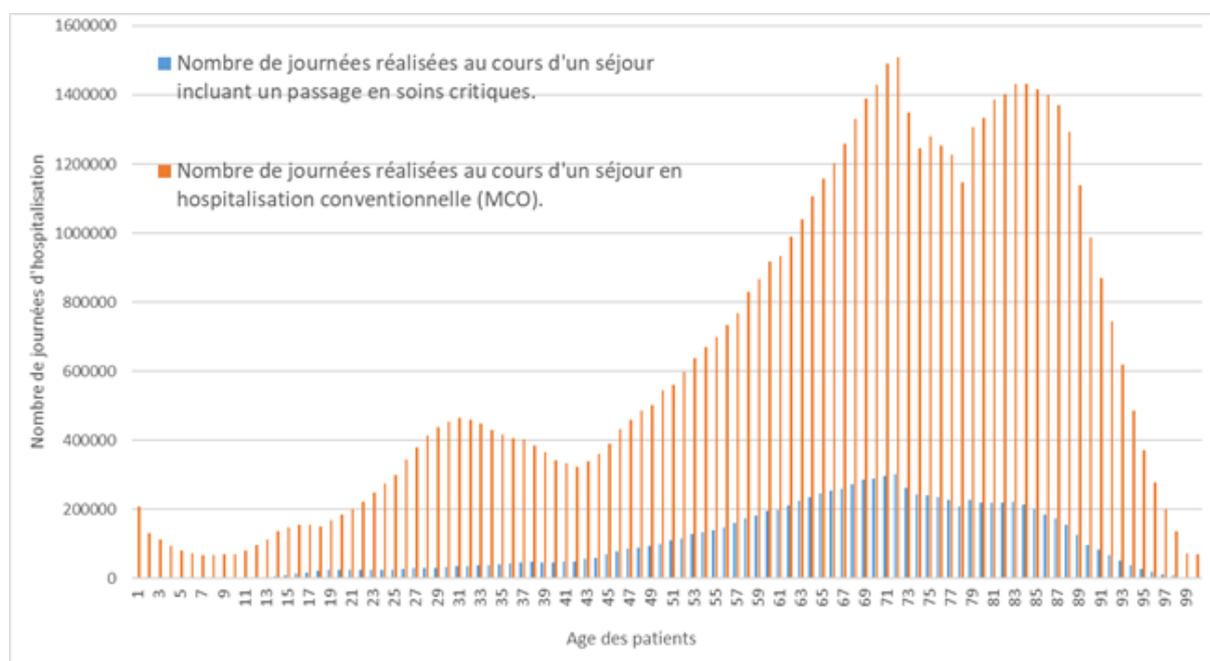
4 - La poursuite d'une hausse structurelle possible avec le vieillissement de la population

La hausse du recours aux soins critiques constatée depuis 2014 s'explique avant tout par le vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques qui l'accompagne. Le patient admis en soins critiques est en moyenne plus âgé (65,4 ans) que celui bénéficiant d'une hospitalisation conventionnelle (60,5 ans en 2019). Ce phénomène concerne l'ensemble des pays de l'OCDE¹⁷¹.

De ce fait, la répartition de l'activité par tranche d'âge présente des différences significatives avec l'activité hospitalière conventionnelle. La part des patients âgés en soins critiques progresse de façon lente et régulière jusqu'à atteindre un pic à 72 ans, démontrant que le principal facteur prédictif d'un séjour dans une unité de soins critiques est l'âge, à la différence des hospitalisations conventionnelles, consécutives, en moyenne, à plusieurs épisodes aigus au cours de la vie.

¹⁷¹ D'après les données de 183 services de réanimation d'Australie et de Nouvelle-Zélande, le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans admises en réanimation augmente de près de 5,6 % par an depuis 2000 (cité par B. Guidet et al., Personnes âgées et réanimation, Réanimation, 2014).

Graphique n° 14 : activité hospitalière en soins critiques et MCO par âge des patients



Source : Cour des comptes d'après les données Diamant (2019), exprimées en nombre de journées au sein de séjours comprenant un passage dans une unité médicale de soins critiques

Précaution de lecture : Afin d'accroître la lisibilité du graphique, la première année de vie n'a pas été prise en compte du fait du nombre important de journées réalisées dans le domaine de la périnatalité.

La proportion des personnes âgées de plus de 60 ans en soins critiques dépasse désormais les deux tiers de l'effectif total, en progression de 1,7 % entre 2014 et 2019, soit l'équivalent de 45 230 séjours nouveaux dans cette catégorie d'âge durant la période sous revue.

Tableau n° 21 : évolution de la structure d'âge des patients pris en charge en soins critiques entre 2014 et 2020

	2014	2019	2020	Évol. 14-19
18-30 ans	4,7 %	4,6 %	4,5 %	0,0 %
30-45 ans	8,9 %	8,2 %	8,2 %	-0,7 %
45-60 ans	20,9 %	20,0 %	20,3 %	- 1,0 %
Plus de 60 ans	65,5 %	67,2 %	67,0 %	1,7 %

Source : Cour des comptes, d'après les données Diamant, PMSI, 2014, 2019, 2020. Chiffres exprimés en proportion des séjours (hors séances) avec passage dans une unité médicale de réanimation (adulte ou pédiatrique), de soins intensifs (adulte/pédiatrique) ou de surveillance continue (adulte/pédiatrique) pour des patients majeurs

Pour la réanimation, la progression des capacités d'hospitalisation de + 0,17 % par an a été 10 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 secteur. 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 %.

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 l'épidémie de covid 19, 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. À ce titre, dans sa réponse à la Cour, la DGOS considère que « *le vieillissement de la population s'accompagne d'une augmentation des pathologies et d'une fragilité pouvant justifier d'une nécessité plus fréquente de prise en charge en soins critiques avec des durées de séjour plus longues. Les sujets âgés sont d'ailleurs plus touchés en cas de crise sanitaire (canicule, covid).* »

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 d'évaluer et 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. Une évaluation scientifique de l'addition à long terme de ces multiples facteurs sur le besoin en lits de soins critiques est d'autant plus nécessaire qu'il n'y a pas consensus aujourd'hui. Ainsi, le CNP d'anesthésie-réanimation et de médecine péri-opératoire considère dans sa réponse à la Cour que si « *l'évolution de la démographie va dans le sens d'une augmentation de nos besoins en soins critiques [...] il n'y a pas de relation directe entre l'accroissement du vieillissement de la population et les besoins en soins critiques* ». L'Igas a été missionnée par le ministre en charge de la santé le 25 février 2021 avec le double objectif de définir les déterminants du capacitaire de réanimation adulte requis par territoire et les modalités permettant de moduler ce capacitaire en fonction du contexte (activité courante incluant les épisodes épidémiques saisonniers, crise sanitaire majeure).

Le profil clinique des patients hospitalisés en réanimation pour covid

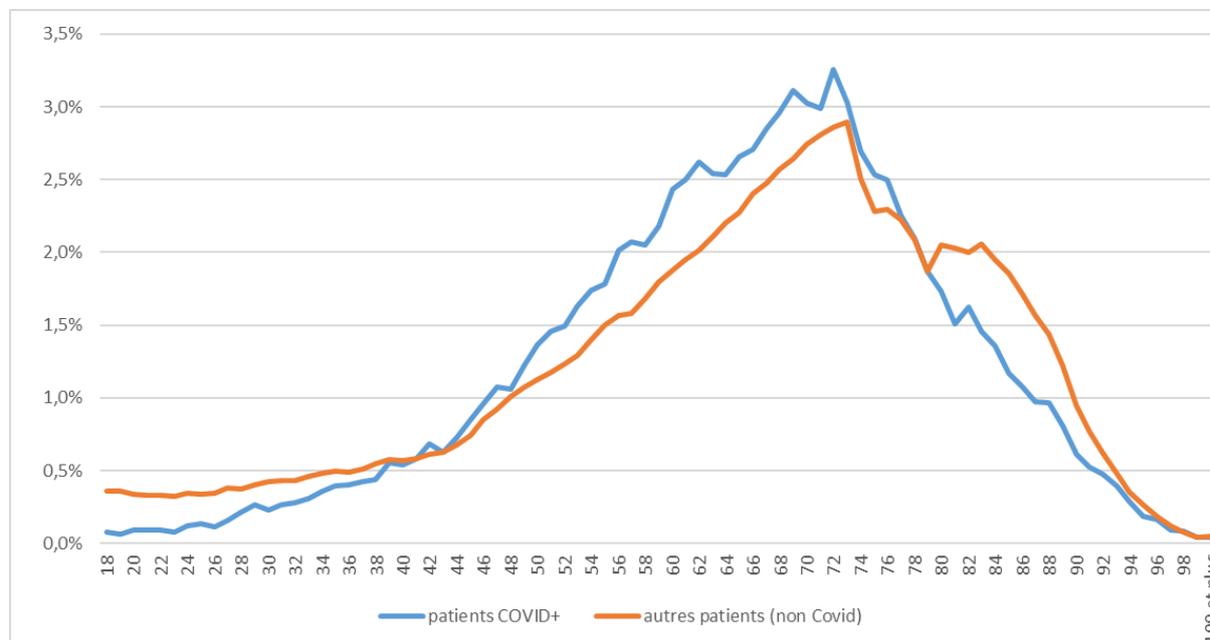
Les patients atteints par la covid-19 et hospitalisés en réanimation présentent un profil particulier au regard de la structure d'âge habituel en réanimation. En effet, 67,4 % des patients se concentrent dans la tranche d'âge 45-75 ans, soit 10 points de plus que pour les patients pris en charge en réanimation pour une autre cause que la covid 19. Les âges extrêmes apparaissent moins représentés qu'en période habituelle, tant en ce qui concerne les jeunes adultes que les personnes âgées de plus de 75 ans.

Selon Santé publique France, les caractéristiques épidémiologiques qui caractérisent les cas graves de covid 19 admis en réanimation¹⁷² sont marqués par l'association du niveau de gravité avec la présence dans 89 %¹⁷³ des cas d'une comorbidité. Les comorbidités les plus fréquemment rapportées étaient l'obésité (45 % des cas signalés), l'hypertension artérielle (45 %) et le diabète (31 %).

¹⁷² La surveillance des cas graves de covid 19 repose sur un réseau sentinelle de 226 services de réanimation situés en France métropolitaine et dans les Outre-mers. Cette surveillance a été réactivée par SFP le 05 octobre 2020.

¹⁷³ 84 % parmi ceux âgés de moins de 65 ans.

Graphique n° 15 : comparaison de la distribution par âge des patients hospitalisés en réanimation en 2020 pour covid 19 avec les patients non covid 19



Source : Cour des comptes d'après les données Diamant (2020) exprimés en nombre de séjours avec DP U071 (Cim 10)

B - L'analyse du parcours des patients montre un manque de fluidité en aval des soins critiques

Les soins critiques, dans leur diversité, constituent un pôle de sécurité d'un établissement de soins, en cela qu'ils concentrent l'essentiel des compétences médicales et paramédicales la nuit et hors jours ouvrables, au même titre que les services d'urgence. La connaissance précise des modalités d'entrées et de sorties de ces unités conditionne les choix d'organisation des établissements.

Pourtant selon l'Anap¹⁷⁴, il n'existe pas d'étude exhaustive des flux d'entrée et de sortie des différents services de soins critiques par transfert, mutation ou entrée directe. La Cour a cherché à dresser un premier état des lieux en la matière, afin d'identifier les points de fragilités.

1 - Une forte dépendance des services de réanimation au fonctionnement des autres services hospitaliers

D'après les données transmises à la Cour par l'ATIH, dans huit cas sur dix, le patient admis en réanimation fréquente plusieurs services hospitaliers au cours de son séjour dans un même établissement. Les patients ne fréquentant que le seul service de réanimation sont dans 43 % des patients qui décèdent au cours de leur séjour dans cette unité, dans 40 % des cas des

¹⁷⁴ Premiers éléments d'organisation des filières de soins critiques en France, Anap, Juin 2020.

patients qui feront l'objet d'un transfert dans un autre établissement et dans 15 % des cas des patients en mesure de regagner leur domicile.

Pour l'ensemble des patients pris en charge, il existe trois modes d'entrées principaux dans un service de réanimation. Le premier, qui concerne 44,9 % des patients, est non programmé et réalisé dans un contexte d'urgence : dans 15 % des cas, les patients sont admis en réanimation directement depuis leur domicile, mais dans la majorité des cas, les admissions non programmées se font après un passage dans une structure d'urgence avec parfois une hospitalisation de courte durée à proximité des urgences (UHCD).

Le second mode d'entrée en réanimation (44,7 % des cas) se fait directement depuis un service d'hospitalisation, en particulier un service de chirurgie (23,7 %) et de médecine (11,9 %). Il s'agit de séjours réalisés majoritairement dans un cadre programmé, sans qu'il soit possible de déterminer précisément ce ratio¹⁷⁵.

Enfin, le troisième mode d'entrée en réanimation se fait depuis un secteur de soins critiques (soit 10,4 % des cas, à parité entre USC et USI).

Au total, les entrées en réanimation depuis une structure hospitalière représentent 85 % des séjours¹⁷⁶.

Les sorties de réanimation se font dans 78,6 % des cas vers un service de soins, dont majoritairement les unités d'hospitalisation conventionnelle de médecine ou chirurgie (51,5 %) ou un service de soins critiques dans 27,1 % des cas (dont 22 % pour les seules USC et 5,1 % pour les USI). Les retours à domicile directement depuis la réanimation ne concernent que 4,2 % des patients. 17,2 % des patients décèdent lors de leur séjour en réanimation.

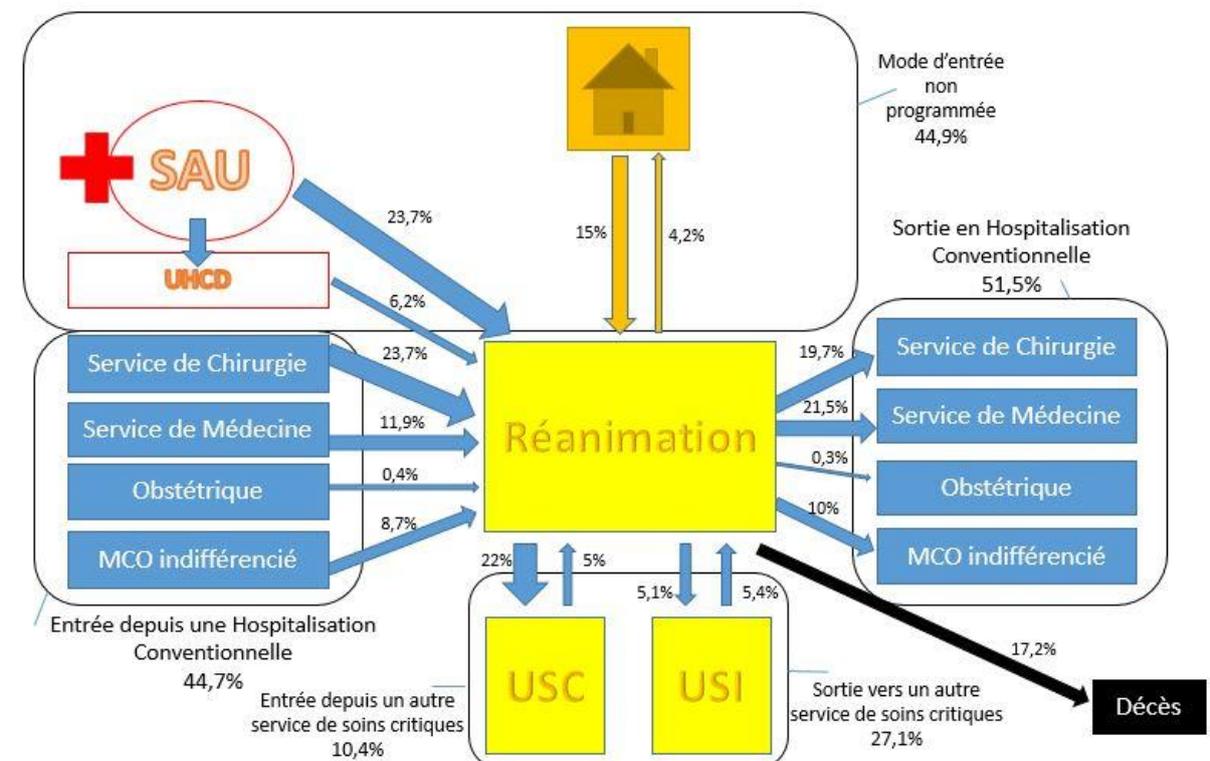
Les données concernant l'année 2020 ne montrent pas de modification substantielle de ces résultats en dehors d'une baisse légère des admissions en réanimation depuis un service de chirurgie en raison des déprogrammations (- 2,4 % au regard de 2019) et une hausse équivalente des admissions depuis un service de médecine.

Cette analyse fait apparaître le haut niveau de dépendance des services de réanimation envers leur environnement hospitalier : la libération d'un lit en réanimation est très largement conditionnée à la possibilité de trouver un lit d'aval en mesure d'accueillir le patient.

¹⁷⁵ La notion de programmation est absente du recueil d'information réalisé dans le PMSI. De ce fait, il n'est pas possible d'isoler finement au sein de ces séjours les seuls séjours programmés. Ainsi, une partie du flux entrant en réanimation depuis un service d'hospitalisation conventionnelle correspond à des patients arrivés par les urgences, hospitalisés en secteur conventionnel puis en réanimation.

¹⁷⁶ Une publication anglaise de 2011 évalue à 72,6 % cette proportion au sein du NHS britannique mais l'interprétation et la possibilité de transférer les résultats d'un modèle sanitaire à un autre n'est pas certaine.

Schéma n° 5 : analyse des flux de patients en réanimation



Source : Cour des comptes d'après les données de l'ATIH, PMSI, 2019

2 - Un niveau de dépendance équivalent pour les unités de surveillance continue

Comme pour la réanimation, le patient admis en surveillance continue fréquente dans 79 % des cas plusieurs services hospitaliers au cours de son séjour¹⁷⁷.

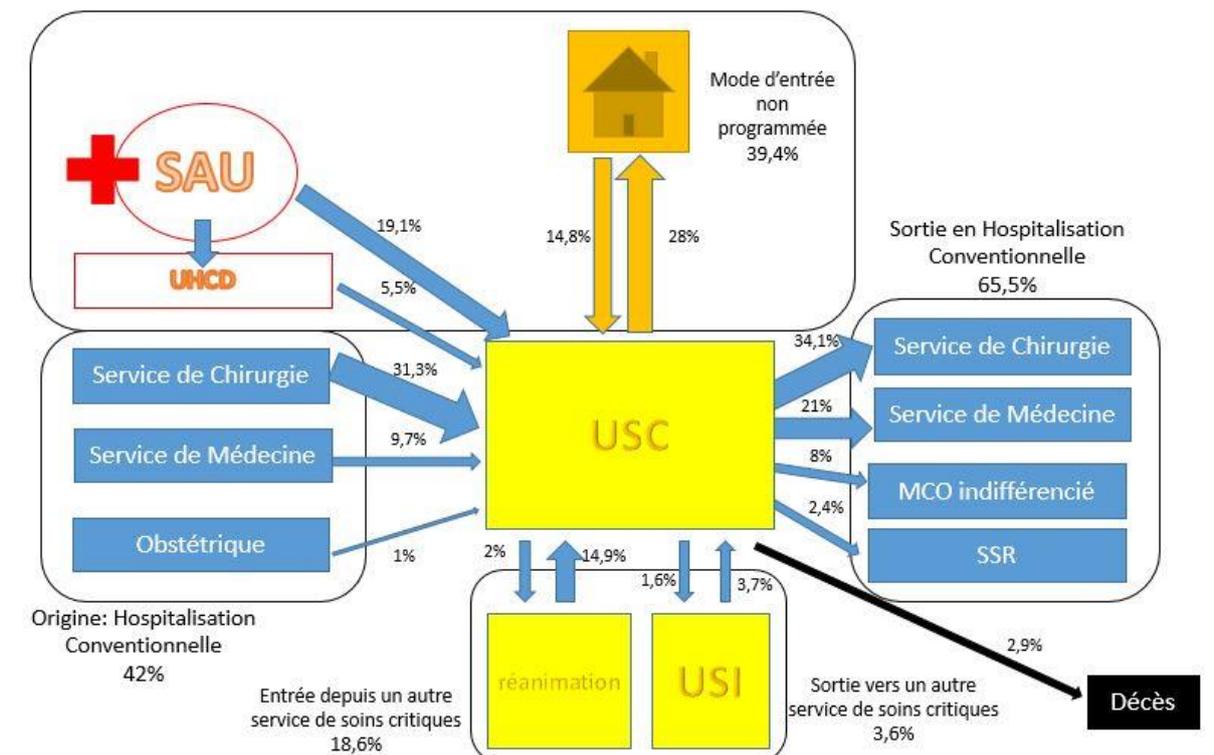
Il existe trois modes d'entrées principaux en USC. Le premier, qui concerne 39,4 % des patients est réalisé dans un contexte d'urgence. Le second mode d'entrée (42 % des cas) se fait directement depuis un service d'hospitalisation complète, en particulier un service de chirurgie (31,3 %). Il s'agit de séjours réalisés majoritairement dans un cadre programmé. Enfin, le troisième mode d'entrée en USC se fait depuis un secteur de soins critiques (18,6 % des cas, majoritairement depuis la réanimation).

Près de 70 % des sorties d'USC se font vers un autre service d'hospitalisation, très majoritairement vers les unités d'hospitalisation conventionnelle de médecine ou chirurgie (65,5 %), plus rarement vers un service de soins critiques (3,6 %). Les retours à domicile directement depuis une USC concernent 28 % des patients. 2,9 % des patients décèdent au cours de leur séjour.

¹⁷⁷ Les patients ne fréquentant que la seule unité de soins critiques sont dans 65 % des patients qui regagnent leur domicile, dans 27 % des cas des patients qui feront l'objet d'un transfert et dans 7 % des cas des patients qui vont décéder au cours de leur séjour.

Comme pour la réanimation, les données concernant l'année 2020 ne montrent pas de modification substantielle de ces résultats en dehors d'une baisse légère des admissions en USC depuis un service de chirurgie (- 1,6 % au regard de 2019) et une hausse équivalente des admissions directement depuis le domicile.

Schéma n° 6 : analyse des flux de patients en unité de surveillance continue (USC)

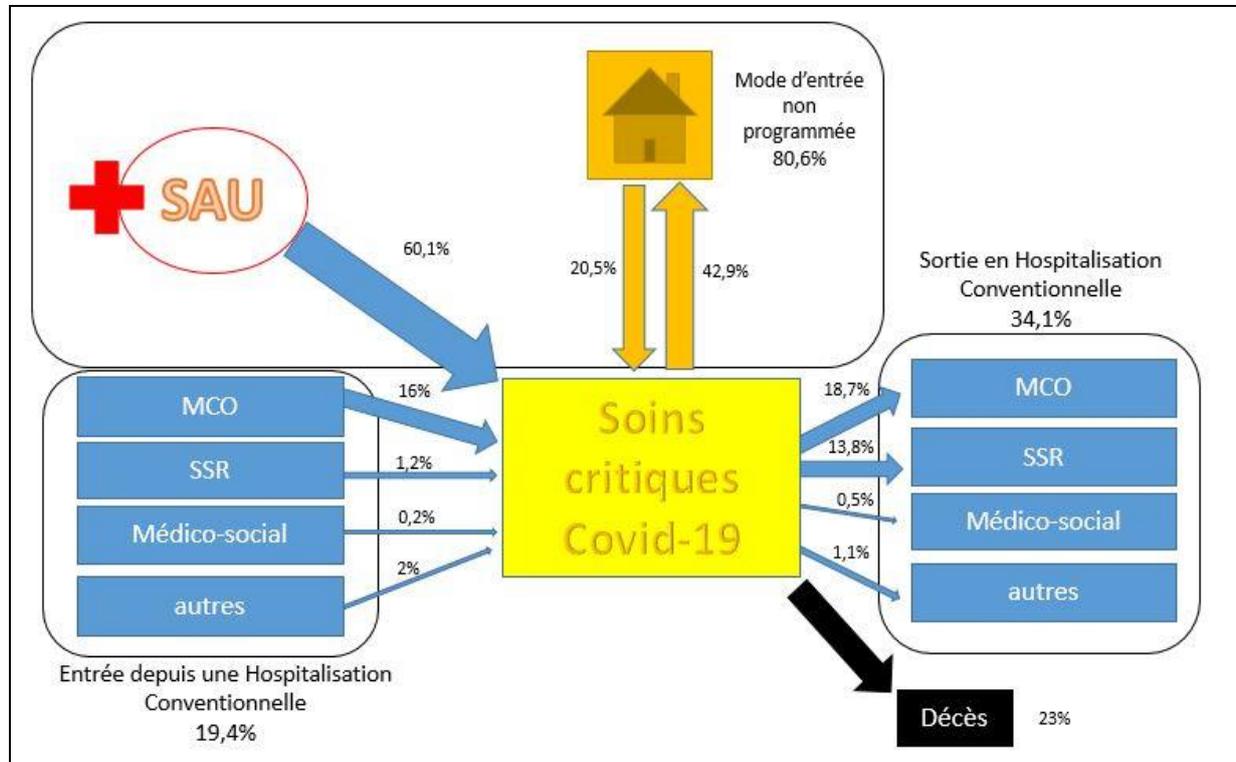


Source : Cour des comptes d'après les données de l'ATIH, PMSI, 2019

Les particularités du parcours des patients hospitalisés pour covid 19 en soins critiques

Le parcours des patients hospitalisés en soins critiques à la suite à d'un épisode aigu de covid 19 présentent la particularité d'être admis dans la grande majorité des cas de façon directe depuis les urgences (60,1 % des cas, soit près de trois fois plus qu'habituellement) mais également depuis le domicile (20,5 %). De ce fait, les entrées depuis les autres services hospitaliers MCO ou SSR ne représentent que 19,4 % des entrées, contre plus de 40 % habituellement en USC et en réanimation. La sortie des patients directement vers le domicile est également beaucoup plus fréquente (43 %) ainsi que la part des patients décédés en soins critiques (23 %).

Schéma n° 7 : parcours simplifié des patients pris en charge en soins critiques pour covid 19 (ensemble des séjours de l'année 2020).



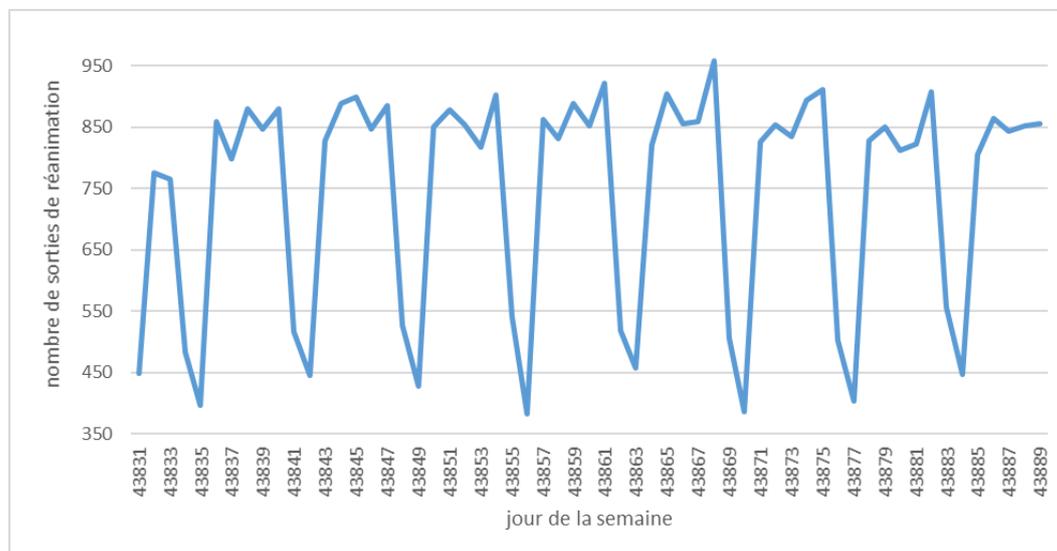
Source : Cour des comptes d'après les données ATIH, ScanCovid, année 2020

3 - Une dépendance à l'origine d'un manque de fluidité des soins critiques

a) Une activité de soins critiques qui diminue fortement les jours non ouvrables.

L'examen des entrées et des sorties quotidiennes en réanimation ou surveillance continue apparaît homogène tout au long de la semaine mais connaît une très forte baisse les samedis, dimanches et jours fériés. Les variations observées entre une activité de semaine et de fin de semaine sont importantes et se constatent tout au long de l'année, pour les entrées comme pour les sorties, dans des proportions similaires et sur un rythme hebdomadaire.

Graphique n° 16 : évolution des sorties quotidiennes en réanimation au plan national (janvier et février 2020)

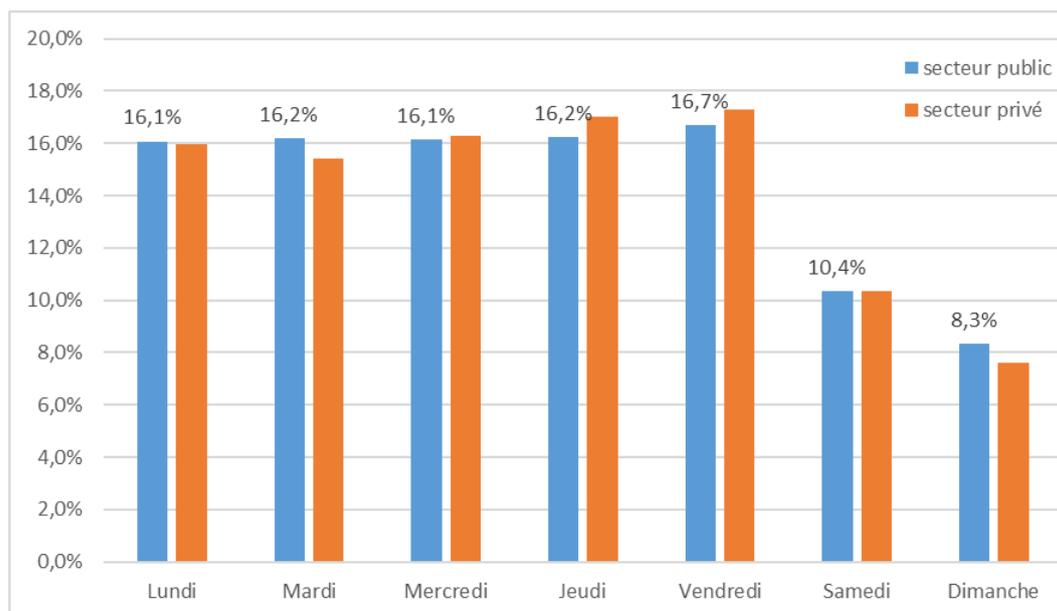


Source : Cour des comptes d'après les données ATIH, PMSI, 2020

Note de lecture : les entrées et sorties de réanimation connaissent un phénomène d'oscillation identique

Ainsi, les sorties de réanimation réalisées les dimanches de l'année 2020 ne représentent que 8,3 % du total, soit la moitié du nombre de sorties réalisées les vendredis (16,7 %), jour où le nombre de patients sortant est le plus important, pour le secteur public comme pour le secteur privé.

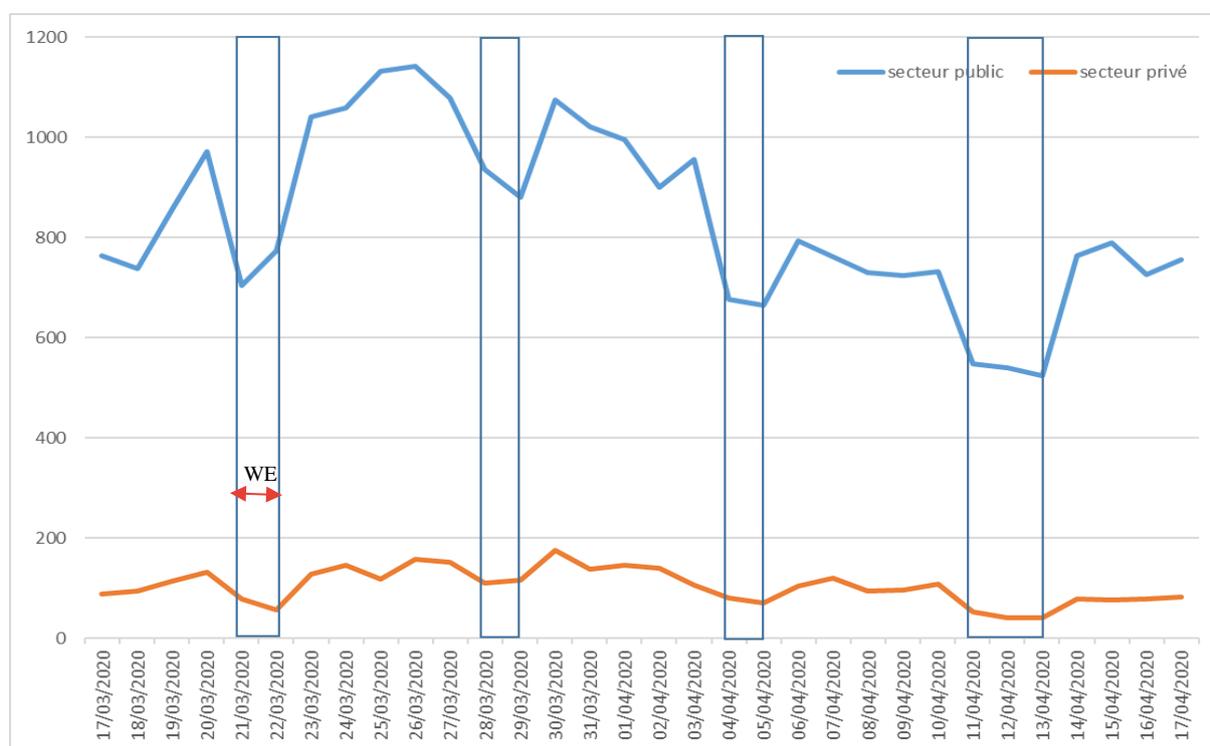
Graphique n° 17 : répartition des sorties de réanimation en fonction des jours de la semaine en 2020



Source : Cour des comptes, d'après les données de l'ATIH, PMSI, 2020

Ce constat est valable en toutes circonstances, y compris au moment du pic d'activité de la crise sanitaire liée à la covid 19 en réanimation ou surveillance continue, alors même que l'activité programmée non urgente était suspendue. Ceci concerne aussi bien le secteur public que le secteur privé. Seule l'amplitude de ces variations diffère. En temps ordinaire, la baisse des entrées journalières le week-end en réanimation est de 30 %¹⁷⁸. Durant la première vague (17 mars au 17 avril 2020), la baisse des entrées journalières le week-end en réanimation a été de 23,4 %.

Graphique n° 18 : évolution des entrées quotidiennes en réanimation durant le pic d'activité lié à la première vague de la crise sanitaire (17 mars – 17 avril 2020)



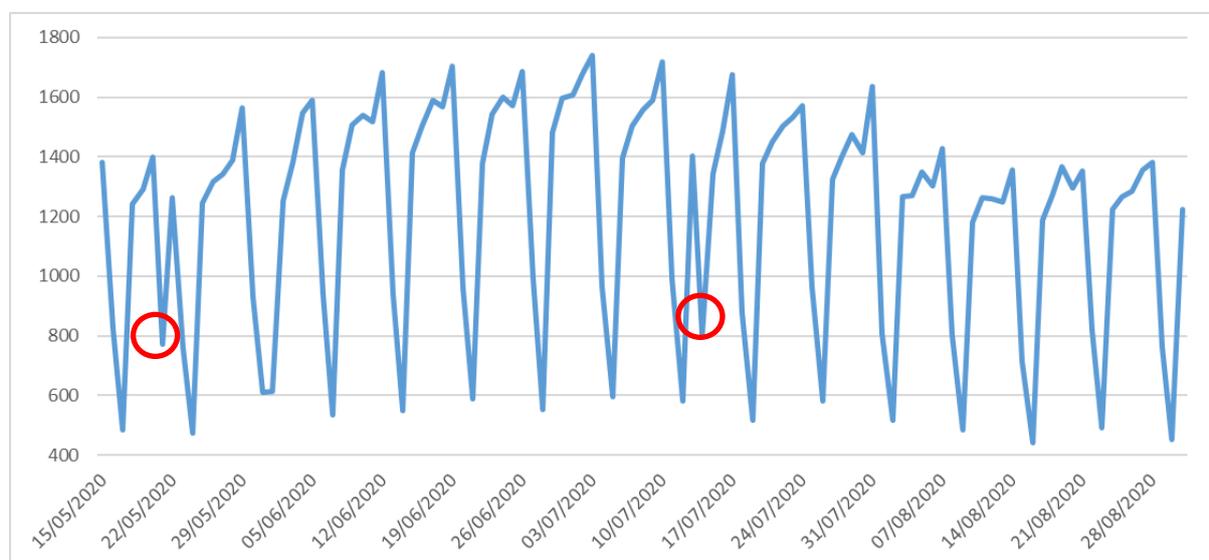
Source : Cour des comptes d'après les données ATIH, PMSI, 2020

Enfin, l'évolution des entrées et des sorties de surveillance continue suit le même rythme de fonctionnement que les unités de réanimation. Les amplitudes entre la semaine et le week-end sont plus marquées encore : en temps ordinaire, la baisse des entrées journalières le week-end en surveillance continue est de 50 %¹⁷⁹. Durant la première vague (17 mars au 17 avril 2020), la baisse des entrées journalières le week-end a été de 39,6 %.

¹⁷⁸ Chiffres établis en réalisant la moyenne des entrées journalières en semaine et les jours de week-end. Exemples : durant la première semaine de janvier 2020, la baisse des entrées journalières en réanimation a été de 32,4 % le week-end au regard des entrées journalières de semaine, et de 29,4 % en octobre 2020.

¹⁷⁹ Chiffres établis en réalisant la moyenne des entrées journalières en semaine et les jours de week-end. Exemples : durant la première semaine de janvier 2020, la baisse des entrées journalières en surveillance continue a été de 52,8 % le week-end au regard des entrées journalières de semaine, et de 49,7 % en octobre 2020.

Graphique n° 19 : évolution des sorties quotidiennes de surveillance continue au plan national (du 15 mai et 31 août 2020)



Source : Cour des comptes d'après les données ATIH, PMSI, 2020

Note de lecture : l'activité réalisées les jours fériés du 21 mai 2020 et 14 juillet 2020 sont mentionnés en rouge sur le graphique

b) Une double explication à ce constat qui a pour conséquence une indisponibilité récurrente des lits de soins critiques

Comme le montre l'analyse des parcours, l'activité de soins critiques est fortement dépendante de l'activité hospitalière au sens large. Ainsi une partie de l'activité de soins critiques se fait dans un cadre programmé pour des prises en charge lourdes dans le cadre de procédures chirurgicales ou interventionnelles. La mise en œuvre de ces procédures nécessite de réunir des équipes spécialisées aussi bien médicales que paramédicales. Ces compétences sont rares et la permanence des soins ne peut être organisée le week-end au même niveau que la semaine. Dès lors, il est logique et attendu qu'une partie de l'activité des soins critiques diminue le week-end, du fait de cet arrêt des procédures programmées. Cependant, le volume d'activité que représente ces hospitalisations programmées n'est pas suffisant à lui seul pour expliquer l'importante chute d'activité en soins critiques les samedis, dimanches et jours fériés. En effet, si en moyenne 30 % des entrées en USC se font depuis un service de chirurgie, la baisse d'activité le week-end de ces services est proche de 50 %.

Une deuxième explication est apparue au cours des entretiens menés par la Cour. Elle est liée au moindre niveau de prise de décision médicale le week-end dans les services hospitaliers en aval des soins critiques. En effet, les samedis et dimanches, la présence médicale de médecins seniors est restreinte dans les établissements hospitaliers publics comme privés. En dehors des services d'urgence (adultes, pédiatriques ou de gynécologie-obstétrique) et de soins critiques, le reste des services hospitaliers est très majoritairement placé sous la responsabilité médicale des internes supervisés (par téléphone) par des médecins seniors qui ne sont pas physiquement présents dans les établissements. Ce niveau d'encadrement médical minimal, qui permet de garantir les soins courants et la sécurité des prises en charge, ne permet cependant pas d'assurer les décisions quant au devenir des patients accueillis, et par là même les

mouvements d'entrées et de sorties des services de médecine ou de chirurgie qui représentent pourtant les principales structures d'aval des services de soins critiques. Dès lors que les patients sortent moins des services d'hospitalisation conventionnelle, les soins critiques ne sont pas en mesure de procéder à leurs propres mouvements de sortie de patients. C'est donc une partie de la chaîne de prise de décision qui est bloquée les jours non ouvrables.

Cette situation ne va pas sans poser de problèmes. D'une part elle induit de fait une indisponibilité de lits MCO le week-end dans l'ensemble des hôpitaux. En effet, une part importante des lits d'hospitalisation conventionnelle accueille des patients qui pourraient regagner leur domicile. Faute de prise de décision, ces sorties sont reportées au lundi générant des pics d'activité pour l'ensemble du personnel et un séjour hospitalier injustifié pour le patient. Plus grave, cette situation induit mécaniquement une indisponibilité d'une partie des lits de réanimation et de surveillance continue le week-end et ne permet pas de proposer aux patients se présentant aux urgences des lits d'hospitalisation, générant un effet d'accumulation de patients le dimanche soir aux urgences.

Cette absence de prise de décision médicale le week-end s'explique.

La loi HPST de 2009¹⁸⁰ a érigé la permanence des soins en établissement de santé (PDES) en mission de service public financée par une enveloppe financière spécifique. Le schéma régional de la PDES prévu par cette loi a vocation à décrire l'organisation de la prise en charge des patients au sein des établissements de santé en dehors des heures et jours ouvrables. Cette réforme s'est concrètement traduite par une mutualisation des lignes de garde et d'astreinte médicales¹⁸¹ entre établissements de santé à l'échelle d'un territoire avec quatre objectifs :

- garantir l'effectivité de la permanence des soins pour les patients et en accroître la lisibilité pour les citoyens ;
- diminuer le temps de travail médical en dehors des heures ouvrables afin notamment d'éviter la multiplication des droits à repos compensateurs le jour suivant une garde. Cette mesure réglementaire s'avère en effet difficile à garantir dans un contexte de pénurie médicale, tout particulièrement pour les spécialités dites « à gardes » comme les MIR ou MAR ;
- diminuer la masse financière consacrée à la permanence des soins, notamment en diminuant les compléments de rémunérations versés à des praticiens dans le cadre d'astreintes locales peu ou pas sollicitantes. En effet, les rémunérations au titre de la permanence des soins ont parfois été utilisées comme des compléments salariaux sans réelles contreparties ;
- renforcer la participation de la médecine libérale à la permanence des soins sur un territoire.

¹⁸⁰ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

¹⁸¹ Dans les établissements publics de santé, la réglementation précise que la permanence des soins peut prendre la forme :

- d'une permanence à l'hôpital impliquant la présence continue (parfois dénommée « garde sur place ») dans l'enceinte de l'hôpital considéré du ou des praticiens qui l'assurent ;
- d'une astreinte opérationnelle à domicile de nuit, de samedi après-midi, de dimanche et de jour férié caractérisée par des appels réguliers, impliquant l'obligation pour le praticien de rester à la disposition de l'établissement à son domicile ou en lieu voisin pendant toute la durée de l'astreinte et de répondre à tout appel ;
- d'une astreinte de sécurité de nuit, de samedi après-midi, de dimanche et de jour férié dans des disciplines donnant lieu à des appels peu fréquents.

Cette réforme, louable dans ses objectifs de lisibilité et de maîtrise de la dépense, a néanmoins abouti à fortement diminuer le nombre de médecins présents dans les services de soins hospitaliers les jours non ouvrables, tout en concentrant l'activité de permanence des soins sur un nombre plus réduit de praticiens. Or, la charge en soins des patients en sortie de soins critiques ou les comorbidités justifiant des techniques particulières rares (dialysés chroniques par exemple), nécessite une présence médicale tout particulièrement à l'admission du patient dans un service hospitalier en aval des soins critiques. De ce fait, et comme l'exprime la DGOS dans sa réponse à la Cour, « *les patients de soins critiques sont moins souvent transférés en hospitalisation MCO le week-end car les médecins de soins critiques sont réservés à l'idée de transférer leurs patients fragiles dans des structures avec une présence médicale moindre le week-end* ».

Un autre facteur évoqué par le CNP ARMPO est la réduction assez souvent observée des effectifs soignants présents dans les structures hospitalières d'aval durant les congés de fin de semaine (du fait de la baisse de l'activité programmée). Dans ces conditions les sorties de soins critiques peuvent être retardées, moins par manque de médecins¹⁸², que par un manque de personnel paramédical pour en assurer l'accueil.

S'il n'est pas envisageable de supprimer totalement les fortes variations d'activité en soins critiques en fonction des jours de la semaine, il paraît néanmoins possible d'en atténuer les effets. La solution ne passe vraisemblablement pas par la création de nouveaux lits d'aval sans modifications organisationnelles, sous peine de reproduire les mêmes difficultés. La possibilité de dédier des lits de médecine conventionnelle à la prise en charge des patients en sortie de soins critiques pourrait être utilement envisagée, avec pour ce faire une présence médicale et paramédicale constante et renforcée, quel que soit le jour de la semaine. Cette solution ne doit pas aboutir à la création d'une nouvelle strate, mais à identifier, au sein des secteurs d'hospitalisation conventionnelle existants, des services en capacité de prendre en charge 24h/24h et 7j/7j des patients en sortie de soins critiques. Le fonctionnement par filières de soins (en particulier cardiologique, pneumologique, neurologique) permettrait par exemple au sein d'un CHU, d'un CH de grande taille ou à l'échelle d'un GHT, d'identifier un service de spécialité (ou une partie d'un service) doté d'effectifs paramédicaux constants le jour comme la nuit, en semaine et pendant les week-ends ainsi qu'une présence médicale senior permanente (garde sur place ou astreinte opérationnelle). Ces unités de médecine « post-soins critiques » pourraient faire l'objet d'une expérimentation dans un nombre réduit d'établissements, afin d'en évaluer l'impact sur le rythme des admissions en soins critiques.

¹⁸² La sortie de réanimation se fait pour des patients stables et les prescriptions sont faites par le réanimateur en amont.

III - Préparer l'avenir des soins critiques

A - La crise des ressources humaines doit être résorbée et l'augmentation des besoins anticipée

Les soins critiques adultes et enfants hors néonatalogie¹⁸³ employaient, à la fin de l'année 2018, 53 715 ETP, soit l'équivalent de 9 % des effectifs médico-soignants des secteurs MCO. 52 % relevaient du corps infirmier, 31 % étaient aides-soignants et 11 % médecins. D'autres professionnels, comme des psychologues ou des masseurs-kinésithérapeutes interviennent également mais en nombre beaucoup plus réduit et souvent à temps partiel.

La crise liée à la covid 19 est intervenue dans un contexte de fragilité structurelle des ressources humaines, avec des tensions sur le recrutement des médecins et un important *turn-over* d'IDE qui traduit la difficulté à fidéliser ces personnels et conduit très régulièrement à la fermeture de lits de réanimation.

1 - Médecins : conserver la pluridisciplinarité des soins critiques et augmenter les effectifs des médecins réanimateurs

Sur un total de 6 060 ETP de médecins exerçant en soins critiques, les USC adulte, la réanimation adulte et les soins intensifs hors néonatalogie en représentent respectivement 2 184, 2 106 et 1 471. La moitié des effectifs médicaux en surveillance continue et le tiers en réanimation y exercent à temps partiel. Une enquête récente pilotée par le Collège national des enseignants d'anesthésie et de réanimation¹⁸⁴ montre qu'en réanimation, seules unités dont la composition de l'équipe médicale est réglementée¹⁸⁵, on compte 1 médecin pour 2,03 lits et 1 pour 4,32 lits en USC. La participation de médecins extérieurs à l'unité de soins critiques varie selon les services et établissements, pouvant aller de 0 %¹⁸⁶ à 70 %. En 2012, une enquête a montré que 30 % des plages de garde dans les unités de réanimation sont effectuées par des médecins extérieurs¹⁸⁷.

¹⁸³ Unités de réanimation, de soins intensifs hors néonatalogie et de surveillance continue

¹⁸⁴ B. Veber et Al., Démographie médicale en réanimation et soins continus en France en 2018. Quels sont les besoins ? Anesth Reanim 2019.

¹⁸⁵ Article D. 6124-31 du CSP : « L'équipe médicale d'une unité de réanimation adulte comprend : 1° Un ou plusieurs médecins qualifiés compétents en réanimation ou titulaires du diplôme d'études spécialisées complémentaire de réanimation médicale lorsqu'il s'agit d'une unité à orientation médicale ou médico-chirurgicale ; 2° Un ou plusieurs médecins qualifiés spécialistes ou compétents en anesthésie-réanimation ou qualifiés spécialistes en anesthésiologie-réanimation chirurgicale lorsqu'il s'agit d'une unité à orientation chirurgicale ou médico-chirurgicale ; 3° Le cas échéant, un ou plusieurs médecins ayant une expérience attestée en réanimation selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la santé ».

¹⁸⁶ À l'AP-HP par exemple, où les compléments de garde sont plutôt assurés par des internes expérimentés.

¹⁸⁷ Reigner et al., Enquête nationale Réanimation 2012.

a) Une récente réforme du 3^{ème} cycle qui devra être évaluée

Jusqu'en 2017, la réanimation pouvait être exercée :

- soit comme spécialité, par des médecins anesthésistes-réanimateurs (MAR), ou par des médecins ayant obtenu un DESC qualifiant (de type II) en réanimation, ou encore sur décision de la commission de qualification de l'ordre des médecins ;

- soit comme compétence par des médecins qui, conservant leur spécialité d'exercice, avaient obtenu, avant que le DESC en réanimation ne devienne qualifiant en 2006, un DESC non qualifiant (de type I) en réanimation.

Les soins critiques se caractérisent donc par une grande pluridisciplinarité. Ils sont dispensés, non seulement par des anesthésistes-réanimateurs et des réanimateurs, mais aussi par des urgentistes, des pédiatres, des cardiologues (Usic), des neurologues (USINV) et dans une moindre mesure par des pneumologues, hématologues ou néphrologues (soins intensifs spécialisés). En majorité cependant, les médecins exerçant en soins critiques ou dirigeant les unités sont des anesthésistes-réanimateurs. En réanimation, 66,5 % des médecins sont des MAR, 23,2 % des médecins intensivistes-réanimateurs (MIR), 5,5 % des médecins urgentistes et 4,8 % des médecins ayant une autre spécialité. 45 % des lits sont tenus par une équipe médicale exclusivement composée de MAR et 60 % en USC. Selon la société française d'anesthésie-réanimation (Sfar), 45 % des MAR exerçant majoritairement dans les secteurs d'anesthésie participent, par ailleurs, à la permanence des soins dans les secteurs de réanimation.

Cette pluridisciplinarité ainsi que la double spécialité d'anesthésie-réanimation¹⁸⁸, a fait ses preuves. Elle s'est révélée particulièrement précieuse lors de la première phase épidémique de 2020 : ainsi la majorité des effectifs supplémentaires mobilisés provenaient d'unités concernées par la déprogrammation des activités chirurgicales. 85 % des 2 500 médecins renforts étaient des anesthésistes-réanimateurs ayant cessé leur activité d'anesthésie (cf. annexe).

La réforme du troisième cycle des études médicales de 2017 a inauguré une nouvelle spécialité, la « médecine intensive-réanimation » (MIR) et supprimé les DESC¹⁸⁹. Cette création de la spécialité MIR a visé à mieux répondre aux besoins de la population en formant, d'une part et dès le stade de l'internat, des médecins spécialisés uniquement en réanimation pour intervenir principalement dans la prise en charge de patients de la filière médicale présentant des défaillances d'organes et, d'autre part, des MAR, susceptibles d'intervenir principalement pour des défaillances d'organes survenant chez des patients de la filière interventionnelle. MIR et MAR interviennent également dans les réanimations médico-chirurgicales ou polyvalentes principalement situées en centres hospitaliers généraux.

Les deux spécialités MAR et MIR font l'objet d'un co-DES, avec un tronc commun de deux semestres durant lesquels les internes reçoivent une formation théorique et pratique

¹⁸⁸ Cette double spécialisation existe aussi en Italie ou en Allemagne.

¹⁸⁹ À compter de 2018, pour les praticiens hospitalo-universitaires, une nouvelle sous-section « Médecine intensive-réanimation » est apparue au sein de la section « Anesthésiologie, réanimation, médecine d'urgence, pharmacologie et thérapeutique ». Pour les praticiens hospitaliers, la spécialité « médecine intensive et réanimation » a remplacé celle de « réanimation médicale ». Ce choix n'est pas propre à la France, c'est également le cas en Belgique par exemple, mais il n'est pas majoritaire.

commune. La MIR est, depuis deux ans, l'une des sept spécialités prioritaires pour les ouvertures de postes aux ECN.

La réforme du 3e cycle bouscule les équilibres existants entre deux spécialités, dont l'une (MAR) est majoritaire et correspond à une double spécialisation et l'autre (MIR), minoritaire, constitue une spécialité exclusive. Ses conséquences devront faire l'objet d'une évaluation.

b) Des tensions structurelles actuelles et à venir sur les effectifs, plus fortes encore dans certaines unités

La MAR et la MIR intéressent les étudiants en médecine : tous les postes offerts aux ECN sont pourvus. En se référant à un indice d'attractivité des spécialités médicales¹⁹⁰, la MAR, beaucoup plus dotée en postes que la Mir, affiche un meilleur score : elle se classait en 2019 au 11ème rang, la MIR étant 21ème. À l'issue de la 1ère année d'internat, le « droit au remord » des internes ayant choisi la MIR est significatif, de l'ordre de 10 %. Cette hiérarchie pourrait laisser à penser que la MIR, pourtant attractive et promoteur de nombreux protocoles de recherches, pâtit des conséquences de la lourde charge en permanence des soins associée à la réanimation. La MAR offre pour sa part une formation polyvalente ainsi que des possibilités plus importantes de changer de statut d'exercice, pour les médecins qui le souhaiteraient¹⁹¹.

Pour les deux spécialités cependant, des tensions de recrutement existent. Le DES d'anesthésie-réanimation est, avec celui de radiologie, éligible à la prime d'engagement de carrière hospitalière au titre d'un recrutement sur des postes présentant de telles difficultés¹⁹². Les tours de recrutement de praticiens hospitaliers effectués chaque année par le centre national de gestion des praticiens hospitaliers (CNG) montrent une certaine difficulté de recruter ces médecins sur les spécialités MIR et MAR : le rapport entre lauréats et nouveaux entrants potentiels s'établit à 0,5 pour la MIR, 0,6 pour la MAR, contre 0,72 pour l'ensemble des disciplines. Selon la DGOS, le taux de vacance statutaire¹⁹³ des PH en anesthésie-réanimation (42 %, soit 2 421 postes de MAR) est nettement supérieur à la moyenne (36 %). Celui de la MIR (29,5 % en 2019, soit 225 postes vacants) est stable et significativement inférieur¹⁹⁴. L'enquête nationale précitée réalisée en 2012 montrait que 36 % des unités de réanimation et USC comptaient des postes de médecins vacants¹⁹⁵. Les fédérations hospitalières soulignent

¹⁹⁰ Indice construit en fonction du rang de classement des étudiants choisissant la spécialité.

¹⁹¹ 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.

¹⁹² Arrêté du 14 mars 2017 fixant les modalités d'application des dispositions relatives à la prime d'engagement de carrière hospitalière des assistants des hôpitaux et des praticiens contractuels exerçant leur activité dans les établissements publics de santé.

¹⁹³ Les données disponibles sur les taux de vacance sont difficiles à apprécier : si le CNG connaît le taux de vacance statutaire des postes de PH, il ne mesure pas le taux de vacance réel, les médecins contractuels susceptibles d'occuper ces postes n'étant pas recensés et le taux de vacance fluctuant au cours de l'année.

¹⁹⁴ À l'AP-HP, 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 ARA, le taux de vacance des postes en anesthésie réanimation pour les PH est de 35,8 %. En région Occitanie, 18 % des postes MAR et 16 % des postes de réanimation médicale étaient vacants. Pour sa part, la FEHAP indique, sur les bases d'une enquête réalisée auprès d'un échantillon de ses établissements, le taux de postes effectivement vacants en anesthésie réanimation est de 3,55 % et en réanimation de 3,4 % en USC, des taux relativement faibles au regard d'autres spécialités comme les urgentistes (15 %) ou les gériatres (10 %).

¹⁹⁵ Reigner et al. Enquête nationale 2012 Réanimation (2012).

que les tensions sont renforcées dans les unités isolées et les établissements périphériques, où les médecins réanimateurs partagent leur activité avec d'autres missions (bloc, maternité...) ¹⁹⁶. Certains établissements privés non lucratifs font état de départs de MAR vers des établissements privés lucratifs sans garde.

Des tensions structurelles sont également à venir compte tenu d'une pyramide des âges inquiétante, en particulier pour les Mar. Une enquête conduite par la Sfar au sein des unités de réanimation et USC ¹⁹⁷ montre que le nombre de médecins de plus de 58 ans à remplacer dans les 5 à 8 ans, est de 456 pour les USC et de 308 pour les unités de réanimation, soit 764 médecins dont 70 % MAR. La moyenne d'âge des MAR, certes légèrement inférieure à celle de l'ensemble des médecins spécialistes, est de 50,1 ans, mais avec 40 % de médecins âgés de plus de 55 ans et 22 % entre 60 et 64 ans. Les MIR sont en moyenne plus jeunes (âge moyen de 45,8 ans, avec 20 % seulement ayant plus de 55 ans). Selon une enquête réalisée au 1^{er} trimestre 2021 par le CNP-MIR ¹⁹⁸ auprès de 299 réanimations françaises, plus d'une unité sur deux a au moins un poste médical vacant et le nombre de postes médicaux vacants aurait doublé en dix ans.

c) Augmenter le nombre de médecins formés, favoriser les passerelles, renforcer l'attractivité de l'exercice

Les tensions actuelles et futures sur les effectifs des MAR et MIR comme la prévision d'augmentation des besoins en soins critiques justifient un plan d'augmentation des effectifs. Évaluer les effectifs nécessaires et la montée en charge des effectifs se révèle cependant un exercice complexe.

D'abord, les réponses apportées à la Cour par les sociétés savantes montrent qu'il n'y a pas de véritable consensus sur un nombre exact souhaitable de médecins par lit. La Sfar estime que « *le bon ratio est difficile à donner, il se situe probablement entre 6 à 8 patients par médecin* » ¹⁹⁹, en raison de la variation des besoins, par exemple, selon la taille de l'unité, le type de service – une USC n'ayant pas les mêmes besoins selon qu'elle est ou non adossée à une unité de réanimation – et du fait de la variabilité saisonnière de l'activité. Les contraintes liées à la permanence des soins sont en outre majeures. Dans les CHU, la densité de réanimateurs par lit peut également être affectée par l'importance des tâches d'enseignement et de recherche. La société de réanimation de langue française (SRLF) affirme que « *le sous-effectif médical actuel de 5,5 ETP par service alors que la société Européenne de réanimation²⁰⁰ en recommande entre 8 et 10 ETP est générateur d'épuisement professionnel, de « burn-out », responsable de*

¹⁹⁶ L'ARS Corse signale ainsi deux situations contrastées. Au CH Ajaccio : il n'y a pas de tension compte tenu d'une équipe socle de 15 ETP effectuant à la fois l'activité d'anesthésie bloc et l'activité de réanimation. En revanche, au CH de Bastia, la tension est élevée avec un effectif socle très insuffisant nécessitant le recours à l'intérim de manière continue avec le recrutement de 1.32 ETP en moyenne de praticiens en 2020. 3.5 ETP sont vacants.

¹⁹⁷ B. Veber et al. Démographie médicale en réanimation et soins continus en France en 2018. Quels sont les besoins? *Anesth Reanim* 2019.

¹⁹⁸ Démographie des réanimations françaises, enquête 2021 – Etat des lieux hors pandémie – CNP-MIR

¹⁹⁹ Comme en attestent des publications scientifiques : Association of Intensive Care Unit Patient-to-Intensivist Ratios with Hospital Mortality. Hayley B. Gershengorn, MD ; David A. Harrison, PhD; Allan Garland, MD, MA ; M. Elizabeth Wilcox, MD, MPH ; Kathryn M. Rowan, DPhil ; Hannah Wunsch, MD, MSc. *JAMA*. 2016.

²⁰⁰ European Society of Intensive Care Medicine, ESICM - Valentin et al, *Intensive Care Med.* 2011 37:1575-87.

fragilisation extrême des équipes avec démissions multiples, nécessité d'embauche de personnel remplaçant moins qualifié compromettant la qualité des soins ».

Pour évaluer les besoins respectifs en MIR et en MAR, il convient également de prendre en considération que les MAR formés ont, par définition, des domaines d'exercice variés : la moitié exerce exclusivement en anesthésie, un quart exclusivement en réanimation et un quart en exercice mixte anesthésie et réanimation. Les besoins des patients accueillis dans les services important également. Ainsi, lorsque les deux services de réanimation médicale et de réanimation chirurgicale existent dans un établissement, les MAR ont le plus souvent vocation à exercer en réanimation chirurgicale, les MIR en réanimation médicale. Les MIR justifient notamment la nécessité de recrutements massifs pour leur spécialité par l'étude du *case-mix* des patients hospitalisés dans 11 unités de réanimations polyvalentes : elle fait apparaître un pourcentage de 80 % de patients relevant d'une réanimation médicale²⁰¹.

L'appréciation des besoins doit enfin être confrontée aux capacités de formation. Pour le nombre de postes à ouvrir pour le Co-Desmar/Desmir, la capacité de formation est limitée par l'accès aux stages de réanimation qui doivent être effectués, non seulement par les internes du Co-Desmar/Desmir mais aussi les internes d'autres DES. L'importance des « fuites » liées au « droit au remord » des internes doit, elle aussi, être prise en compte.

En pratique, depuis 2017, le nombre de postes ouverts pour la MIR a progressé de 15 % mais en partant d'un effectif très réduit (64). Celui des postes MAR, beaucoup plus élevé, n'a progressé que de 1,4 point de plus que la progression générale du nombre de postes ouverts aux ECN (+ 3,6 %). La crise sanitaire (cf. *supra*) n'a pas conduit les autorités, en 2020, à modifier sensiblement ces effectifs pour les deux spécialités.

Tableau n° 22 : nombre de postes ouverts en MAR et MIR depuis la réforme de 2017

	2017	2018	2019	2020	%2020-2017
<i>MAR (y.c. contrats d'engagement de service public)</i>	450 (5)	470 (5)	470 (3)	473 (5)	5 %
<i>MIR</i>	64	72	72	74	15,6 %
<i>Nombre total de postes ouverts aux ECN</i>	8 281	8 617	8 507	8 576	3,6 %

Source : Centre national de gestion des praticiens hospitaliers

Au total, l'évolution des postes proposés aux ECN doit, *a minima*, être calibrée en prenant en considération le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques et le nécessaire rattrapage capacitaire en soins critiques pour les régions actuellement sous-dotées.

²⁰¹ Étude réalisée à partir des données de la base Cubrea, en 2015-2016 dans 11 services de réanimation polyvalente.

Il convient naturellement de prévoir une montée en charge du nombre des MIR. Mais la polyvalence des MAR, justifiée en temps ordinaire et qui a de surcroît montré toute son utilité durant la crise sanitaire, doit également être conservée.

La DGOS indique que l'augmentation du *numerus clausus* en 2015 et 2016 permettra d'envisager une augmentation importante du nombre global de postes ouverts aux ECN en 2021 (estimée à + 150 étudiants environ) et 2022 (estimée à + 600 étudiants environ) et constituera un levier important pour amplifier la stratégie d'ouverture des postes dans ces deux spécialités.²⁰²

Une telle progression des effectifs ne suffira cependant pas, à court terme, à compenser les manques dans certaines unités. À l'issue d'une concertation avec les professionnels, des incitations à la double activité – anesthésie et réanimation – pourraient donc 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 pourraient également être envisagée. La Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à domicile privés solidaires (Fehap) a enfin proposé d'autoriser l'exercice professionnel mixte privé-public, en contrepartie d'une charte de modération des salaires qui serait signée par les trois fédérations hospitalières. Par ailleurs, comme l'a proposé la conférence des CHRU, les leviers que constituent la prime d'engagement dans la carrière hospitalière, d'une meilleure valorisation de la permanence des soins – en particulier le week-end et les jours fériés – et la mise en place de meilleurs outils permettant de « *répondre aux souhaits de reconversion professionnelle, aux tentatives de changement de spécialité et aux souhaits de décélération progressive d'activité* », seraient de nature à renforcer l'attractivité comparative de l'exercice hospitalier dans les unités de soins critiques. Une diminution des exigences de garde pour des médecins en fin de carrière pourrait également être envisagée.

2 - Renforcer la reconnaissance des IDE en soins critiques

Trois fois plus nombreux que les médecins, les quelque 28 000 IDE exerçant en soins critiques constituent les « piliers » de ces unités. Ils sont à 95 % non spécialisés – seuls 5 % étant Iade, Ibode ou cadres de santé. 52 % du temps de travail total qu'une équipe hospitalière de réanimation consacre aux soins au lit du patient est effectué par les IDE²⁰³.

²⁰² La DGOS indique également que d'autres leviers sont mobilisés de façon complémentaire en direction des spécialités MIR et MAR, notamment le rehaussement très significatif poursuivi depuis quatre ans du nombre de postes ouverts au concours annuel dit de la Liste A organisé par le CNG pour les praticiens titulaires d'un diplôme hors Union européenne (PADHUE).

²⁰³ D. Combarous, D. Antoine, Journée de formation régionale des IDE d'Auvergne-Rhône-Alpes, distribution des coûts en réanimation, Hospices civils de Lyon, 2017.

a) *IDE en soins critiques : un métier aux compétences hautement techniques, dont il convient de préparer l'exercice*

À la différence de pays comme l'Allemagne, la Belgique ou la Suisse, la France n'exige pas de diplôme de spécialisation infirmier spécifique pour exercer en soins critiques²⁰⁴. Pourtant, prendre en charge et surveiller des patients dans des situations graves et dans un environnement technique complexe et évolutif et à risque infectieux requiert des compétences spécifiques et très techniques. Les sociétés savantes²⁰⁵ ont ainsi décrit un ensemble de savoirs, aptitudes et compétences à posséder pour 13 situations cliniques spécifiques à la réanimation adulte²⁰⁶.

Pourtant, depuis la réforme des études de 2009, la formation initiale des IDE ne les conduit plus à recevoir de manière systématique une formation en réanimation. De plus, aucune des 59 unités d'enseignement prévues pour l'acquisition du diplôme d'État ne concerne spécifiquement la réanimation. Selon la Fédération nationale des infirmières de réanimation, « *les cours dispensés sur la réanimation varient d'un Ifsi à l'autre et atteignent quelques heures au maximum* ». Seule une minorité d'élèves a accompli l'un des six stages de sa formation initiale au sein d'une unité de soins critiques.

Dès 2003, une circulaire²⁰⁷ a rendu obligatoire une formation d'adaptation à l'emploi d'infirmier dans les unités de réanimation. Mais elle n'en a détaillé ni le contenu ni les modalités. En pratique, cette formation est réalisée par compagnonnage. Son format est contraint par l'organisation de la vie de l'unité de soins : ses modalités comme sa durée sont variables. Selon la SRLF, une telle formation, qui nécessite « *deux mois en moyenne pour pouvoir être un minimum autonome sur les pratiques les plus fréquentes* », ne rend pas les IDE autonomes pour les pratiques plus spécialisées²⁰⁸. Il ressort des échanges de la Cour avec médecins et infirmiers, qu'un infirmier en réanimation a besoin d'environ un an d'exercice pour être confiant dans sa pratique et de deux pour être véritablement autonome. La Sfar observe que, contrairement aux exigences de la circulaire de 2003, « *ce temps d'intégration n'est jamais pris en compte dans l'établissement des effectifs des personnels non médicaux, ce qui est source de tensions importantes sur les effectifs des soins critiques* ».

²⁰⁴ Les infirmiers en soins critiques ont le même statut et reçoivent le même traitement et les mêmes primes – récemment réévalués dans le cadre du Ségur de la Santé – que les autres IDE. Ils ne perçoivent pas non plus l'équivalent des primes versées à certains de leurs collègues pour la réalisation de certains actes techniques (par exemple, exposition au sang comme pour les IDE d'hémodialyse).

²⁰⁵ 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).

²⁰⁶ Accompagnement d'un patient en situation de détresse vitale et de ses proches ; patient en situation d'insuffisance circulatoire ; patient en situation d'insuffisance respiratoire aiguë ; patient en situation d'insuffisance rénale aiguë ; patient en situation de défaillance neurologique (agitation incluse) ; le patient sédaté ; le patient polytraumatisé ; nutrition du patient de réanimation ; installation et transport du patient de réanimation ; le patient en fin de vie en réanimation ; le patient en situation de prélèvement multi organes ; prévention du risque infectieux nosocomial chez le patient traité par ventilation mécanique ; compétences complémentaires en pansements et drainages.

²⁰⁷ Circulaire DHOS/SDO n°2003-414 du 27 août 2003 relative aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation.

²⁰⁸ Ecmo, échanges plasmatiques, gestion des patients en mort cérébrale, trachéotomie.

La DGOS indique que la formation des infirmiers devrait être réexaminée en 2021-2022, au regard notamment des leçons tirées de la crise sanitaire. Il conviendrait d'inclure des formations spécifiques aux soins critiques dans le cadre de la formation initiale des IDE et de prévoir, a minima, un stage en unité de soins critiques pour les futurs IDE, afin de pouvoir également, en temps de crise, disposer d'équipes plus aguerries.

b) Réduire le turn-over source de tensions sur les personnes et les organisations

Des effectifs normés mais un exercice professionnel qui reste difficile

Aux termes de l'article D. 6124-32 du CSP, une unité de réanimation doit comporter deux infirmiers pour cinq patients (de jour comme de nuit), soit 0,4 IDE par patient, et un aide-soignant (AS) pour quatre patients, soit 0,25 AS par patient. Selon la DGOS, cela aboutit, compte tenu des exigences liées à permanence des soins, à des ratios de 2,4 ETP annuels d'IDE et d'1,5 ETP annuels d'AS par patient en réanimation. Les USC ne sont pas soumises à de telles exigences réglementaires. L'écart entre les effectifs d'IDE et d'aides-soignants y est dans les faits beaucoup plus faible qu'en réanimation.

L'analyse des données du personnel de réanimation fournies par la SAE (2018) confirme une moyenne annuelle d'ETP d'infirmiers et d'aides-soignants globalement conforme aux exigences réglementaires. Sans démentir le respect global de ces normes, des médecins ont cependant indiqué à la Cour que des écarts peuvent toutefois être constatés à l'occasion d'arrêt maladie et/ou de congés. 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 capacité de respecter les effectifs réglementaires 24h/24, 7j/7 et 365 jours par an. En dernier ressort, le respect des exigences réglementaires est parfois obtenu grâce à des fermetures de lits, ponctuelles ou plus durables.

Des difficultés de recrutement d'IDE en soins critiques existent, en particulier en Île-de-France où les loyers sont élevés comparativement au salaire infirmier et où les contraintes liées aux transports s'ajoutent à celles de la permanence des soins. Plus encore que des difficultés à les recruter, les tensions sur les personnels infirmiers résultent d'une difficulté à les fidéliser, qui se traduit par un *turn-over* important, estimé à 24 % en 2015²⁰⁹ et confirmé par l'ensemble des fédérations hospitalières²¹⁰. À l'AP-HP, le *turn-over* des personnels infirmiers en soins critiques s'est établi l'an dernier à 17 %, à rapprocher du *turn-over* moyen en service de soins conventionnels (13 %) et de celui de l'ensemble des personnels non-médicaux (6,8 %). La Fehap en déplore l'accélération. Selon cette fédération, mais aussi la SRLF, les personnels restent en moyenne environ 2 ans dans un service de soins critiques contre 5 à 10 ans auparavant.

Selon l'ensemble des interlocuteurs rencontrés par la Cour, plusieurs facteurs contribuent à cette accélération :

- des effectifs réglementaires par lit en IDE qui paraissent insuffisants compte tenu de la technicité et de la formation nécessaire des nouveaux arrivants dans les unités ;

²⁰⁹ Jones G et Al, Demographic and occupational predictors of stress and fatigue in French Intensive -care registered nurses and nurse's aides: a cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies* (2015).

²¹⁰ Au sein d'unités visitées ou interrogées par la Cour en région parisienne, le *turn-over* pouvait parfois atteindre 50 %.

- la jeunesse des équipes et le poids psychologique de la gestion de situations difficiles²¹¹ : un patient sur cinq pris en charge en réanimation décède au cours du séjour (données pour l'année 2013, 17 % en 2020)²¹²
- des conditions de travail exigeantes, avec une alternance jour/nuit et souvent une organisation du temps de travail en 12 heures. Demandée par des jeunes professionnels et de surcroît mieux adaptée à des prises en charge lourdes, elle peut induire, dans la durée, une pénibilité supplémentaire²¹³.

Un *turn-over* coûteux pour les établissements

Ce *turn-over* fragilise les équipes soignantes, avec une perte de la mémoire professionnelle collective. Une proportion toujours plus importante du temps de travail est consacrée à la formation des nouveaux arrivants. Des infirmiers se retrouvent en situation de former de jeunes arrivants en ayant seulement 2 ou 3 ans d'expérience. Pour chacun des membres de l'équipe, il est générateur de stress et de fatigue. Au total, par son importance et ses conséquences, le *turn-over* engendre des tensions qui favorisent à leur tour des départs plus rapides, créant ainsi une spirale préjudiciable au service.

Concernant les effectifs réglementaires, la DGOS travaillait avant la crise sur une réforme des autorisations d'activité de soins, avec comme principale piste, celle de faire évoluer le mode de calcul « par patient présent » vers un mode de calcul « par lit installé ». Cette différence aurait pour principale conséquence d'organiser les services et les équipes, non en fonction de l'activité réelle, mais de l'activité potentielle, et de garantir ainsi une meilleure capacité de prise en charge. Une telle piste favoriserait une plus grande souplesse dans l'organisation des unités de réanimation, en préservant des « marges » utiles en période de sur-activité. Il n'était en revanche pas prévu, avant la crise liée à la covid 19, une réévaluation du ratio de deux infirmiers pour cinq patients présents en réanimation.

Les Conseils nationaux professionnels de médecine intensive réanimation (CNP-MIR) et d'anesthésie-réanimation médecine péri-opératoire (CNP-Armpo) ont proposé aux autorités sanitaires de faire évoluer le ratio réglementaire en réanimation à un infirmier pour deux lits installés. Une première approximation, effectuée sur la base de la SAE 2018, montre toutefois que cette réévaluation, à supposer qu'elle soit nécessaire pour la qualité des soins, impliquerait le recrutement de plus de 3 000 ETP, soit l'équivalent de près de 10 % des infirmiers formés en une année²¹⁴. Cela paraît élevé, surtout si l'on prend en compte la nécessaire augmentation capacitaire pour faire face au vieillissement de la population et réduire les écarts régionaux de recours aux soins critiques.

Les moyens d'améliorer la formation et l'attractivité de l'exercice en soins critiques font l'objet de réflexions. Certaines s'inscrivent dans un projet de réforme globale de la formation

²¹¹ Au sein des établissements hospitaliers, 23 % des décès a lieu dans un service de réanimation (14,6 %), de soins intensifs (3,4 %) ou de surveillance continue (5 %), alors même que ces services ne réalisent que 4,3 % des séjours.

²¹² V. Lindecker-Cournil, Mortalité après un séjour en réanimation en France en 2013—Étude à partir des bases de données médico-administratives, Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique (2019).

²¹³ Selon des travaux réalisés par l'Anap, si 74 % des équipes sont satisfaites de ce mode d'organisation du temps de travail, sa réussite nécessite un vrai projet d'organisation du service et d'améliorer la gestion des transmissions.

²¹⁴ Selon la Drees, 26 000 diplômes d'infirmiers ont été délivrés en 2017, un nombre en augmentation de 80 % par rapport au début des années 2000.

initiale des infirmiers, avec par exemple un tronc commun de deux ans et une année sur une option d'exercice la troisième année. La nouvelle Fédération nationale des infirmiers en réanimation propose pour sa part la mise en place d'une formation reconnue, permettant l'accès à un statut, à créer, d'infirmier en réanimation. Une telle formation pourrait, ou non, être rendue obligatoire pour exercer dans des unités de soins critiques. Si une obligation générale paraît inutile et déraisonnable, la possibilité pour les unités de disposer d'infirmiers référents, diplômés paraît préférable. Cette option permet tout à la fois de mieux reconnaître les compétences en soins critiques, d'améliorer la qualité des soins et de donner des perspectives professionnelles à des infirmiers acceptant de suivre une formation continue et de se soumettre aux exigences liées à leur reconnaissance, améliorant ainsi la stabilité des équipes²¹⁵.

De plus, afin de disposer d'un vivier de personnels compétents en cas de crise, des modules de formation paramédicale initiale et continue devraient être prévus de manière systématique dans tous les établissements publics et privés afin de permettre, en cas de besoin, une mobilisation rapide de personnels en soins critiques.

B - L'avenir des soins critiques sur le plan matériel doit aussi être préparé

1 - Équipements et architecture des bâtiments : des exigences réglementaires rigoureuses pour la seule réanimation, qui laissent à l'écart la bonne intégration des soins critiques et l'objectif de leur modularité

Compte tenu de la gravité de l'état des patients accueillis en réanimation et des risques, en particulier infectieux associés, des dispositions réglementaires issues du décret du 5 avril 2002²¹⁶ posent des exigences strictes concernant la capacité minimale (8 lits) et l'organisation architecturale des unités de réanimation, qui sont seules soumises à autorisation. Les équipements et tous les aspects bâtimentaires font l'objet de recommandations très détaillées dans la circulaire d'application du 27 août 2003.

Les conditions techniques de fonctionnement (équipement et bâtimentaire) en soins intensifs adultes ne sont en revanche pas listés par voie réglementaire autrement que de manière générale (ils doivent pouvoir « *assurer la mise en œuvre prolongée de techniques spécifiques, l'utilisation de dispositifs médicaux spécialisés* »). La circulaire de 2003 recommande, pour les seules Usic, une série d'équipements à titre indicatif²¹⁷. De même, les équipements des unités de surveillance continue ne font l'objet d'aucune prescription réglementaire. La circulaire de

²¹⁵ Il s'agit d'une autre logique que celle qui inspire le statut d'infirmier de pratique avancée.

²¹⁶ Art. D. 6124-27 du CSP notamment, issue du décret n° 2002-466 du 5 avril 2002, complété et modifié par le décret n° 2006-74 du 24 janvier 2006 et circulaire DHOS/SDO n° 2003-413 du 27 août 2003 précitée.

²¹⁷ La circulaire recommande que l'unité comporte au minimum et par lit : les fluides et l'aspiration disponibles ; un saturomètre, un module de pression non invasive, un module de surveillance ECG avec alarme de fréquence haute et basse avec répéteur central. Pour l'unité, sont nécessaires : un module de débit cardiaque et de pression invasive en discontinu ; un respirateur de transport ; 2 ECG numérisés à 3 pistes avec démarrage instantané et déroulement de papier en continu ; 1 défibrillateur externe ; un chariot d'urgence ; 2 stimulateurs d'entraînement électro-systolique.

2003 recommande que les USC ne prennent en charge, en aucun cas, des patients traités par assistance ventilatoire de façon prolongée. Elle recommande aussi le regroupement des lits dans une unité individualisée²¹⁸.

De fait, comme l'observe l'Anap, soins intensifs et USC ne font l'objet que d'une reconnaissance contractuelle des ARS, « *sans dossier type ni cahier des charges et souvent sans visite sur site pour vérifier la conformité des conditions techniques de fonctionnement avec la circulaire [du 27 août 2003] et les recommandations des sociétés scientifiques, Sfar et SRLF, et des ARS elles-mêmes* »²¹⁹.

a) Pour la réanimation, des exigences réglementaires rigoureuses, tant pour l'architecture des unités que des équipements

Pour les unités de réanimation, des exigences bâtementaires rigoureuses imposent la séparation de trois zones.

En termes d'organisation architecturale, la réglementation exige qu'une unité de réanimation dispose d'une pièce, en son sein ou à proximité immédiate, permettant aux médecins d'assurer la permanence médicale sur place vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année²²⁰. Elle prévoit aussi qu'une unité de réanimation dispose de locaux distribués en trois zones, dont la description recommandée est détaillée par la circulaire de 2003:

1° « *Une zone d'accueil, située en amont de la zone technique et de la zone d'hospitalisation, permettant le contrôle des flux entrants de personnels, de malades, de visiteurs et de matériels* ». Les recommandations concernant cette zone mentionnent qu'elle comporte le secrétariat, une salle d'attente pour les familles et visiteurs, une salle réservée aux entretiens particuliers avec les familles, et un sas leur permettant de revêtir une tenue de service. L'entrée des visiteurs ou des familles est indépendante de celle des malades, du personnel et des approvisionnements ;

2° « *Une zone d'hospitalisation* ». Les recommandations de la circulaire sont très précises : cette zone doit comporter un couloir de circulation d'une largeur d'au moins 2,5 mètres ; un poste de surveillance (ou plusieurs, si l'unité comporte plus de 8 lits) situé au centre de la zone d'hospitalisation pour assurer une vision maximale sur les chambres et la surveillance continue des malades et qui contient tous les dispositifs d'alarmes et de surveillance à distance ;

3° « *Une zone technique de nettoyage, de décontamination et de rangement de matériel* ». Selon la circulaire, elle doit être localisée au plus près de la zone d'hospitalisation, avec un local pour la pharmacie, l'office alimentaire destinés aux patients ; un espace de nettoyage et de décontamination ; un local à ménage ; les locaux pour le rangement du linge propre et le stockage du linge sale.

²¹⁸ Les dernières recommandations des sociétés savantes sur l'organisation des USC (2018) évoquent la possibilité de procéder au regroupement des lits dans une unité géographique ou des lits isolés au sein des réanimations qui sont tantôt des lits de réanimation, tantôt des lits d'USC selon le profil des patients.

²¹⁹ Anap – Premiers éléments d'organisation des soins critiques en France.

²²⁰ Art. D. 6124-28 du CSP.

La circulaire recommande également que, pour l'ensemble de l'unité de réanimation, les revêtements de sols et les revêtements muraux soient lisses et disposent de caractéristiques techniques qui permettent le traitement acoustique et la réduction des nuisances sonores, le nettoyage et la désinfection des locaux dans le respect des règles d'hygiène. Les revêtements de sol doivent permettre le déplacement aisé des lits et des brancards et présenter une bonne résistance au trafic important. Les faux plafonds des chambres des malades doivent être lisses et étanches. Des normes techniques doivent également être respectées concernant l'alimentation électrique et les réseaux de fluides médicaux.

Les pré-requis pour l'équipement des unités de réanimation

L'activité de réanimation²²¹ ne peut être autorisée que si l'établissement de santé dispose sur place vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année : 1° des équipements mobiles permettant de réaliser, éventuellement dans les chambres de l'unité de réanimation lorsque les conditions de prise en charge du patient le justifient, des examens de radiologie, d'échographie et, pour la réanimation adulte, d'endoscopie bronchique et digestive ; 2° d'un secteur opératoire organisé de façon à mettre à la disposition de l'unité au moins une salle aseptique et des moyens de surveillance post-interventionnelle ; 3° de moyens techniques permettant de pratiquer les examens en scanographie, angiographie et, pour la réanimation adulte, imagerie par résonance magnétique ; 4° d'un laboratoire en mesure de pratiquer des examens de bactériologie, hématologie, biochimie ainsi que ceux relatifs à l'hémostase et aux gaz du sang. Pour sa part, le fonctionnement d'une unité de soins intensifs est organisé de façon qu'elle soit en mesure d'assurer la mise en œuvre prolongée de techniques spécifiques, l'utilisation de dispositifs médicaux spécialisés.

L'annexe IV de la circulaire de 2003 donne la liste indicative des matériels nécessaires au fonctionnement des unités de réanimation : deux électrocardiographes numérisés à trois pistes avec démarrage instantané et déroulement de papier en continu ou un seul si un autre appareil de ce type est déjà utilisé dans une unité située à proximité de l'unité de réanimation ; un appareil de mesure de débit cardiaque ; un stimulateur d'entraînement systolique ; deux défibrillateurs ou un seul si un autre appareil de ce type est déjà utilisé dans une unité située à proximité de l'unité de réanimation ; un dispositif de pesée ; un dispositif d'épuration extra-rénale et un appareil de repli ; un dispositif de surveillance et de ventilation pour le transport ; des moyens de communication et d'appels d'urgence ; un chariot avec matériel d'urgence ; deux fauteuils ergonomiques adaptés à l'état physiologique des patients.

La configuration des chambres de réanimation

L'annexe III de la circulaire détaille la configuration souhaitable des chambres de réanimation, qui ne devraient comprendre qu'un seul lit : vitrages doubles avec stores pour favoriser tant la surveillance permanente que l'intimité du patient, largeur minimale de la porte d'accès, nombre de points d'eau, éclairage de la chambre en diffusion indirecte pour ne pas éblouir le patient, ventilation dont le renouvellement minimum de l'air est de 6 volumes par heure, réglage de la température entre 22°C et 26°C, paillasse pour la préparation des soins, éléments de rangements suspendus et mobiles pour faciliter le nettoyage, constitués de matériau inaltérable, lisse non poreux, sans joint, résistant aux nettoyages fréquents et aux produits de

²²¹ Art. D. 6124-28 du CSP.

désinfection. En ce qui concerne les fluides médicaux, le nombre minimal de prises murales par chambre est de 2 pour l'oxygène, 3 pour le vide et 1 pour l'air. Lorsque la chambre possède un bras plafonnier mobile équipé de prise de fluides médicaux, celles-ci doivent être doublées par des prises murales. Toutes les chambres d'une unité de réanimation comportent : l'arrivée des fluides médicaux et l'aspiration sous vide ; un lit spécialisé ; un ventilateur de réanimation par lit ; un dispositif de surveillance multiparamétrique avec report d'informations ; des dispositifs électriques de perfusion ; un lave-mains d'usage médical.

Des exigences et recommandations parfois difficiles à respecter pour la réanimation, d'autant que les besoins évoluent

Tant les sociétés savantes que les ARS ou les établissements de santé témoignent de contraintes pour l'application de ces règles et recommandations dans les unités de réanimation.

Historiquement, d'abord, les services de réanimation étaient fréquemment situés dans les sous-sols des hôpitaux, sans lumière naturelle. Les conséquences délétères tant pour les patients que pour les soignants sont maintenant bien établies et un éclairage par lumière naturelle est indispensable, car la plupart des patients sont conscients et ont besoin de maintenir un cycle jour/nuit durant leur hospitalisation : cela représente parfois un défi architectural.

Historiquement aussi, les services de réanimation étaient « fermés » et peu accessibles aux familles. Ce n'est plus le cas aujourd'hui : il faut donc ajouter des locaux et des circulations pour les familles, ce qui se révèle parfois difficile.

Les équipements biomédicaux nécessaires par lit/patient ont beaucoup augmenté en quelques années rendant certaines chambres trop petites. Or le lien entre ergonomie et sécurité est fort. L'ARS Île-de-France observe ainsi que le mode de fonctionnement des soins critiques est très dépendant de l'ancienneté des bâtiments (fonction du type d'établissements), avec par exemple, pour les bâtiments anciens, une exigüité et des difficultés sur la taille des chambres, l'absence de chambre seule, etc.

À l'AP-HP, ce qui fait le plus souvent défaut est l'espace dédié à l'accueil et à la rencontre des familles et aux locaux techniques de rangements des arsenaux (très volumineux) ce qui entraîne des débordements dans les couloirs non prévus pour cela et peu efficaces pour les organisations de travail ainsi que pour l'accueil des proches.

Parmi les dysfonctionnements relevés par les sociétés savantes, on notera en particulier : des services en sous-sol sans lumière naturelle, une lumière naturelle de premier jour uniquement pour les patients ou uniquement pour les soignants, des zones d'accueil et de vie pour les familles des patients insuffisamment dimensionnées, le manque d'espaces de réserve qui entraîne le stockage des matériels lourds dans les couloirs, l'absence de box individuels et la taille insuffisante des chambres (CNP Armpo) ; une mauvaise visibilité de certaines chambres par le personnel paramédical, des zones de repos paramédical et des zones de stockage au sein des services insuffisamment dimensionnées, un stockage de matériel lourd à distance, des bureaux médicaux à distance des patients dans les projets architecturaux récents, une surface de recherche clinique non prévue (SRLF).

b) L'intégration des soins critiques au sein de l'établissement et leur modularité, peu réglementée, est parfois difficile à bien réaliser

Les recommandations de la circulaire de 2003

Une bonne intégration des soins critiques au sein de l'établissement est décisive pour les parcours des patients, qu'il s'agisse de sa sécurité – patients en état critique susceptibles d'être difficilement transportables pour des examens ou interventions – ou de sa fluidité (possibilité d'un passage de réanimation en surveillance continue et retour en réanimation si nécessaire).

Par ailleurs, y compris hors contexte épidémique liée à la covid 19, l'activité de réanimation est une activité relativement « saisonnière », avec des pics d'activité réguliers (période d'épidémie grippale, canicule) ou exceptionnels (accident industriel, pandémie). Cela rend souhaitable une modularité des unités de soins critiques, avec la possibilité de transformer des lits en fonction de l'état des patients hospitalisés, tant pour améliorer les prises en charge que pour une meilleure efficacité du fonctionnement hospitalier. La SRLF observe ainsi que le personnel paramédical est normé pour les soins critiques de façon distincte pour la réanimation et les soins intensifs/surveillance continue ainsi que pour les infirmiers et aides-soignants. Les structures présentant un ratio soignant/lit obsolète connaissent immanquablement des difficultés de fonctionnement. Une souplesse architecturale très importante doit être envisagée pour que les ratios de soignants/lit puissent être respectés et s'adapter de façon fluide lors des pics d'activités de réanimation et inversement lors d'activité prédominante de soins intensifs. Enfin, la modularité des structures doit également permettre une gestion souple de l'aéroulque, tant en pression positive que négative afin de pouvoir isoler des modules de taille variables en fonction des besoins (pression négative dans le cas d'une épidémie infectieuse ; pression positive pour les patients en immunodépression).

En pratique, les conditions d'intégration des unités de réanimation dans l'établissement, comme de mutualisation avec les USC, font l'objet de recommandations, formulées dans la circulaire de 2003.

Cette dernière décrit en premier lieu certaines conditions d'intégration qui devraient être respectées pour les unités de réanimation « *lors de leur création ou de la reconstruction d'une unité existante* ». La réanimation devrait être située au même niveau et à proximité des structures liées à son fonctionnement : service d'accueil des urgences, bloc opératoire, service d'imagerie médicale, surveillance continue. Les circulations entre l'unité de réanimation et les structures liées à son fonctionnement doivent être les plus courtes possibles et distinctes des circulations réservées aux visiteurs, aux familles et aux consultants externes.

Elle précise ensuite que, dans le cas où un établissement de santé dispose d'une unité de surveillance continue et d'une unité de réanimation, « *il importe que la capacité de l'unité de surveillance continue soit suffisamment importante pour ne pas entraver les conditions de transfert des patients d'une unité à l'autre* » : les capacités de l'unité de surveillance continue doivent être au moins égales à la moitié des capacités de l'unité de réanimation et ces deux types d'unités situées à proximité l'une de l'autre.

La circulaire de 2003 établit également des recommandations de proximité des USC avec les unités de réanimation et de taille des USC ainsi adossées, mais ces recommandations ne sont pas opposables.

Une intégration et des mutualisations souvent délicates à réaliser

La volonté de rapprocher réanimations et surveillance continue est partagée au sein de nombreux établissements de santé. Aux Hospices Civils de Lyon par exemple, dès que cela est possible, les unités de réanimation et de surveillance continue sont localisées en proximité immédiate car les équipes médicales et soignantes sont communes au sein de chaque établissement. Au CH du Mans, depuis 2017, les unités de réanimation et d'USC sont regroupées dans un même service et sous l'autorité d'un seul chef de service, en vue de promouvoir une organisation cohérente des soins critiques dans l'établissement, une meilleure attractivité du service et une mutualisation du personnel ainsi que de la permanence des soins.

Mais tel n'est pas, ou n'a pas toujours été, le cas partout et cela pour une diversité de raisons. Aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, sur le plan managérial et de manière générale, les unités de soins critiques sont relativement éclatées. Cela tient à la fois à l'organisation géographique de l'établissement sur deux sites principaux, qui hébergent chacun des lits de réanimation et de surveillance continue, aussi bien dans les filières médicales que chirurgicales, qu'à une culture historique ayant privilégié, jusqu'à récemment, un management des USC par les équipes médicochirurgicales plutôt que par les équipes MIR et MAR. La réanimation est organisée dans le cadre de deux pôles distincts : la partie médecine intensive réanimation partage un pôle avec le Samu et les urgences, et la partie réanimation chirurgicale relève du pôle d'anesthésie-réanimation. Dans les deux cas, chaque site dispose de son propre service MIR et de son propre service MAR, avec les chefferies de service associées. Les USC sont globalement rattachées à 6 pôles médico-chirurgicaux distincts, localisées et managées en leur sein. Une démarche institutionnelle d'adossement de l'ensemble des USC à un secteur de réanimation est engagée depuis mi-2020, en déclinaison des priorités stratégiques inscrites au projet d'établissement.

Même lorsqu'il est souhaité, un tel rapprochement, de même qu'une bonne intégration des unités de réanimation au sein de l'établissement, sont parfois difficiles à réaliser dans des bâtiments peu adaptés. Ils peuvent nécessiter des constructions nouvelles et coûteuses, ce qui peut conduire à des arbitrages délicats, s'agissant d'unités de soins déficitaires. Et l'extension d'unités de réanimation s'avère parfois délicate : la Fehap estime que l'importance des contraintes architecturales pour les services de réanimation (surfaces autour du lit, circulations, espaces collectifs, espaces de stockage (matériel lourd biomédical, DM, usage unique) circuit propre/sale, localisation des lave-bassin, situation de la salle/centrale de surveillance, salle de réunion et de détente, flux d'aération etc.) rend délicate, même temporairement, l'extension du nombre de lits d'unités de réanimation.

De fait, la SRLF observe des situations où les lits de soins intensifs/surveillance continue sont figés et séparés des lits de réanimation, une structure architecturale sub-optimale pour le ratio soignant/soigné, des lits de soins intensifs/surveillance continue impossibles à équiper pour faire de la réanimation, une impossibilité de mettre en isolement en pression négative des modules de taille variable de lits tout en gardant d'autres chambres en pression positive.

En conséquence, les situations des unités de réanimation peuvent être très différentes, y compris au sein d'une même région.

En Bourgogne-Franche-Comté, les recommandations techniques de 2003 ont été mises en œuvre dans le cadre des opérations financées par les plans d'investissement hospitalier

postérieurs à ce texte (plan Hôpital 2007 et 2012)²²² notamment les reconstructions. En revanche, d'autres établissements de la région disposent de services de réanimation dont l'ARS considère qu'ils sont à moderniser²²³.

L'ARS Occitanie relate également des difficultés d'adaptation des locaux pour mutualiser les services de réanimation et de surveillance continue, pouvant être classées en deux grandes catégories :

- lorsque le bâti ne permet pas de mutualiser les services de réanimation et de surveillance continue sur un seul lieu. Les contraintes architecturales, ou d'espaces ne permettent pas de mettre en place ces regroupements. Cela pose question des unités de surveillance continue adossées à la réanimation, ces dernières étant alors souvent sous dimensionnées par rapport au capacitaire en lits de réanimation installés²²⁴ ;

- lorsque l'implantation des services est de type « pavillonnaire » : les regroupements ne peuvent être effectifs.

Enfin, l'ARS Occitanie révèle que d'autres problématiques se sont fait jour, notamment sur les circuits d'air, sur les systèmes de climatisation dans certains services ou chambres. Ces derniers se sont avérés, dans certaines situations, être des freins à l'extension des capacités de réanimation. Certains établissements ont dû faire face à une impossibilité d'effectuer des extensions de système de rafraîchissement dû aux schémas restreints des circuits d'air.

c) La crise liée à la covid 19 a révélé des failles dans l'intégration des soins critiques et souligné leur insuffisante plasticité

Le système hospitalier, public et privé, s'est adapté face à l'immense pression de la première vague de l'épidémie, en doublant en un temps très réduit le capacitaire de réanimation d'une manière adaptée aux caractéristiques de la pandémie (défaillance pulmonaire).

²²² Le CHU de Dijon pour le regroupement de sa filière adultes (Bocage central, PH07), le CH de Chalon-sur-Saône (PH07), l'Hôpital Nord Franche-Comté (PH12), le CH de Vesoul (PH07) ou le CH de Nevers (Fimho). Le CH de Sens dispose d'un plateau technique récent (PH07). Idem pour le CH d'Auxerre (opération Fimho).

²²³ Le CH Jura Sud à Lons-le-Saunier, qui présente un projet de restructuration lourde de sa réanimation couplée avec la création d'un service de surveillance continue de 6 lits ; le CH de Mâcon, qui doit également moderniser sa réanimation et installer des lits de surveillance continue; le CHU de Besançon, où , le bâtiment central ou Tour Minjoz (où se situe la réanimation au niveau -1) restait fin 2019, à remettre aux normes (désamiantage, mises aux normes réglementaires dont incendie..) et ce en site occupé. Les projets pour Lons-le-Saunier et Macon seront réinterrogés au regard des capacités cibles à définir en termes de réanimation pour surmonter un nouvel épisode épidémique.

²²⁴ Exemple du CHU de Montpellier : les quatre bâtiments du CHU de Montpellier abritant des unités de soins critiques sont regroupés sur deux sites hospitaliers distant de 1,3 kilomètres. De même, le CHU de Nîmes est constitué par le regroupement de plusieurs zones bâtementaires et pavillonnaires. Les services de réanimation se trouvent dans 2 unités différentes (2 halls différents) et sur des niveaux différents. Les CH de Rodez, Mende et Auch rencontrent également des contraintes architecturale et bâtementaire ce qui a eu pour conséquence de réduire leur capacitaire en lit de réanimation, de limiter le nombre de lits en surveillance continue voir de ne pas permettre d'adosser ces lits à l'unité de réanimation.

Les nouveaux lits des réanimations éphémères provenaient dans leur majorité des soins critiques, mais pas seulement ²²⁵:

- 45 % de lits de surveillance continue transformés en lits de réanimation ;
- 30 % à partir d'emplacements de salle de réveil et de blocs opératoires ;
- 15 % à partir d'unités de réanimation qui n'étaient pas ouvertes par manque de personnels en période pré-covid ;
- 10 % dans des unités d'hospitalisation et notamment d'unités d'ambulatoire.

Dès la première vague, cela a été fait (cf. *supra*) avec le concours des sociétés savantes qui ont accompagné et « théorisé » cette transformation, et notamment en prévision d'une éventuelle seconde vague²²⁶. Les conclusions, certes provisoires, de leurs travaux – qui ne passent pas nécessairement ou principalement par des changements réglementaires – constituent une base précieuse, tant pour affronter la suite de l'épidémie que pour poser des bases d'une organisation des soins critiques repensée, pour en promouvoir en particulier la plasticité. Leur ambition commune est d'améliorer l'organisation et l'offre de soins critiques afin de prendre en charge les patients sans avoir recours à des moyens d'exception, avec une offre de réanimation structurellement adaptative et souple permettant d'absorber des pics d'activité d'envergure variable.

Les CNP Armpo, MIR et le Conseil national de l'urgence hospitalière (CNUH) proposent ainsi non seulement d'ouvrir effectivement tous les lits de réanimation autorisés, mais au-delà, de promouvoir un renforcement du capacitaire reposant sur l'extension des secteurs autorisés de réanimation par transformation des lits d'USC, d'USI ou création d'unités éphémères de réanimation, permettant de porter le capacitaire à 10 000 lits, en trois étapes. D'abord, l'extension des secteurs de réanimation par l'utilisation des lits d'USC habituellement adossés aux réanimations et préalablement mis à niveau (« upgradés ») en termes d'équipements et de personnel. Ensuite, l'utilisation des lits d'unités de soins intensifs existants créant ainsi des unités à autorisation exceptionnelle de réanimation (ou unités éphémères de réanimation) avec chambres individuelles en partie déjà équipées en matériel de surveillance (*monitoring*) et qu'il conviendra de doter d'un ventilateur et des équipements de perfusion adéquats. Enfin, l'utilisation de chambres individuelles d'hospitalisation non équipées ou de salles ouvertes de type surveillance post-interventionnelle. Ces nouveaux secteurs, idéalement mitoyens des réanimations pérennes, devront faire l'objet de pré-aménagements techniques dont la faisabilité doit être rapidement évaluée, de manière à assurer leur transformation facile en unités éphémères de réanimation.

²²⁵ Étude French ICU.

²²⁶ Guide d'aide à la mise en place et à la gestion d'une réanimation éphémère : CNP Armpo, avec le concours du CNP de médecine d'urgence, du Service de santé des armées et de la Société française de pharmacie clinique, 25 juin 2020 - Propositions du CNP MIR pour une mise à niveau des soins critiques à la lumière de l'expérience de la première vague covid 19 : CNP MIR - Propositions d'organisation pour des soins critiques sécurisés dans le contexte de la nouvelle vague pandémique covid 19 : CNP-Mir/CNP-Armpo/CNUH, novembre 2020.

Les CNP recommandent la constitution d'un stock national d'équipements lourds des réanimations, afin de pouvoir apporter des moyens supplémentaires ciblés dans les régions/établissements en cas de besoin.

L'ensemble de ces préconisations dont celles, temporaires, consistant à identifier des Réa-covid et USI-covid déterminées au regard des spécificités de ces patients, sont intéressantes pour envisager des évolutions structurelles car :

- elles partent du patient, de ses besoins, de son parcours de soins ;
- elles partent aussi des caractéristiques actuelles (bâtimentaires, équipements, organisation) des services auxquelles elles s'ajustent de manière différenciée ;
- elles visent à assurer une organisation modulable des soins critiques, qui suppose de s'assurer de la disponibilité effective en respirateurs de réanimation et en appareils biomédicaux en nombre suffisant pour couvrir l'ensemble des lits de réanimation et d'USC adossés.

2 - Une informatisation des services de soins critiques très insuffisante

a) L'exigence absolue d'une informatisation des soins critiques pour la qualité des soins et l'efficacité des prises en charge

Les soins critiques constituent un environnement de travail d'une grande complexité. Les dispositifs médicaux de soins et de surveillance du patient fournissent au personnel soignant une quantité considérable d'informations : entre 8 000 et 10 000 données numériques, qualitatives ou quantitatives (de nature cliniques, biologiques, bactériologiques et d'imagerie), sont ainsi générées quotidiennement pour chaque patient en réanimation et environ 270 actes de soins différents sont réalisés chaque jour et pour chaque patient hospitalisé en réanimation²²⁷. L'informatisation du suivi des patients par le biais d'un outil informatique spécifique permettant de collecter, organiser, présenter et, *in fine*, rendre utilisables par l'équipe soignante ces données de façon hiérarchisée en fonction du risque présente donc une indispensable plus-value.

Au-delà de la seule remontée d'informations, l'informatisation du dossier patient en soins critiques doit permettre de garantir une prescription médicale sécurisée et la rédaction des compte-rendu d'hospitalisation à partir de l'observation médicale, mais également le codage des actes médicaux et l'éventuelle sélection de patients dans le cadre par exemple d'un projet de recherche clinique. C'est par exemple le cas en Suède, où l'ensemble des services de soins critiques du pays dispose de logiciels informatiques spécialisés, connectés à l'ensemble des équipements situés dans l'environnement direct du patient. Ceci permet l'extraction de données en temps réel, notamment pour le suivi des situations de crise²²⁸ ou objectiver les tensions hospitalières en soins critiques, mais également afin de constituer des registres nationaux de malades. L'informatisation permet également de garantir l'absence d'erreurs liées à la retranscription manuelle des données ou des prescriptions. Enfin, cette informatisation facilite

²²⁷ Informatisation du dossier patient dans les secteurs de soins critiques au CHU de Nice, G. Bernardin et Al. Techniques hospitalières, Juillet 2014.

²²⁸ Le registre permanent des soins critiques en Suède collecte les données sur les cas de covid 19 pris en charge dans la totalité des unités de soins critiques suédois.

grandement le fonctionnement en réseau des différentes unités de soins critiques sur un territoire, ce qui nécessite à minima l'interopérabilité des systèmes d'information hospitaliers quand ceux-ci ne sont pas identiques.

b) Le niveau d'informatisation des soins critiques paraît aujourd'hui éloigné de cette exigence

Le taux d'informatisation du dossier patient en réanimation par le biais d'un dossier de spécialité spécifique apparaît très insuffisant au regard de l'enjeu de sécurité et de qualité des soins.

En 2021, d'après les chiffres fournis par l'Observatoire des systèmes d'information de santé (Osis) concernant le niveau d'informatisation du dossier de spécialité en réanimation, près d'un tiers des répondants (122 établissements de santé sur 374 établissements ayant répondu²²⁹), ne disposent pas d'une informatisation spécifique en réanimation. Dans ces services, les données observationnelles font l'objet d'une retranscription manuelle régulière par des IDE.

Une publication de juillet 2020²³⁰ permet de confirmer cette proportion à partir d'un échantillon de 98 services de réanimation (regroupant 1 249 lits soit 25 % du capacitaire total) en évaluant le niveau d'informatisation du dossier patient de ces unités hospitalières selon plusieurs dimensions²³¹. Les résultats font apparaître un niveau d'informatisation insuffisant : seuls 57 % des services ont une feuille de soins informatisée. Parmi ces unités, 73,2 % disposent d'un logiciel spécifiquement adapté à la réanimation et 26,8 % ont un logiciel hospitalier généraliste, non spécifique à la prise en charge en soins critiques. Les services ayant une prescription antibiotique informatisée représentent 60 % des services et seuls 10 % des services ont une informatisation de la surveillance par le biais d'une feuille de soins informatisée²³².

D'après cette étude, l'informatisation de ces services apparaît très hétérogène. Si dans la plupart des cas les logiciels métiers (c'est-à-dire ciblés sur la réanimation) sont ceux proposés par des éditeurs spécialisés, certains services se sont vu proposer des logiciels de dossier patient hospitalier généraliste, mis au point, soit par un éditeur de logiciel industriel, soit par les services informatiques de l'établissement, dans les deux cas avec une adaptation plus ou moins importante à la réanimation.

Les données fournies par l'Osis, sur un échantillon de 196 services de réanimation informatisés, montrent également le caractère très disparate des solutions informatiques retenues.

²²⁹ L'échantillon de réponses exploitables représente 83 % des établissements autorisés.

²³⁰ Survinfo. Enquête sur l'informatisation des services de réanimation, Alain Lepape, Anaïs Machut, Anne Savey (Rea Rezo), 16 juillet 2020, http://rearezo.chu-lyon.fr/resultats/rapport_survinfo.pdf

²³¹ Le niveau d'informatisation de la feuille de soins et les niveaux d'informatisation de la prescription d'antibiotique, des données de résistance bactérienne et de l'informatisation de la surveillance du patient.

²³² Parmi ces 10 services, 1 est situé dans CHU, 9 hors CHU.

Tableau n° 23 : solutions informatiques retenues dans un échantillon de 196 services de réanimation informatisés

Éditeurs de logiciels spécifiques à la réanimation	Nombre d'établissement de santé
<i>Philips France</i>	63
<i>GE Healthcare France</i>	29
<i>Bow médical</i>	22
<i>Imdsoft</i>	20
<i>Evolucare technologies</i>	16
<i>Medasys</i>	10
<i>Cerner France</i>	6
<i>Axigate</i>	5
<i>Experitz santé</i>	5
<i>Terenui</i>	4
<i>Agfa healthcare</i>	3
<i>Maincare solutions</i>	3
<i>CHU de Grenoble</i>	2
<i>Web100t</i>	2
<i>Alert life sciences computing France</i>	1
<i>Apigem</i>	1
<i>Metavision</i>	1
<i>QSP systems</i>	1
<i>Syndicat interhospitalier de Bretagne</i>	1
<i>Thélème</i>	1

Source : DGOS, OSIS, 2021

c) L'absence d'interopérabilité des différentes solutions informatiques

Les difficultés voire l'absence d'interopérabilité entre les différentes solutions informatiques utilisées dans le domaine des soins critiques apparaissent fréquentes au regard des entretiens menés par la Cour. Au CHU de Nice, la solution informatique spécifique aux soins critiques (Metavision[®]) n'est déployée depuis 2014 que sur un nombre restreint de lits de réanimation (moins de 15 %) et n'est pas en mesure de communiquer avec le dossier patient informatisé de l'établissement. Ceci oblige le personnel à des ressaisies informatiques journalières. La majorité des lits de réanimation de cet établissement ne dispose par ailleurs d'aucun logiciel spécifique, ce qui oblige les personnels à effectuer les retranscriptions des données observationnelles cliniques. L'absence d'interopérabilité est également pénalisante dans une approche territoriale. Ainsi, les logiciels de réanimation utilisés dans les établissements publics de santé des Alpes-Maritimes sont tous différents et aucun n'est interopérable. Les transferts de patients nécessitent des retranscriptions d'informations partielles en format papier.

Cette absence d'interopérabilité des dossiers patients informatisés a déjà été soulignée par la Cour dans son rapport relatif aux groupements hospitaliers de territoire²³³. Ce constat renouvelé pour le sujet spécifique des soins critiques s'avère particulièrement préoccupant, tant en termes de sécurité des soins que de consommations inutiles de ressources, une situation aggravée par la nécessité de devoir prendre en compte également les soins critiques privés dans une perspective de mise en réseau de l'offre de soins au sein d'un territoire.

d) La crise sanitaire est venue renforcer l'intérêt du ROR, qui reste néanmoins un outil plus descriptif que de gestion des flux

Piloté par la DGOS avec l'appui technique de l'agence du numérique en santé (ANS), le répertoire opérationnel des ressources (ROR) est déployé sur le terrain et alimenté par les établissements et structures sanitaires et médico-sociales²³⁴, sous le pilotage régional des ARS et des groupement d'appui à la e-santé en région (Grades). Initialement conçu en 2007 pour répondre aux besoins d'orientation en médecine d'urgence²³⁵, le ROR a progressivement évolué pour devenir un référentiel recensant l'ensemble de l'offre sanitaire et du médico-social, comprenant un volet sur la disponibilité des lits hospitaliers²³⁶. Cet outil vise ainsi à permettre aux professionnels utilisateurs de bénéficier en temps réel d'informations exhaustives, fiables et comparables, pour faciliter l'orientation des patients en évitant le risque de rupture de prise en charge et améliorer la coordination des acteurs. Chaque région est dotée d'un répertoire, enrichi de données spécifiques à la stratégie de son ARS. L'architecture du ROR repose sur 17 bases régionales interconnectées contribuant chacune au panorama national de l'offre de santé.

Dans le cadre de la gestion l'épidémie de covid 19, le ROR a constitué l'outil principal de recueil de la disponibilité des lits en soins critiques à la disposition des Samu et des cellules de crise dans beaucoup de régions²³⁷. Les établissements renseignent deux fois par jour les disponibilités en lits, les capacités de réanimation et ils identifient les filières et les unités dédiées aux patients (covid 19 ou non). De plus, la création d'un *reporting* automatisé permet aux ARS et à la DGOS de suivre l'évolution de la situation.

Selon l'ARS Île-de-France, le ROR s'est révélé déterminant pendant la crise sanitaire par son adaptation et son intégration à la gestion de la crise. Il a été massivement utilisé pour recenser les places disponibles en soins critiques et orienter au mieux les patients atteints de la covid 19 vers les structures les plus appropriées en faisant la liaison entre les secteur sanitaire, médico-social et libéral. S'il était utilisé avant 2020 de façon hétérogène, la crise sanitaire a mis en exergue la nécessité d'un outil référençant la disponibilité de l'offre de soins grâce à une information structurée, précise, partagée, transparente et exhaustive. Avant la crise, près de 200

²³³ Communication à la commission des affaires sociales du Sénat, « *Les groupements hospitaliers de territoire, exercices 2014 à 2019* », Octobre 2020.

²³⁴ Les ARS et les Grades déploient actuellement le ROR auprès des structures médico-sociales. D'ici à 2022, celles-ci devraient avoir décrit leur offre dans les bases régionales.

²³⁵ À l'origine, il était installé dans les Samu et s'avéré relativement peu sollicité du fait de l'existence d'une multitude de réseaux locaux.

²³⁶ Instruction N° DGOS/PF5/2015/114 du 7 avril 2015 relative au déploiement de Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) interopérable dans chaque région d'ici la fin d'année 2015.

²³⁷ Pas toutes les régions cependant. En région Bourgogne-Franche-Comté, le recueil a été réalisé directement par les membres de la cellule « Transferts REA » qui ont recueilli et géré le flux des patients.

mises à jour quotidiennes des disponibilités en lit étaient recensées. Au moment du premier pic épidémique en Île-de-France (31 mars 2020), ce nombre dépassait les 1 300 et les cellules hospitalières de gestion des lits chargées de rechercher des places disponibles ont multiplié leur consultation du ROR par 50²³⁸.

Les médecins réanimateurs rencontrés par la Cour durant son enquête se sont cependant montrés plus mesurés sur l'utilité opérationnelle du ROR. En effet, le ROR, et les dossiers patients informatisés ne sont pas interopérables du fait de la profusion de solutions informatiques différentes pour ces derniers. Ceci oblige les personnels à multiplier les ressaisies quotidiennes et ne permet pas de disposer des informations en temps réel de façon automatique. En pleine crise sanitaire, le CHU d'Angers a ainsi dû détacher trois infirmières à temps plein pour la seule mission de renseigner quotidiennement le ROR. Ainsi et comme le souligne l'ARS Nouvelle-Aquitaine « *il serait intéressant de parvenir à un outil unique, interconnecté avec les SIH afin qu'il soit beaucoup plus utilisé au quotidien par les différents services et les Samu. S'il n'y a pas d'outil unique, il faudrait parvenir à construire une interface, notamment dans le cadre d'une réflexion menée au titre des systèmes d'information Samu, qui consolide les données de disponibilité* ».

Pour ce qui concerne la gestion des flux de patients au sein d'un territoire, le ROR ne s'est pas montré déterminant : les médecins des services de réanimation ont continué à établir des contacts téléphoniques systématiques avec leurs collègues des services en aval de la réanimation, afin d'évaluer les conditions de prise en charge de leurs patients.

Au total, une politique globale d'informatisation des services de réanimation en logiciels spécialisés apparaît indispensable à courte échéance, de même qu'une adaptation des logiciels informatiques existants pour garantir leur interopérabilité. Une telle évolution faciliterait le déploiement d'une base de données en soins critiques, l'interopérabilité avec le ROR, les transferts de patients ainsi que la mise à disposition de personnels entre services de soins critiques au plan local et même national, comme ce fut le cas au cours de la première vague épidémique.

3 - Un financement des soins critiques désincitatif pour des soins pourtant sans alternative

Plusieurs publications scientifiques²³⁹ ont établi que le coût élevé d'une hospitalisation en réanimation intervient, parmi d'autres paramètres²⁴⁰, dans la décision médicale

²³⁸ Source : Groupement de coopération sanitaire « Service Numérique de Santé » (Grades) de la région Ile-de-France.

²³⁹ Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. Consensus statement on the triage of critically ill patients. J Am Med Assoc 1994 ; Sprung CL et al. Evaluation of triage decisions for intensive care admission. Critical Care Medicine 1999 ; Escher M et al. National questionnaire survey on what influences doctors' decisions about admission to intensive care. British medical journal 2004, cité par B. Guidet, Admission en réanimation du sujet âgé à partir du service des urgences. État des lieux, Société de réanimation de langue française, 2008.

²⁴⁰ Les facteurs intervenant dans la décision d'admission des patients en réanimation sont classés par ordre d'importance décroissant dans la décision médicale : la maladie sous-jacente, le pronostic de la maladie aiguë, le choix du patient, la disponibilité en lit, la charge en soins infirmiers, la politique d'admission du service, les conséquences médico-légales possibles, l'état fonctionnel du patient, le souhait de la famille, l'âge du patient, le coût de la prise en charge et le respect par le patient des recommandations médicales.

d'hospitaliser ou pas un patient. Dans ce contexte, la Cour a cherché à évaluer le mode de financement des soins critiques.

a) Un mode de financement complexe

Un service de soins critiques est financé par plusieurs types de recettes. La tarification à l'activité (T2A) permet d'affecter à chaque séjour hospitalier une recette, en fonction de l'intensité des soins prodigués tout au long du séjour, incluant le passage en soins critiques. S'ajoutent à cette recette des suppléments journaliers de réanimation, de soins intensifs ou de surveillance continue. Cependant, l'attribution de ces suppléments n'est pas automatique : ainsi, pour qu'un service de réanimation puisse bénéficier du supplément journalier de réanimation (supplément Réa), le patient doit être hébergé dans une unité médicale de réanimation et répondre à des critères précis. De même, si le séjour dépasse une durée définie par voie réglementaire, des suppléments journaliers peuvent être versés. L'ensemble de ces recettes issues de la T2A représente entre 75 % et 85 % des recettes totales d'un service de réanimation, auxquelles s'ajoutent les produits issus de l'utilisation de certains médicaments inscrits sur la liste en sus²⁴¹ (environ 7 % des recettes).

Le financement des soins critiques repose également sur l'existence d'un ticket modérateur, calculé comme une quote-part de 20 % du tarif journalier de prestation (TJP) défini par chaque établissement de santé et arrêté par l'ARS. Ce montant est à la charge des organismes d'assurance maladie complémentaire ou des patients. Ces recettes représentent une source de financement accessoire (entre 4 et 8 %), directement relié au volume d'activité généré.

Seules certaines dotations (MIG ou Merri²⁴²) ne sont pas directement reliées à l'activité. Elles ne représentent cependant qu'une faible part des recettes, variable entre établissements (entre 5 % et 10 % des recettes totales²⁴³).

Au total, le mode de financement des soins critiques repose très largement sur le niveau d'activité produite. Si ce constat est de nature à garantir une juste répartition des ressources entre établissements, ce modèle de financement s'avère peu lisible pour les professionnels de santé du fait de ses multiples compartiments.

Par ailleurs, l'absence de définition de quote-part du tarif du séjour (ou groupe homogène de séjour –GHS-) affecté aux soins critiques ne permet pas d'établir, sans une comptabilité analytique robuste, la réalité de l'équilibre financier d'un tel service.

Une baisse marquée des recettes affectées aux soins critiques

Dans le cadre de la T2A, l'assurance maladie finance *via* un GHS l'ensemble des services qui ont participé à la prise en charge du patient durant son séjour, dont les soins critiques. Ces

²⁴¹ Arrêté du 24 avril 2020 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques prises en charge en sus des prestations d'hospitalisation mentionnée à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale.

²⁴² Dotations au titre des missions d'intérêt générale (MIG) et des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (Merri).

²⁴³ La part que représente ces recettes est plus forte dans les CHU. Elle atteint par exemple 12,7 % à l'AP-HP en raison des activités de recherche clinique et d'une charge plus forte en matière de permanence des soins pour des réanimations spécialisées.

services sont donc exposés, comme les autres, aux ajustements liés notamment à la politique tarifaire développée au plan national.

La Cour a cherché à évaluer l'impact des choix tarifaires sur les services de réanimation au cours des cinq dernières années. Pour ce faire, l'évolution des tarifs publics des 27 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 a connu une baisse tarifaire, de 9 % en moyenne en euros constants sur la période 2014-2019. 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 %).

Tableau n° 24 : évolution des tarifs des 10 prises en charges médicales les plus fréquentes en réanimation

Typologie des séjours	Nombre de séjours (2017)	GHS Public 2014	GHS Public 2014 déflaté	GHS Public 2019	Évolution € constants
04M134-Œdème pulmonaire et détresse respiratoire, niveau 4	5 412	10 890	11 333	9 935	- 12,3 %
04M132-Œdème pulmonaire et détresse respiratoire, niveau 2	1 971	4 138	4 306	3 777	- 12,3 %
04M203- Bronchopneumopathies chroniques surinfectés, niveau 3	3 653	5 164	5 374	4 795	- 10,8 %
04M074-Infections et inflammations respiratoires, âges supérieur à 17 ans, niveau 4	2 039	8 471	8 815	7 888	- 10,5 %
01M304- Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires, niveau 4	1 633	9 640	10 032	9 035	- 9,9 %
04M053-Pneumonies et pleurésie banales, âge supérieur à 17ans, niveau 3	2 495	4 567	4 753	4 296	- 9,6 %
05M094- insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire, niveau 4	3 488	7 113	7 402	6 741	- 8,9 %
21M101-effets toxiques des médicaments et substances biologiques	2 167	1 063	1 107	1 011	- 8,6 %
05M22E- Autres affections de la CMD05 avec décès : séjours de moins de 2 jours	2 613	823	856	783	- 8,6 %

Typologie des séjours	Nombre de séjours (2017)	GHS Public 2014	GHS Public 2014 déflaté	GHS Public 2019	Évolution € constants
04M133-Œdème pulmonaire et détresse respiratoire, niveau 3	4 439	6 252	6 506	5 959	- 8,4 %

Source : Cour des comptes d'après les données Diamant- PMSI 2014 et 2019, seuls les GHM en M ont été ici retenus

La pertinence de ces baisses tarifaires interroge. En effet, elles portent sur des prises en charge qui, du fait du niveau de gravité des patients accueillis, ne sont pas susceptibles de faire l'objet d'alternatives par un recours accru à la médecine ambulatoire ou l'HAD ou par une plus grande fluidité de l'aval en SSR, permettant de garantir des sorties précoces. Par ailleurs, ces baisses tarifaires s'appliquent à des organisations qui affichent des taux d'occupation importants et des durées de séjour en réduction. De plus, toute action de maîtrise des charges est rendue difficile par le caractère très règlementé du fonctionnement d'un service de réanimation. De ce fait, les services de soins critiques et en particulier les réanimations subissent ces baisses sans disposer des leviers pour en atténuer l'impact.

Une baisse des suppléments qui aggrave la baisse des tarifs

Les suppléments journaliers en réanimation, soins intensifs et surveillance continue²⁴⁴, s'ils n'ont pas vocation à financer à eux-seuls la prise en charge en soins critiques, ont néanmoins pour objectif d'ajouter une valeur journalière au tarif pour financer le caractère particulièrement coûteux des soins critiques.

Pourtant, malgré l'augmentation des charges des services de soins critiques au cours des six dernières années, les suppléments ont connu une baisse de 6,5 % en euros constants sur la période 2013-2019.

Tableau n° 25 : évolution du montant des suppléments tarifaires alloués aux soins critiques entre 2013 et 2019

Suppléments en soins critiques		2013	2019	Évolution (€ courants)	Évolution (€ constants)
REA	Supplément de réanimation	808,6 €	805,4 €	- 0,4 %	- 6,5 %
STF	Supplément de soins intensifs	404,8€	403,2 €	- 0,4 %	- 6,7 %
SRC	Supplément de surveillance continue	323,8 €	322,5 €	- 0,4 %	- 6,5 %

Source : Ministère des solidarités et de la santé

²⁴⁴ Définis par l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile.

Une hausse des charges qui contraste avec la baisse des recettes

Au cours de la période 2014-2018, les charges des services de soins critiques ont connu une progression significative : de + 7 % en réanimation à + 9 % pour les unités de surveillance continue ou de soins intensifs (€ constants).

À titre d'illustration, un séjour en réanimation représente une charge en moyenne de 1 848 € par jour d'hospitalisation en 2018 contre 1 691 € en 2014²⁴⁵. Cette progression s'explique par la hausse des dépenses de personnels médicaux (+ 13 %) et par les charges de logistique et de gestion générale (+ 15 %). La progression des charges liées au personnel non médical, qui représentent à elles seules 55 % des charges nettes, reste relativement modeste (+ 3 %).

Tableau n° 26 : décomposition des charges d'un service de réanimation (2014-2018)

Charges	2014	2018	Évol (€ courants)	Évol (€ constants)
<i>Titre 1 : total charges de personnel</i>	832 €	899 €	8 %	6 %
<i>Charges de personnel médical</i>	214 €	248 €	16 %	13 %
<i>Charges de personnel non médical</i>	618 €	651 €	5 %	3 %
<i>Titre 2 : charges à caractère médical</i>	250 €	261 €	4 %	2 %
<i>Titre 3 : charges à caractère hôtelier et général</i>	4 €	5 €	27 %	24 %
<i>Titre 4 : charge d'amortissement, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnels</i>	21 €	22 €	8 %	5 %
Total charges (T1+T2+T3+T4)	1 107 €	1 188 €	7 %	5 %
<i>Total des produits déductibles</i>	18 €	15 €	- 15 %	- 17 %
<i>Total charges nettes</i>	1 089 €	1 172 €	8 %	5 %
<i>Montant imputé au titre des charges logistiques médicale</i>	40 €	42 €	6 %	4 %
<i>Montant imputé au titre des charges médico-techniques</i>	246 €	273 €	11 %	8 %
<i>Montant imputé au titre des charges de logistique et gestion générale</i>	243 €	284 €	17 %	15 %
<i>Montant imputé au titre des charges de structure</i>	72 €	76 €	5 %	3 %
Total des charges	1 691 €	1 848 €	9 %	7 %

Source : Cour des comptes d'après ATIH, RTC, 2014-2018

b) Un déficit structurel susceptible d'induire des phénomènes d'adaptation à proscrire

L'ARS Occitanie constate que « l'activité de réanimation est déficitaire et non rentable » et explique en partie le sous-dimensionnement de l'offre de soins sur ce fondement. En effet, la hausse des coûts associée à la baisse des tarifs génère de façon mécanique un déficit structurel

²⁴⁵ Données issues des données du retraitement comptable (ATIH, 2018). Ce cout 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).

des services de soins critiques et particulièrement de ceux orientés vers des prises en charge médicales, sans actes de chirurgie.

Ainsi, un établissement faisant le choix d'augmenter sa capacité d'hospitalisation en réanimation d'un lit, génère de façon quasi-automatique un déficit de 115 000€ en fin d'exercice²⁴⁶. Cette situation conduit les établissements à s'adapter à ces contraintes financières.

Un modèle de financement susceptible d'influencer les pratiques dans les services de soins

L'existence de suppléments tarifaires en matière de soins critiques soulève plusieurs difficultés.

Tout d'abord, en matière de surveillance continue, l'obtention du supplément journalier est conditionnée à la présence, soit d'un acte opératoire inscrit sur une liste, soit d'une combinaison d'actes et de diagnostics, soit de diagnostics inscrits sur des listes publiées par voie réglementaire (cf. annexe)²⁴⁷. Ces listes sont complexes et restrictives et aboutissent à des taux de facturation du supplément pour 30 % à 70 % des séjours effectivement pris en charge en USC²⁴⁸.

Ensuite, l'activité de surveillance continue n'est pas encadrée par une réglementation stricte en termes de moyens humains et de conditions techniques de fonctionnement mais par les recommandations des sociétés savantes, non opposables²⁴⁹. Au cours des dernières années, ce secteur d'activité s'est développé pour répondre aux besoins de prise en charge de patients trop lourds pour les unités de soins conventionnelles, mais aussi parce que les séjours sont mieux rémunérés du fait des suppléments associés. Ainsi l'ARS Occitanie observe que le nombre de suppléments facturés dans les unités de surveillance continue est plus important dans les établissements de santé privés. Sur un plan strictement financier, les suppléments de surveillance continue sont de nature à favoriser un recours non justifié à ces unités pour bénéficier d'une rémunération plus attractive, ou à substituer une surveillance continue à une surveillance post-opératoire qui ne donne lieu, elle, à aucun supplément.

De même, le supplément journalier en réanimation s'applique tout au long du séjour du patient, quand bien même l'acte le justifiant ne serait pratiqué qu'une fois en début de séjour : une seule journée éligible au supplément Réa rend l'ensemble des journées du séjour éligible à ce supplément. De plus, certains critères permettant la facturation du supplément Réa peuvent

²⁴⁶ 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 (AP-HP, 2 CHU, 2 CH et une clinique) regroupant 704 lits de réanimation soit 14 % du capacitaire total.

²⁴⁷ Les conditions dans lesquelles un établissement de santé peut facturer des suppléments sont définies à l'article 7 de l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile. Ces actes et diagnostics sont listés dans les annexes 7 et 8 de l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile.

²⁴⁸ Chiffre communiqué par la fédération de l'hospitalisation privée.

²⁴⁹ En cas de contrôle il est difficile aux ARS d'opposer des décisions ou des injonctions.

être facilement acquis sur le seul critère de l'âge du patient²⁵⁰. L'ARS Paca constate, elle aussi, l'effet pervers de ce type de forfait qui permet la facturation d'un nombre de suppléments très au-delà de ce qui est nécessaire. Plus grave, le risque existe, pointé par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, que certains établissements soient tentés de prolonger la durée d'hospitalisation en réanimation dans le seul but de facturer des suppléments.

Enfin, l'existence de ces critères peuvent être à l'origine d'un effet d'éviction : un patient requérant des soins infirmiers lourds et complexes (sans pour autant que son pronostic vital soit engagé) n'est pas toujours éligible aux actes marqueurs et donc à un séjour en réanimation facturé comme tel, alors même que la charge en soins le justifierait pleinement. Ainsi, comme l'identifie l'ARS Bretagne, l'actuel mode de tarification pourrait être de nature à limiter l'entrée de patients pourtant éligibles en réanimation au regard de leur état clinique. En effet, l'absence prévisible de réalisation d'acte marqueur (de nature à générer un supplément de réanimation), pourrait conduire à ce que ces patients soient plutôt orientés vers une hospitalisation conventionnelle ou restent plus longtemps aux urgences. De même, l'actuel mode de tarification fondé sur un financement à la journée pourrait être de nature à induire un allongement non pertinent des durées de séjour, en vue « d'optimiser » le taux d'occupation. Enfin, la règle dite de la présence à minuit²⁵¹ pour permettre la facturation d'un supplément est de nature à perturber la fluidité de la sortie : il est en effet plus intéressant pour un service de réanimation, sur le plan financier, de faire sortir un patient un matin plutôt que la veille au soir, afin de bénéficier de la facturation d'un supplément journalier.

Par ailleurs, des différences existent entre des prises en charge post-chirurgicales ou strictement médicales en soins critiques, au détriment des réanimations à orientation strictement médicales. D'après l'étude menée par la Cour, parmi les 26 GHM donnant lieu au plus grand nombre de séjours en réanimation, 13 sont chirurgicaux et 13 médicaux. Or la part des soins critiques dans le coût total d'un séjour varie entre ces deux catégories : elle représente en moyenne 25 % des coûts pour des séjours chirurgicaux et 32 % pour les séjours médicaux²⁵², ce qui avantage positivement les résultats financiers des réanimations à orientation strictement chirurgicale. À titre d'illustration, la réanimation chirurgicale à orientation cardio-vasculaire du CHU de Strasbourg présentait un résultat positif d'1 M€ en 2018 (soit 11,4 % des charges) ; à l'inverse la réanimation médicale présentait cette même année un résultat négatif de 3,7 M€ (soit 12,1 % des charges).

²⁵⁰ Un patient âgé de plus de 75 ans présente un indice de gravité conduisant quasi-automatiquement à la facturation d'un supplément REA sous réserve qu'un acte marqueur soit pratiqué.

²⁵¹ Arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.

²⁵² Données ENC et RTC 2018.

Crise sanitaire et facturation des suppléments en réanimation

Durant la première vague épidémique de mars et avril 2020, 123 unités de réanimation éphémères ont été mise en place²⁵³. Les équipes médicales de ces structures ont inclus à la fois les praticiens travaillant d'ordinaire en réanimation et des anesthésistes-réanimateurs venant d'autres secteurs, voire d'autres établissements, des chirurgiens et des médecins de diverses spécialités médicales. Pour garantir que les patients aient, en fonction de leur état, accès aux meilleures compétences, en particulier médicales, des transferts ont eu lieu entre les réanimations pérennes et les réanimations éphémères, au gré de l'amélioration de leur état clinique.

Dans le cadre de cette gradation interne, la seconde partie du séjour de réanimation du patient réalisé dans une réanimation éphémère n'était souvent plus financée par les suppléments, en raison d'un indice de gravité moins important et/ou d'actes marqueurs non réalisés. Cette situation ne traduisait cependant pas la réalité du besoin de réanimation du patient qui, bien que s'améliorant, justifiait toujours d'un séjour en réanimation.

Un usage inégalitaire des tarifs journaliers de prestations

La mise en œuvre de la tarification à l'activité n'a pas mis fin à la participation des patients aux charges des établissements de santé. Celle-ci se fait par le biais du paiement du forfait journalier hospitalier déterminé à un niveau national²⁵⁴ et par le ticket modérateur hospitalier de 20 % appliqué aux tarifs journaliers de prestations (TJP) déterminé par chaque établissement²⁵⁵.

Dans le secteur public, le ticket modérateur de 20 %, à la charge du patient ou de sa complémentaire santé, est calculé sur la base du tarif journalier alors que pour le secteur privé lucratif, ce sont les tarifs des GHS qui sont utilisés comme base de calcul. L'assiette de calcul est donc plus large dans le secteur public, puisque retenant toutes les composantes du financement des séjours, y compris les Migac et Merri.

Des inégalités existent aussi entre hôpitaux publics. En effet chaque établissement est libre, sous réserve d'une validation par l'ARS, de fixer le montant de ses tarifs journaliers. La Cour a cherché à identifier, à travers un échantillon de 23 établissements de santé publics (représentants 25 % de l'activité annuelle de réanimation en France), l'écart entre le coût déclaré par chacun de ces établissements pour une journée d'hospitalisation en réanimation²⁵⁶ et les tarifs journaliers appliqués à l'activité de réanimation.

²⁵³ Au 20 juillet 2020, 213 autorisations exceptionnelles ont été accordées dont 123 de réanimation, 37 de soins de suite et de réadaptation, 22 de traitement du cancer et 31 d'autres activités de soins et équipements matériels lourds : 119 établissements de santé privé lucratif ont bénéficié de 131 autorisations exceptionnelles (61 %) et 23 établissements de santé privé non lucratif ont bénéficié de 25 autorisations exceptionnelles (11 %) au cours de la période de crise sanitaire.

²⁵⁴ Le forfait journalier hospitalier est une participation forfaitaire mise à la charge des patients hospitalisés. Son montant intègre des frais liés à l'hébergement (frais hôteliers et à des coûts fixes tels que le chauffage, la lingerie, l'entretien des équipements). Il s'élève à 20 € (Arrêté du 20 juin 2019 relatif aux montants du forfait journalier hospitalier prévu à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale).

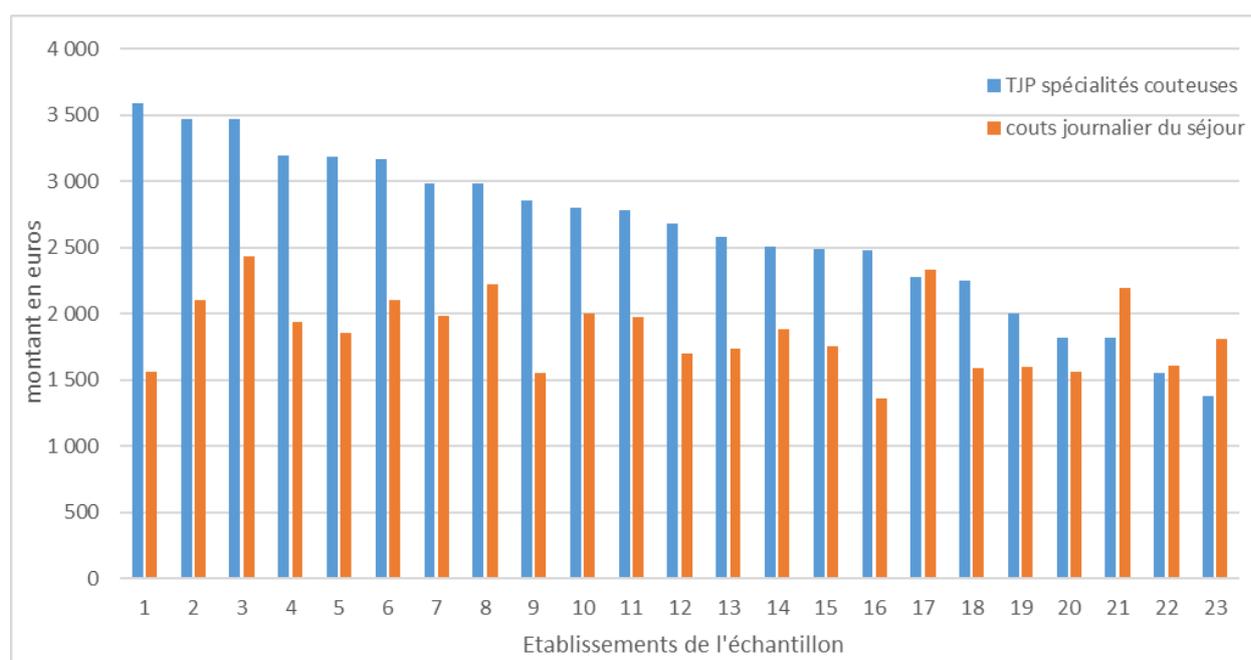
²⁵⁵ Pour les séjours liés à des actes dont le tarif est inférieur au seuil entraînant l'exonération du ticket modérateur tant pour le séjour que pour les actes liés.

²⁵⁶ Données issues du retraitement comptable centralisé par l'ATIH.

Comme la Cour avait déjà pu l'établir pour les activités de médecine²⁵⁷, les écarts constatés pour la réanimation sont considérables entre établissements. Les tarifs s'établissent en effet entre 3 590€ au CHU de Saint-Etienne et 1 386€ au CH d'Albi pour une même journée de réanimation dont les conditions techniques de fonctionnement sont réputées identiques.

Les écarts sont également importants entre les coûts et les tarifs, en particulier pour les CHU. Sur 23 hôpitaux, 20 affichent un tarif journalier supérieur aux coûts constatés : en moyenne le tarif affiché est de 2 622 € par jour, alors même que le coût journalier déclaré dans le retraitement comptable centralisé par l'ATIH (RTC) est de 1 863 €. À titre d'illustration, une journée d'hospitalisation en réanimation au CHU de Saint-Etienne coûte en moyenne 1 564 €, mais le tarif journalier de prestation affiché par l'établissement est de 3 590 €, exposant ainsi le patient ou sa mutuelle à un reste à charge de 718 € par jour, au lieu des 313 € liés à la seule détermination des coûts²⁵⁸.

Graphique n° 20 : écarts constatés pour 23 établissements hospitaliers entre le TJP « spécialités couteuses » et le cout journalier d'un séjour en réanimation



Source : Cour des comptes d'après les données RTC ATIH 2018 et les TJP des établissements de santé

Malgré ce différentiel significatif entre coûts et tarifs journaliers, les recettes générées au profit des établissements de santé restent modestes. En effet, une majorité de patients ne sont pas redevables du ticket modérateur, soit du fait du montant unitaire des actes, soit parce qu'ils sont pris en charge dans le cadre d'une affection de longue durée. Il subsiste cependant une faible proportion de patients soumis à des tarifs journaliers décorrélés des coûts réels du séjour.

²⁵⁷ Cour des comptes, rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, chapitre IV : la participation des assurés au financement de leurs dépenses de santé : une charge croissante, une protection maladie à redéfinir, septembre 2016.

²⁵⁸ Soit 20 % du cout journalier en réanimation déterminé par l'établissement.

Plusieurs situations de ce type sont apparues au décours de la première vague de covid et ont donné lieu à l'émission de factures de plusieurs milliers d'euros à destination de patients parfois non pris en charge au titre d'une affection longue durée ou d'un contrat d'assurance santé complémentaire.

L'article 51 de la LFSS pour 2021, qui a modifié l'article 35 de la LFSS pour 2020²⁵⁹, prévoit l'instauration entre le 1^{er} janvier 2021 et le 1^{er} janvier 2024, d'un coefficient de transition permettant de diminuer progressivement les revenus issus de ces recettes et d'en lisser l'impact sur le résultat et la trésorerie des établissements de santé publics ou privés à but non lucratif, du fait de la création de tarifs nationaux journaliers de prestations (TNJP) en lieu et place des TJP.

Renforcer la neutralité de la tarification sur les pratiques et le financement des soins critiques

L'ensemble des éléments réunis ci-dessus montrent que le mode de financement des soins critiques n'apparaît pas adapté. Ce constat n'est pas nouveau. En effet, l'article 79 de la LFSS pour 2017 a prévu le cadre générique d'une évolution 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.

Afin de documenter les contours de ce nouveau modèle, des travaux d'identification du coût du séjour en soins critiques, plus fins que ceux issus du RTC, ont été menés dans le cadre d'une étude de coût dédiée²⁶⁰. Toutefois les résultats de cette étude n'ont pas été considérés comme concluants²⁶¹. Les travaux de réforme du modèle de financement des soins critiques auraient dû débiter fin 2020, à l'issue des travaux relatifs à la réforme des autorisations eux-mêmes retardés.

La réforme du financement des soins critiques devrait avoir pour objectifs principaux de minimiser l'impact des modalités de financement sur les choix médicaux et l'orientation des patients vers ou depuis une unité de soins critiques et de mettre fin à l'immobilisation injustifiée de lits de soins critiques dans le but d'en optimiser le financement par le jeu des suppléments.

²⁵⁹ Les dotations Migac qui avaient été le vecteur initialement prévu par l'article 35 de la LFSS pour 2020 pour lisser ces effets revenus dans le temps ne s'avèrent pas le vecteur adapté, notamment pour les établissements de santé disposant d'un faible montant de dotations Migac.

²⁶⁰ Cette étude a été initiée en 2016 sur les données de 2015, puis reconduite pour les données 2017 et 2018.

²⁶¹ Du fait de la petite taille des échantillons et de leur variabilité sur 3 ans, les résultats de cette étude mettent en évidence des coûts constatés avec de larges intervalles de confiance statistiques.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La crise sanitaire liée à la covid 19 n'a pas seulement éprouvé les dispositifs nationaux de gestion de crise. Elle a mis en lumière des difficultés structurelles des soins critiques, pour certaines connues de longue date mais rarement au cœur des analyses et décisions de politiques publiques depuis deux décennies.

La première concerne le dimensionnement et la localisation de l'offre en soins critiques. Elle n'a pour l'instant jamais été modélisée et les facteurs qui peuvent l'influencer – la population, sa répartition sur le territoire, son vieillissement, le progrès médical, la prévention – n'ont pas été étudiés ni a fortiori pris en compte. Si l'objectif de concentration de l'offre de soins critiques, fixé par les pouvoirs publics au début des années 2000 a été atteint, la croissance de cette offre a été limitée aux secteurs de la surveillance continue et des soins intensifs. Les capacités en réanimation sont restées stables, alors même que la population augmentait, que son vieillissement était déjà sensible et que ces soins sont sans alternative pour les patients qui en ont besoin. L'offre de soins critiques est en outre insuffisamment informatisée et intégrée en réseau et insuffisamment plastique.

La deuxième difficulté concerne le parcours des patients, caractérisé par un manque de fluidité en aval, qui a pour conséquence de maintenir en services de soins critiques des patients qui pourraient en sortir, provoquant une indisponibilité récurrente de lits.

La troisième concerne les ressources des soins critiques. Le secteur est confronté à une crise des ressources humaines. La démographie médicale insuffisamment dynamique. Les infirmiers, qui constituent un maillon essentiel, ne bénéficient pas d'une formation initiale adéquate en soins critiques et ne voient pas leurs compétences acquises dans les services de soins critiques non reconnues ni valorisées. En outre, important *turn-over* rend l'exercice en soins critiques encore plus difficile. Enfin, en ce qui concerne les ressources matérielles des soins critiques, le mode de financement actuel des soins critiques ne permet pas de couvrir les coûts engagés pour ces activités.

C'est pourquoi la Cour formule les recommandations suivantes :

- 4. définir les critères permettant à une unité de surveillance continue (USC) de rester isolée, prévoir la mise en réseau territorial de ces USC avec un service de réanimation et déterminer un mode de coordination pérenne des soins critiques qui soit en mesure d'inclure les structures publiques et privées (DGOS, ARS, CNP).*
- 5. définir au niveau national les indicateurs de suivi de l'activité programmée et non programmée en soins critiques et prévoir la prise en compte par les ARS de ces résultats dans l'analyse des demandes d'autorisation ou de renouvellement d'autorisation de soins critiques (ARS, DGOS).*
- 6. expérimenter l'identification, pour les filières de soins les plus concernées, de lits « post-soins critiques », bénéficiant d'une permanence des soins médicale et paramédicale renforcée, afin de garantir un aval fluide et régulier des soins critiques tout au long de la semaine et de l'année (DGOS, CNP).*
- 7. réviser les conditions techniques de fonctionnement des unités de soins critiques pour les moderniser et améliorer leur modularité (DGOS, CNP).*

-
8. *informatiser toutes les unités de soins critiques, garantir l'interopérabilité des systèmes d'information pour faciliter la constitution d'une base de données nationale en soins critiques afin d'assurer de meilleurs parcours aux patients et un suivi permanent de l'activité de ces unités (DGOS, CNP).*
 9. *réviser le modèle de financement des soins critiques afin de garantir la couverture des coûts s'agissant de soins qui ne disposent d'aucune alternative pour les patients (DGOS).*
 10. *évaluer, avec le concours des Conseils nationaux professionnels de médecine intensive-réanimation et d'anesthésie-réanimation et médecine péri-opératoire, l'impact du vieillissement de la population sur les besoins d'hospitalisation en soins critiques en prenant en compte l'incidence des progrès médicaux et des politiques de prévention à long terme et augmenter l'offre en conséquence (DGOS, DGS, SPF, HAS).*
 11. *amplifier le nombre de postes ouverts aux ECN en médecine intensive et de réanimation comme en anesthésie-réanimation, afin de tenir compte de l'augmentation des besoins en soins critiques, notamment en réanimation médicale, et des tensions démographiques de l'anesthésie et de continuer à bénéficier de la polyvalence des anesthésistes-réanimateurs (DGOS, SGMAS).*
 12. *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 (DGOS).*
-

Liste des abréviations

ANAP	Agence nationale d'appui à la performance
ANS.....	Agence du numérique en santé
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament
APHP	Assistance Publique-Hôpitaux de Paris
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive
CH	Centre hospitalier
CHR	Centre hospitalier régional
CHRU	Centre hospitalier régional universitaire
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLCC	Centre de lutte contre le cancer
CMA.....	Comorbidité associée
CMD.....	Catégorie majeure de diagnostic
CME	Commission médicale d'établissement
CNG	Centre national de gestion
CNP.....	Conseil national professionnel
CNP ARMPO	Conseil national professionnel d'anesthésie-réanimation et de médecine péri-opératoire
CNP MIR	Conseil national professionnel de médecine intensive et de réanimation
CNUH	Conseil national de l'urgence hospitalière
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CSP	Code de la santé publique
DES	Diplôme d'études spécialisées
DESC	Diplôme d'études spécialisées complémentaires
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
DM.....	Dispositif médical
DMS	Durée moyenne de séjour
DPI.....	Dossier patient informatisé
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS	Direction de la sécurité sociale
DSI.....	Direction des systèmes d'information
ECMO	Extracorporeal membrane oxygenation
ECN.....	Épreuves nationales classantes
EML	Équipements matériels lourds

ENC.....	Échelle nationale des coûts
EPS	Établissement public de santé
ESPIC	Établissement de santé privé d'intérêt collectif
ETP	Équivalent temps plein
EVASAN.....	Évacuation sanitaire
Ex-DGF.....	Ex-dotation globale de financement
Ex-OQN	Ex- objectif quantifié national
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs
FHF	Fédération hospitalière de France
FHP	Fédération de l'hospitalisation privée
FMIH.....	Fédération médicale inter-hospitalière
GHM	Groupe homogène de malades
GHS	Groupe homogène de séjour
GHT	Groupement hospitalier de territoire
HAD.....	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HPST	Hôpital patient santé territoire (loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009)
HC	Hospitalisation à temps complet
HP.....	Hospitalisation à temps partiel
IADE.....	Infirmier(e) anesthésiste diplômé(e) d'État
IBODE.....	Infirmier(e) de bloc opératoire diplômé(e) d'État
ICU.....	Intensive care unit
IDE.....	Infirmier(e) diplômé(e) d'État
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INPH	Intersyndicat National des Praticiens Hospitaliers
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IRDES	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
MAR.....	Médecin anesthésiste-réanimateur
MARS	Message d'alerte rapide sanitaire
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
MERRI	Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation
MIR	Médecine intensive et réanimation
MIGAC	Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
NRBCE	Nucléaire, radiologique, biologique, chimique, explosif
ORSAN	organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles
ORSAN REB	ORSAN risques épidémiques et biologiques
OSIS	Observatoire des systèmes d'information de santé
PADHUE.....	Procédure d'autorisation d'exercice des praticiens à diplôme hors Union Européenne
PDSES.....	Permanence des soins en établissements de santé
PIE.....	Pôle inter-établissement
PH.....	Praticien hospitalier
PMP.....	Projet médical partagé

PMSI	Programme de médicalisation du système d'information
PRS.....	Projet régional de santé
PUI.....	Pharmacie à usage intérieur
PU-PH	Professeur des universités-praticien hospitalier
RTC.....	Retraitement comptable
TAVI.....	Transcatheter aortic valve implantation
T2A	Tarifcation à l'activité
UHCD	Unité d'hébergement de courte durée
USC.....	Unité de surveillance continue
USI.....	Unité de soins intensifs
USIP	Unité de soins intensifs polyvalents
USINV.....	Unité de soins intensifs neuro-vasculaire
USLD	Unité de soins de longue durée
ROR	Répertoire opérationnel des ressources
SAE.....	Statistique annuelle des établissements de santé
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SAU.....	Service d'accueil des urgences
SDU.....	Step down unit
SFAR.....	Société française d'anesthésie-réanimation
SGMAS.....	Secrétariat général des ministères des affaires sociales
SGDSN.....	Secrétariat général à la défense et la sécurité nationale
SIH	Système d'information hospitalier
SIOS	Schéma interrégional de l'offre de soins
SI-VIC.....	Système d'information pour le suivi des victimes
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
SNITEM.....	Syndicat National de l'Industrie des Technologies Médicales
SPF.....	Santé publique France
SRLF	Société de réanimation de langue française
SROS.....	Schéma régional de l'offre de soins
SRS.....	Schéma régional de santé
SSPI.....	Salle de surveillance post-interventionnelle
SSA	Service de santé des armées
SSR.....	Soins de suite et de réadaptation
TJP	Tarif journalier de prestation

Annexes

Annexe n° 1 : demande d'enquête.....	162
Annexe n° 2 : terminologie des soins critiques	164
Annexe n° 3 : liste des personnes rencontrées.....	165
Annexe n° 4 : décomposition de l'algorithme attaché à la production de suppléments journaliers en surveillance continue	168
Annexe n° 5 : principales conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement d'un service de réanimation	169
Annexe n° 6 : les spécificités de l'organisation allemande des soins critiques rendent la comparaison avec la France difficile.....	170
Annexe n° 7 : les transferts de patients : chronologie des transferts en Ile-de-France et retour d'expérience de transferts de patients en Occitanie	174
Annexe n° 8 : un exemple de l'évolution des méthodes de gestion des capacités en région : l'ARS Hauts-de-France	178
Annexe n° 9 : évolution des effectifs en réanimation durant la première phase de la crise sanitaire	181

Annexe n° 1 : demande d'enquête

KCC A2100170 KZZ
18/01/2021

R É P U B L I Q U E F R A N Ç A I S E



COMMISSION
DES
AFFAIRES SOCIALES

LA PRÉSIDENTE

Monsieur Pierre MOSCOVICI
Premier Président

Cour des comptes
13 rue Cambon
75100 PARIS Cedex 01

Paris, le 12 janvier 2021

Réf. : AFSOC_PDT_2021_001

Monsieur le Premier Président,

En application de l'article LO 132-3-1 du code des juridictions financières, j'ai l'honneur de vous demander que la Cour des comptes remette à la commission deux enquêtes, respectivement consacrées aux soins intensifs et de réanimation et à la prise en charge médicale en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

Ces sujets ont été fortement mis en relief au début de l'épidémie de covid-19.

Les capacités en soins intensifs et de réanimation dans le secteur public sont apparues à la fois sous-dimensionnées, avec des difficultés de montée en puissance face à la crise et mal réparties sur l'ensemble du territoire alors que le secteur privé faisait état de capacités disponibles. Devant ce constat, il serait utile de définir précisément ces capacités en termes d'équipement et de ressources humaines, d'examiner leur répartition territoriale mais aussi entre secteur public et secteur privé, les conditions de leur montée en puissance en cas de crise mais aussi les outils de leur programmation et de leur mobilisation. Il semble ainsi que les agences régionales de santé se soient trouvées en difficulté pour disposer des capacités disponibles en temps réel mais aussi pour les piloter, face à des centres hospitaliers universitaires mieux armés. L'enquête pourrait ainsi permettre de définir l'acteur le plus pertinent et les outils, notamment en termes de systèmes d'information, les plus adaptés pour programmer et piloter ces capacités. Une comparaison avec l'Allemagne me paraîtrait susceptible d'éclairer utilement ce travail.

.../...

- 2 -



Quant à la prise en charge médicale en Ehpad, les unités de soins de longue durée ont longtemps fait figure de repoussoir dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Or l'entrée plus tardive et dans un état de dépendance accrue des résidents d'Ehpad réinterroge profondément un modèle plus axé sur le séjour et moins sur la prise en charge médicale. Se posent notamment les questions de l'efficacité de cette prise en charge (adéquation aux besoins et indicateurs de qualité objectifs), de son efficacité (mode de financement, coût pour l'assurance maladie et pour le résident, et situation financière des Ehpad qui en résulte) mais aussi de la pertinence des outils de mesure existants (les grilles AGGIR et Pathos en particulier). Là encore, je souhaiterais que la Cour puisse proposer un modèle d'organisation, de prise en charge et de financement adapté aux besoins des personnes accueillies au sein de ces établissements.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Premier Président, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Bien à vous

Catherine DEROCHE

Annexe n° 2 : terminologie des soins critiques

- La dénomination « réanimation » renvoie au service médical défini dans le code de la santé publique (mention 15° de l'article R. 6123-25) et une définition du périmètre des soins de réanimation prévu à l'article R. 6123-33 : « Les soins de réanimation sont destinés à des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance ». Dans cette unité travaillent essentiellement deux types de médecins : les médecins spécialisés en médecine intensive-réanimation (MIR) et les médecins spécialisés en anesthésie-réanimation ;

- La dénomination « soins intensifs » renvoie aux unités de « soins intensifs²⁶² » qui sont destinés à des patients qui présentent ou qui sont susceptibles de présenter une défaillance aiguë d'un organe spécifique et mettant directement en jeu à court terme leur pronostic vital et impliquant le recours à une méthode de suppléance. Il s'agit de certains services spécialisés en cardiologie (Usic) en neurologie vasculaire (Usinv) et dans d'autres spécialités comme l'hématologie, la néphrologie, etc.

- La dénomination « surveillance continue » renvoie aux unités de « surveillance continue²⁶³ » qui sont destinées à la prise en charge des malades qui nécessitent, en raison de leur état ou du traitement qui leur est appliqué, une observation clinique et biologique répétée et méthodique.

- La dénomination « soins critiques », terme non juridique, correspond à un périmètre élargi intégrant, à côté de la réanimation, les segments d'activités critiques autres, que sont les soins intensifs et la surveillance continue, qui relèvent tous deux d'un dispositif de reconnaissance contractuelle et non de l'autorisation sanitaire.

- La dénomination « médecine intensive » renvoie au corps médical des médecins spécialisés en médecine intensive-réanimation représentés par le Conseil national professionnel (CNP) de médecine intensive réanimation ;

²⁶² Articles D. 6124-104 et suivants

²⁶³ Articles D. 6124-117 et suivants

Annexe n° 3 : liste des personnes rencontrées

- **Direction générale de l'offre de soins (DGOS)**

Mme Katia JULIENNE, directrice générale

M. Marc REYNIER, adjoint au sous-directeur des ressources humaines du système de santé

Mme Gaëlle DUFOUR adjointe à la sous-directrice Pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins

Mme Céline CASTELAIN-JEDOR, chef du bureau plateaux techniques et prises en charge hospitalières aiguës

Mme Caroline LE GLOAN, chef du bureau Systèmes d'Information des acteurs de l'offre de soins

Mme Marie-Gabrielle RIETSCH, chargée de mission E-parcours

- **Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)**

Dr Marie-Caroline CLEMENT, chargée de mission veille prospective et analyse des activités de soins

Mme Pauline RENAUD, chef de service

Mme Pascaline LEBRETON, ingénieur statisticien

- **Assistance-publique Hôpitaux de Paris**

Pr Jean-Michel CONSTANTIN, réanimation médicale, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière

Pr Mathieu RAUX, anesthésiste-réanimateur, directeur médical de crise, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière

Pr Louis PUYBASSET, chef du pôle, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière

Pr Pierre JOURDAN, réanimation chirurgicale, Hôpital Cochin

Pr Antoine VIEILLARD-BARON, réanimation médicale, hôpital Ambroise Paré

- **Conseil national professionnel d'anesthésie-réanimation et de médecine péri-opératoire (CNP Armpo)**

Pr Bertrand DUREUIL, CHU de Rouen, Président du CNP Armpo

Dr Laurent HEYER, AP-HP, secrétaire général du CNP Armpo

Dr Pierre LANOT, membre du conseil d'administration du CNP Armpo

Dr Stéphane PETIT MAIRE, membre du conseil d'administration du CNP Armpo

- **Conseil national professionnel de médecine intensive et réanimation (CNP Mir)**

Pr Jean-Paul MIRA, réanimation médicale, Hôpital Cochin, Président du CNP
Pr Éric MAURY, réanimation médicale, Hôpital Saint-Antoine, Président de la SRLF
Pr Laurent ARGAUD, réanimation médicale, Hospices civils de Lyon
Pr Gilles CAPPELLIER, réanimation médicale, CHU de Besançon
Dr Francesco SANTOLI, réanimation médicale, Centre hospitalier intercommunal Robert Ballanger (Aulnay-Sous-Bois)
Dr Lionel LIRON, anesthésiste-réanimateur, clinique du Tonkin, Villeurbanne

- **Conseil national professionnel de médecine physique et de réadaptation**

Dr Brigitte BARROIS, CH de Gonesse, présidente
Pr Philippe MARQUE, CHU de Toulouse, vice-président
Pr Xavier DE BOISSEZON, CHU de Toulouse
Pr Isabelle LAFFONT CHU de Montpellier

- **Fédération nationale des infirmier(e)s de réanimation (Fnir)**

Mme Sabine VALERA, présidente de la Fnir

- **Union Nationale des Associations de Familles de Traumatisés Crâniens et Cérébrolésés**

M. Emeric GUILLERMOU, avocat, président de l'UNAFTC
Dr Philippe PETIT, médecin de santé publique, chargé des questions éthiques
Pr Philippe AZOUVI, administrateur, service de médecine physique et de réadaptation, hôpital Raymond-Poincaré AP-HP

- **OCDE**

M. Guillaume DEDET, Policy Analyst/Health Economist

- **CH de Perpignan**

M. Barthélémy MAYOL, directeur
Dr Yves GARCIA, président de la CME
Dr Olivier BARBOT, chef de service de la réanimation médicale
Dr Laurent BONHOMME, chef de pôle « Anesthésie-réanimation bloc »
Dr Isabelle HERAN, chef de service de la Pharmacie

Mme Audrey PANIEGO, directrice des ressources humaines

Mme Olivia DIVOL, directrice des affaires médicales

Mme Karine BEDOLIS, directrice de la stratégie

Mme Agnès DESMARS, directrice des soins

Mme Christine VILLAGINES, cadre supérieure de santé du pôle Bloc Réanimation

- **CHU d'Angers**

Mme Cécile JAGLIN-GRIMONPREZ, directrice générale

Pr Alain MERCAT, président de la commission médicale d'établissement et chef de service « médecine intensive – réanimation »

- **Personnes qualifiées**

Pr Gilles BERNARDIN, chef de service de réanimation médicale, CHU de Nice

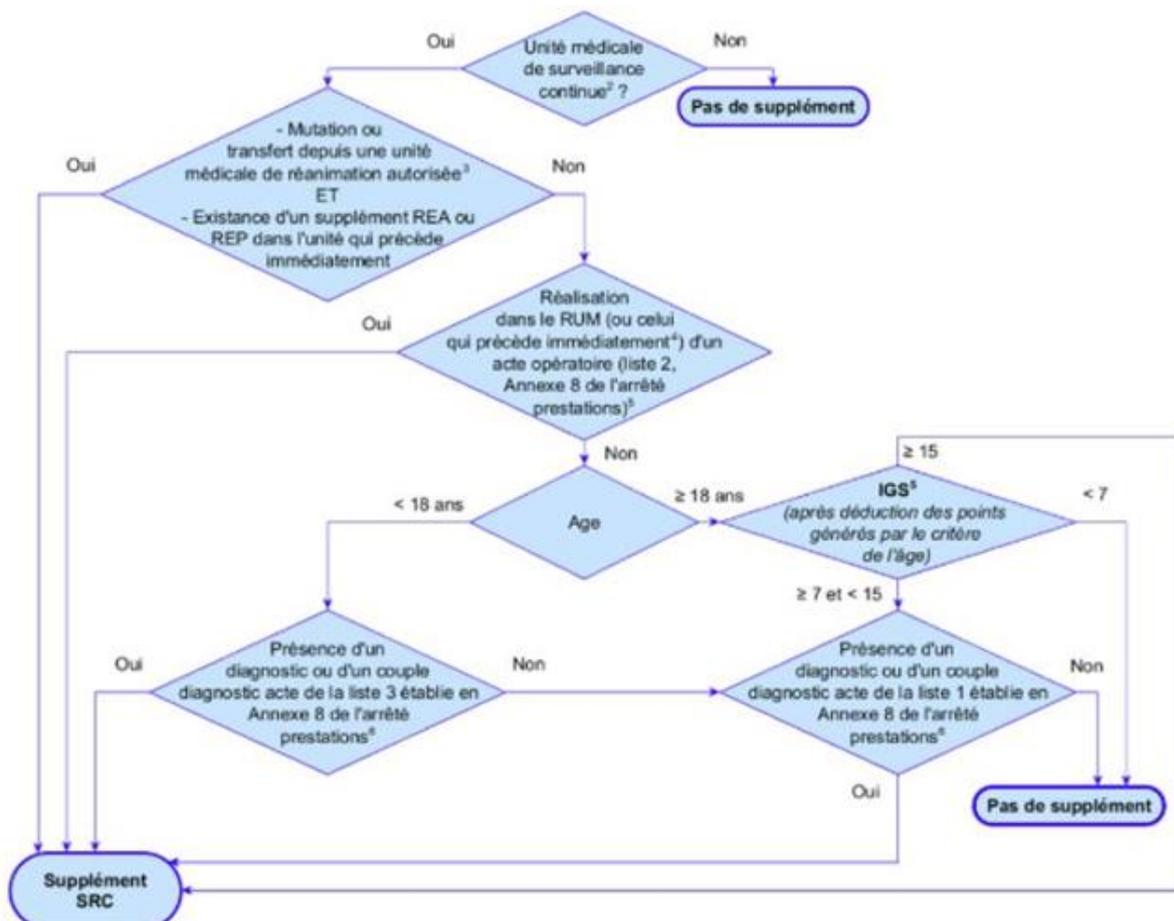
Dr Hervé HYVERNAT, réanimateur médical, CHU de Nice

Pr Didier GRUSON, réanimateur médical, CHU de Bordeaux

Dr Alain LEPAPE, unité de recherche clinique Soins critiques CHU Lyon

Annexe n° 4 : décomposition de l'algorithme attaché à la production de suppléments journaliers en surveillance continue

Schéma n° 8 : algorithme attaché à la production de suppléments journaliers en surveillance continue



Source : Arrêté du 4 mars 2015 fixant pour l'année 2015 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale

Annexe n° 5 : principales conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement d'un service de réanimation

Tableau n° 27 : principales conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement d'un service de réanimation

Permanence de soins	Accueil, prise en charge diagnostique et thérapeutique et surveillance des patients H24, 7J/7	art. R 6123-34
	Permanence médicale et paramédicale à la disposition exclusive de l'unité	art. R 6123-35
	Permanence médicale assurée par au moins un médecin membre de l'équipe médicale de l'unité. Pour les EPS et les ESPIC : possibilité hors service de jour, de faire assurer la permanence par un interne doublé d'un senior en astreinte opérationnelle	art. D 6124-29
Sécurité et continuité des soins	Organisation du retour et du transfert des patients dans les USC ou toute autre unité d'hospitalisation complète (le cas échéant, par convention)	art. R 6123-34
Capacités de l'unité	8 lits minimum Par dérogation du DGARS : 6 lits minimum.	art. R 6123-37
Installations de l'établissement	En hospitalisation complète : Installations de médecine et de chirurgie ou installations de chirurgie.	art. R 6123-38
	Par dérogation : Installations de médecine en hospitalisation complète, si convention de transfert des patients vers des Ets dotés d'installations de chirurgie	
	Au moins une unité de surveillance continue (USC) Une unité de soins intensifs (USI) ou organisation du transfert par convention vers des Ets dotés d'une USI	
Locaux de l'unité de réanimation	Trois zones : zone d'accueil, zone d'hospitalisation et zone technique de nettoyage, de décontamination et de rangement de matériels	art. D 6124-27
	Pièce permettant aux médecins d'assurer la permanence médicale sur place H24, 7j/7.	art. D 6124-28
Moyens techniques	1° Équipements mobiles permettant de réaliser des examens de radiologie classique, d'échographie, d'endoscopie bronchique et digestives (sur site) 2° Un secteur opératoire (avec au moins une salle aseptique et des moyens de surveillance post- interventionnelle (sur site ou par convention) 3° Moyens techniques pour la réalisation d'examens en scanographie, angiographie et IRM (sur site ou par convention) 4° Laboratoire pour la réalisation d'examens de bactériologie, biochimie, hémostase et gaz du sang (sur site ou par convention)	art. D 6124-28-1
Équipe médicale de l'unité	Un ou plusieurs médecins qualifiés compétents en réanimation ou titulaires du diplôme d'études spécialisées complémentaire de réanimation médicale lorsqu'il s'agit d'une unité à orientation médicale ou médico-chirurgicale. Le cas échéant, un ou plusieurs médecins ayant une expérience attestée en réanimation selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la santé.	art. D 6124-31
Équipe paramédicale de l'unité	Sous la responsabilité d'un cadre infirmier, au minimum : - deux infirmiers ou infirmières pour cinq patients ; - un aide-soignant pour quatre patients.	art. D 6124-32
Autres compétences paramédicales	L'établissement de santé est en mesure de faire intervenir en permanence un masseur- kinésithérapeute justifiant d'une expérience attestée en réanimation et dispose, en tant que de besoin, d'un psychologue ou d'un psychiatre et de personnel à compétence biomédicale.	art. D 6124-33

Source :

Annexe n° 6 : les spécificités de l'organisation allemande des soins critiques rendent la comparaison avec la France difficile

- Une approche qui diverge entre les deux pays dès l'émergence du concept de réanimation

L'organisation des soins critiques en France et en Allemagne présente, dès l'origine une orientation très différente : éclatée outre-Rhin entre chaque spécialité, concentré en France au sein d'unités dédiées.

Dans les années 50, les premières unités de soins intensifs allemandes furent créées dans quelques grands hôpitaux et organisées par des anesthésistes, des médecins internistes et des neurologues. Afin de répondre aux besoins croissants de prise en charge des patients les plus graves, ces unités se sont répandues dans de nombreux hôpitaux et au travers de multiples disciplines médicales, chacun réalisant qu'il s'agissait d'un champ nouveau et important de l'activité médicale. Dès lors se posa la question de savoir de quelle(s) spécialité(s) devaient relever les soins critiques. La société allemande de médecine interne constitua en 1969 un groupe de travail pour la médecine interne intensive. Inquiètes de perdre leur influence sur les soins intensifs, les autres disciplines se réunirent pour créer en 1977 une Association interdisciplinaire de médecine des soins critiques (*Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin* ou Divi), dans laquelle les sociétés professionnelles intéressées par les soins intensifs étaient représentées par des délégués. Les objectifs affichés par la Divi étaient d'améliorer la coopération entre ces sociétés, favoriser la communication entre elles et avec d'autres associations et représenter leurs intérêts communs en médecine des soins intensifs au niveau international²⁶⁴.

En France, la réanimation telle qu'on l'entend actuellement fut créée en 1954 au sein de l'AP-HP (hôpital Bichat-Claude Bernard), où la création du centre de traitement des formes respiratoires de la poliomyélite par la ventilation mécanique assistée par voie endo-trachéale, permit une diminution considérable de la mortalité. D'emblée, ces pratiques médicales furent perçues comme une nouvelle spécialité médicale à part entière, fondée sur le rassemblement au sein d'un même service de praticiens de différentes spécialités afin de permettre la prise en charge de l'ensemble des défaillances d'organes.

- Un faible écart entre l'Allemagne et la France sur le plan des capacités d'hospitalisation en soins critiques

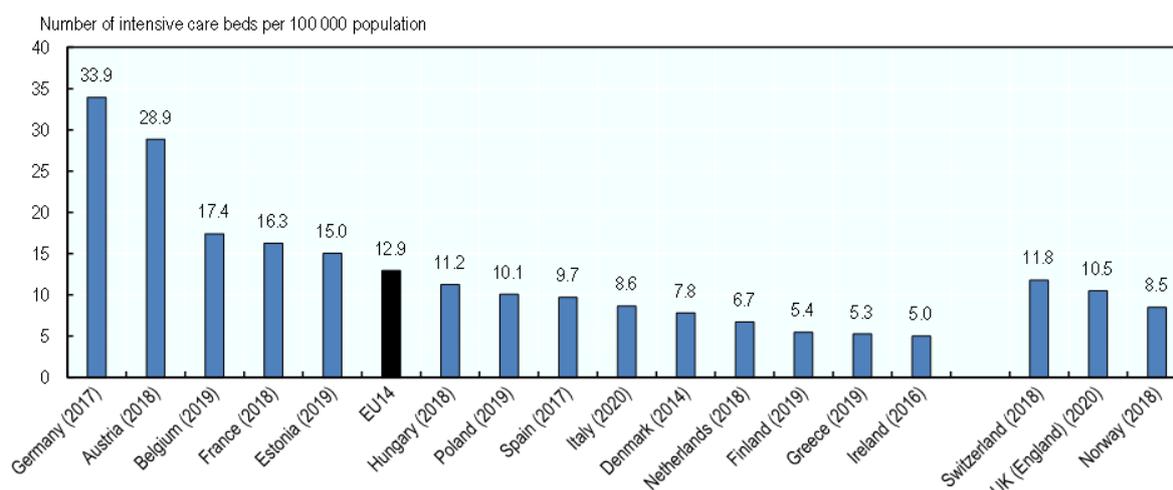
Plusieurs publications ont cherché à comparer le taux d'équipements de différents pays en lits de soins critiques. De façon systématique, les résultats font apparaître, à la fois des écarts considérables, une difficulté à corréliser ces différences avec les résultats de morbi-mortalité, un fort taux d'équipement de l'Allemagne et une position systématiquement intermédiaire de la France²⁶⁵. En juin 2020, l'OCDE a procédé à une actualisation de ces données. Dans cette étude,

²⁶⁴ H. Burchardi, modalités de formation des réanimateurs et exercice de la réanimation en Allemagne Structures, Göttingen, Réanimation 14 (2005).

²⁶⁵ Wunsch et al., variation in critical care services across North America and Western Europe. Crit Care Med 2008. Rhodes et al., the variability of critical care bed numbers in Europe, Intensive Care Med (2012) ; Bauer J 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 Med, 2020.

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.

Tableau n° 28 : nombre de lits de soins critiques pour 100 000 habitants au sein de l'OCDE



Source : OCDE, juin 2020

Cependant et comme la Cour a déjà pu l'établir²⁶⁶, ces comparaisons présentent des biais méthodologiques importants qui reflètent les différences de gouvernance et d'organisation des soins critiques retenus par chaque pays.

En termes de gouvernance, les Länder ont des compétences importantes en matière de santé publique (notamment pour la mise en œuvre des politiques de santé publique), de soins hospitaliers (planification de l'offre de soins, financement et gestion des hôpitaux publics les plus importants, en particulier les hôpitaux universitaires) ainsi que d'organisation territoriale de l'offre de soins ambulatoires²⁶⁷. En termes d'organisation, malgré une définition des soins critiques en Allemagne²⁶⁸ qui recoupe parfaitement la définition française, la France a retenu une organisation des soins critiques à trois niveaux, alors que l'Allemagne fonde son organisation sur le seul critère de la présence médicale permanente ou pas, au sein de ces unités.

Ainsi, les plans hospitaliers des Länder prévoient la présence de lits de soins critiques dans l'ensemble des hôpitaux dispensant des soins hospitaliers conventionnels, mais avec une modulation de la présence médicale, permanente dans les seuls hôpitaux de recours situés dans

²⁶⁶ Cour des comptes, rapport public annuel, « Réanimation et soins critiques en général: un modèle à repenser après la crise », mars 2021.

²⁶⁷ P. Hassenteufel, Le système de santé allemand face à la crise du coronavirus, Comité d'études des relations franco-allemandes, Novembre 2020.

²⁶⁸ Les unités de soins intensifs sont des structures spécialement dotées en personnel et équipements dans lesquels les soins médicaux des patients gravement malades sont assurés. Le patient gravement malade est caractérisé par des troubles potentiellement mortels d'un ou plusieurs systèmes organe (Source : DIVI Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin).

les grandes agglomérations. Cette exigence qui marque réellement la gradation des soins critiques allemands permet imparfaitement d'assimiler les lits de réanimation des petits hôpitaux allemands (sans présence médicale permanente) à des lits de surveillance continue en France²⁶⁹. Ainsi, une part significative des lits de réanimation en Allemagne ne dispose pas d'une présence médicale la nuit. Or, si les données retenues par l'étude de l'OCDE prennent en compte, pour l'Allemagne, la totalité des lits adultes et enfants pour l'ensemble des soins critiques, celles qui ont été données retenues pour la France ne prennent en compte que les seuls lits de réanimation adultes et les lits de soins intensifs. Ni les lits de surveillance continue, ni l'ensemble des lits de soins critiques dédiés aux enfants ne sont comptabilisés.

Dans le cadre de son dernier rapport public annuel, la Cour a cherché à rétablir des périmètres de comparaison homogènes entre l'Allemagne et la France en prenant en compte la totalité des lits de soins critiques sur la base de la définition identique donnée par les deux pays à ces activités. Les écarts observés entre les deux pays paraissent alors nettement atténués, notamment 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 critiques²⁷⁰. Au total, dans les hôpitaux allemands, les lits de soins critiques occupent 4,5 % du total des lits, et environ 5 % dans les hôpitaux de court séjour. Ce ratio est comparable à celui de la France en 2019 (4,9 %).

Tableau n° 29 : nombre de lits de soins critiques pour 100 000 habitants entre la France et l'Allemagne

<i>Pour 2017</i>	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)
<i>Allemagne</i>	82 520 000	22 502 234	27 974	33,9	124,3
<i>France</i>	66 770 000	16 609 000	19 251	28,8	115,9

Source : Cour des comptes, les effectifs populationnels et capacitaires sont ceux de l'année 2017. Pour l'Allemagne, le nombre de lits de soins critiques est déduit du ratio communiqué par l'OCDE pour cette même année.

De l'histoire des soins critiques découle le fait que, dans les grands hôpitaux allemands existent habituellement de nombreuses unités de soins critiques d'anesthésiologie, de chirurgie, chirurgie cardiaque, de médecine interne, de neurologie, de neurochirurgie, de pédiatrie, de néonatalogie. Ces unités comprennent habituellement 8 à 12 lits dans lesquels sont majoritairement admis les patients relevant de la spécialité. Dans les hôpitaux de plus petite taille, l'unité de soins critiques est polyvalente et souvent dirigée par un anesthésiste. Cependant depuis 2005 et en raison de la pression économique qui pèse lourdement sur les grands hôpitaux, les structures hospitalières ont connu des évolutions. Ainsi, dans quelques hôpitaux universitaires, de grandes unités de soins critiques ont été constituées sur un modèle de plateau technique de soins critiques, réunissant plusieurs unités pré-existantes dans une structure commune à plusieurs spécialités, par exemple de toutes les spécialités chirurgicales. De tels

²⁶⁹ International comparisons of selected service lines in seven health systems, annex 3 – review of service lines: critical care, evidence report, Molitor, 2014.)

²⁷⁰ 64 % des séjours réalisés en France en 2019.

centres multidisciplinaires sont en général dirigés par un médecin intensiviste-réanimateur qualifié dont la spécialité d'origine est fréquemment l'anesthésiologie.

Au total et du fait de l'absence de niveaux des soins critiques, les unités de soins intermédiaires (de type surveillance continue ou soins intensifs) sont quasi-absentes dans les hôpitaux allemands et une proportion importante des patients hospitalisés dans les « ICU Beds », n'est pas dans une situation de détresse majeure comparable aux lits de réanimation français : beaucoup d'entre eux étant en situation post-opératoire ne justifiant que d'une prise en charge brève²⁷¹.

²⁷¹ H. Burchardi, modalités de formation des réanimateurs et exercice de la réanimation en Allemagne Structures, Göttingen, Réanimation 14 (2005).

Annexe n° 7 : les transferts de patients : chronologie des transferts en Ile-de-France et retour d'expérience de transferts de patients en Occitanie

Chronologie des transferts – ARS Ile-de-France

L'augmentation rapide du nombre de cas admis en réanimation, la diminution mécanique des disponibilités et les alertes venant des établissements ont conduit l'ARS Ile de France, avec l'accord et en lien avec le CCS (centre de crise sanitaire) à organiser plusieurs séries de transferts entre le 28/03 et le 10/04.

Le 25 mars, le taux d'occupation des réanimations franciliennes est de 73 % par des patients covid+ (900 patients covid+ ventilés estimés /1226 lits de réa de base), en tenant compte du fait que des capacités d'USC et d'USI ont d'ores et déjà été converties en lits de réanimation (1125 patients covid+ en réanimation).

Compte tenu de l'évolution rapide du nombre d'entrées en réanimation, il était attendu 2000 patients en soins critiques avant le 30 mars.

Le 25 mars, le DG ARS réunit donc par conférences téléphoniques les directions des différents groupements hospitaliers de la région (AP-HP, ESP, ESPIC, cliniques privées lucratives) et leur demande d'augmenter sous 72h la capacité en lits de réanimation de 1000 lits sur la région.

En parallèle, le CCS précise que les évacuations sanitaires (Evasan) de patients entre régions sont régulées et autorisées uniquement par leurs soins.

Le 26 mars, le MARS N°2020-19 relatif à la Stratégie d'organisation des transferts de patients covid-19 nécessitant de la réanimation est diffusé et décrit l'organisation requise pour la réalisation de transferts inter-régions.

Le 27 mars, au vu de la pression croissante sur la disponibilité en lits de réanimation, le DG ARS sollicite le CCS pour la mise en œuvre de transferts extrarégionaux depuis l'IDF.

Les 28, 29 et 30 mars, les premiers transferts de patients hors IDF sont réalisés (3 patients le 28, 3 le 29, 6 le 30)

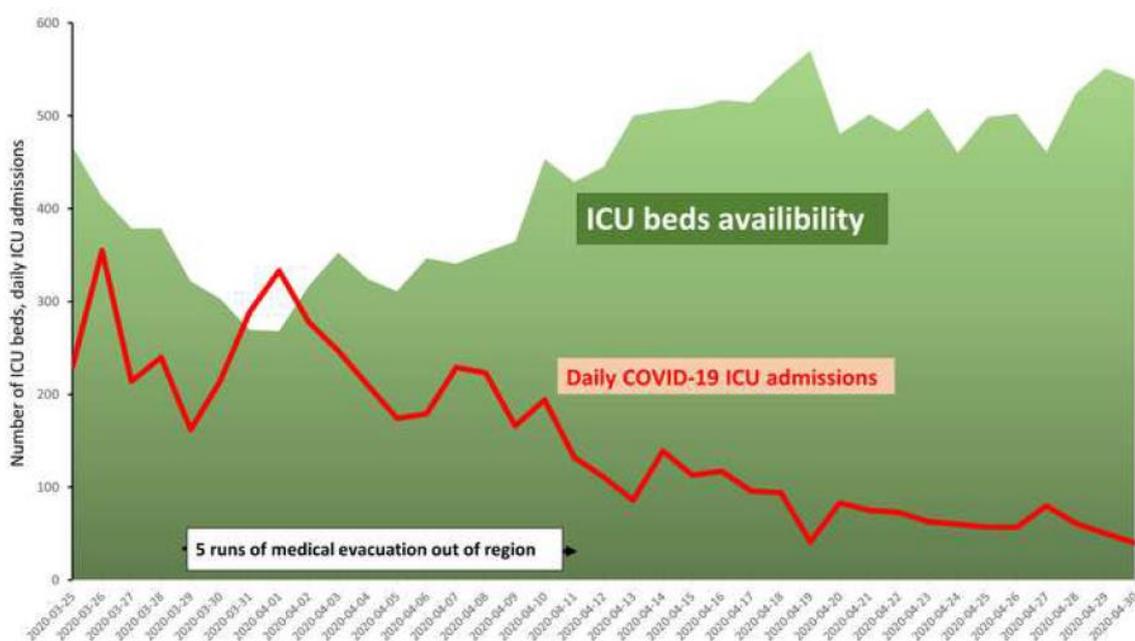
Le 30 mars, l'ARS recense seulement 112 disponibilités en réanimation dont 61 en secteurs covid+. En parallèle, suite à la demande du DG ARS du 25 mars, les efforts de tous les ES, publics et privés, permettent d'augmenter les capacités de réanimation de 72 % par rapport aux capacités nominales pour atteindre environ 2150 lits.

Le 31 mars, le seuil des 2000 patients en soins critiques est atteint. Les capacités ne pouvant plus être augmentées faute de personnels (notamment anesthésistes réanimateurs et Iade, professions déjà en tension avant la crise) et la cinétique de l'épidémie poursuivant son accélération, des transferts plus importants en volume sont demandés au CCS, qui en valide le principe.

La campagne de transferts du 1^{er} avril alliant transferts ferroviaires (chardons 4 & 5) et aériens permet ainsi d'évacuer 69 patients des réanimations franciliennes, qui connaissent ce même jour le record d'entrées en réanimation avec 333 patients covid+.

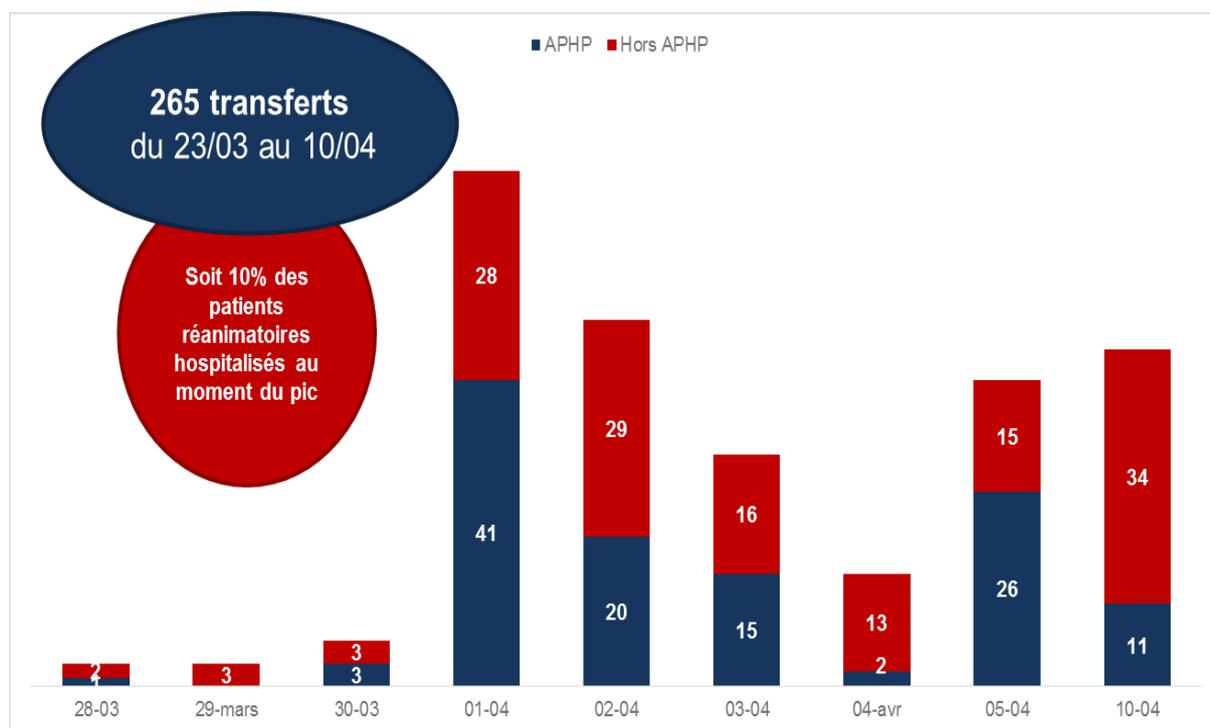
Les cinq campagnes de transferts suivantes, du 2 au 10 avril, permettent de préserver des capacités d'accueil en réanimation dans la région et ainsi de pouvoir accueillir tous les malades. Le graphique suivant présente ainsi la disponibilité en lits de soins critiques pendant la vague épidémique comparé au volume d'admissions par jour, et montre que la phase de transferts s'est située au moment le plus critique, celui du pic épidémique (survenu le 6 avril avec 2651 patients covid+ en réanimation en Île-de-France). Ces opérations de transferts ont ainsi été absolument indispensables pour faire face à la saturation des capacités de réanimation.

Graphique n° 21 : disponibilité en lits de soins critiques/volume d'admissions journalières



Source : ARS Ile-de-France

Le bilan en volume des transferts par jour est le suivant :

Graphique n° 22 : bilan en volume des transferts par jour

Source : ARS Ile-de-France

Transfert de patients vers l'Occitanie : retour d'expérience de l'ARS

32 patients ont été accueilli en région Occitanie, 2 provenant de la région Auvergne-Rhône-Alpes (ARA) et 30 provenant de la région Grand Est (GE). Ils ont été répartis sur : les établissements du département du Gard (8 patients « ventilés » accueillis sur 3 établissements dont le CHU de Nîmes), les établissements du département de la Haute-Garonne (16 patients dispatchés sur 6 établissements dont le CHU de Toulouse), les établissements du Tarn et Garonne (4 patients pris en charge sur le CH de Montauban et sur la Clinique du Pont de Chaume) et les CH de Cahors, de Tarbes (1 patient chacun).

La nécessité d'entraide et de solidarité entre régions a été un facteur de succès dans la prise en charge des patients. Toutefois ces transports ont mobilisé des moyens conséquents. Le mode de transport aérien a été plébiscité à l'aller par rapport au mode de transport ferroviaire, eu égard à l'organisation mise en place par l'armée et au nombre de patients pris en charge. La capacité d'accueil simultané du nombre de patients est un facteur limitant et impacte sur la qualité et la sécurité des soins dispensés lors du transfert secondaire si elle est dépassée. La répartition des patients vers divers établissements de la région, pour éviter la saturation des services d'accueil, a mobilisé des transferts intra-régionaux en suivant l'acheminement initial vers les aéroports régionaux.

L'optimisation des modes de transports a été étudiée afin de maîtriser les coûts. En effet, le rapport prise en charge / maîtrise des coûts plaide en faveur d'avion pouvant être affrétés pour un minimum de 6 patients. Il a toutefois été plus aisé d'organiser l'accueil d'avions acheminant 2 patients à la fois (versus 6).

La gestion des retours des patients dans leur région d'origine a été moins efficace et facteur de surcoût financier. Les retours ont été effectués au gré de l'état de santé des patients, au fil de l'eau, par des sociétés de rapatriement, en transport aérien. Les coûts financiers générés ont donc été très importants. L'organisation de ces retours n'a pu être efficace, même si le départ conjoint de deux patients par avion a été recherché. Elle a par ailleurs été très consommatrice de temps de coordination établissement/SAMU/ARS. De même, la gestion des retours des corps de patients décédés a pu être répartie entre une prise en charge par l'État du surcoût engendré par l'éloignement géographique et du reste à charge des familles pour la partie inhumation.

Le pilotage des suivis de patients en transferts de région, à l'aller, a été réalisé par l'ARS d'origine, notamment par la région Grand Est. La supervision a été assurée par le centre de crise sanitaire. En revanche, pour le retour, l'ARS Occitanie a dû suivre les transferts inter-établissements et les retours à domicile de chacun des patients. L'ARS Occitanie a pu identifier l'ensemble des patients pris en charge et leur médicalisation. Il est à noter qu'aucun événement indésirable grave (EIG) n'a été détecté en lien avec les transports. La collaboration ARS/Armée a été exemplaire pour les trajets à l'aller. L'Armée n'a pas été mobilisée pour les trajets retour.

Annexe n° 8 : un exemple de l'évolution des méthodes de gestion des capacités en région : l'ARS Hauts-de-France

Forte de l'expérience de la 1^{ère} vague, la stratégie de réponse à une reprise épidémique de la covid 19 a été formalisée le 10 octobre 2020 après une concertation de tous les acteurs. Cette doctrine, toujours en vigueur, se décline en trois seuils de préparation et d'action. Elle est pilotée par une mise en tension mesurée au travers des enquêtes capacitaires quotidiennes, portant sur le champ de la réanimation et de la médecine conventionnelle :

- palier 1 (taux d'occupation en réanimation : entre 86 et 90 % ; taux d'occupation de patients covid : entre 7,5 et 20 %) : information, optimisation des organisations actuelles, sans opérations de déprogrammation/reprogrammation d'activités ;

- palier 2 (taux d'occupation en réanimation : entre 91 et 95 % ; taux d'occupation de patients covid : entre 20 et 50 %) : mise en œuvre d'un plan de déprogrammations/reprogrammations progressif et sélectif ;

- palier 3 (taux d'occupation en réanimation : supérieur à 95 % ; taux d'occupation de patients covid : supérieur à 50 %) : mise en œuvre de déprogrammations/reprogrammations plus importantes.

Selon la criticité de la situation, du palier 1 au palier 3, les procédures à mettre en œuvre progressivement sont les suivantes :

- modalités de montée en charge des capacités de la filière des soins critiques ;
- modalités d'optimisation des organisations sans nécessité d'engager d'opérations « déprogrammation/reprogrammation » ;
- politique des transferts des patients en lien avec les SAMU et les établissements de soins ;
- modalités de mobilisation des filières d'aval en médecine, HAD, ESMS et SSR.

Une enquête évalue chaque jour l'engagement de la filière soins critiques (FSC) par établissement. Les résultats, transmis au plus tard à 16 heures, porte sur les besoins en soins critiques des patients relevant ou non de la covid. Cette enquête est indispensable à la coordination de tous les acteurs de soins.

À la dimension régionale du pilotage de la crise, il est apparu tout de suite nécessaire d'adjoindre une dimension territorialisée au plus près des unités de soins par exemple :

- saturation initiale des départements de l'ex-Picardie en 1^{ère} vague avec transferts de 10 patients le 3 avril 2020 du sud vers le nord de la région ;

- saturation initiale de la zone littorale du département du Nord, autour de l'agglomération dunkerquoise en 3^{ème} vague rendant nécessaire le transfert de plus de 100 patients en février-mars 2021 vers les réanimations de la métropole lilloise.

Le découpage régional en termes d'organisation des soins a varié de la 1^{ère} à la 2^{ème} vague et n'a pris en compte ni le périmètre strict des GHT ni les frontières des départements, ce qui a permis d'emblée d'associer dans la réflexion les établissements hospitaliers à statut publics et privés.

En 1^{ère} vague, les établissements avaient été classés en 2 rangs :

- 1^{er} rang : les centres universitaires et les établissements support des Samu ;
- 2^{ème} rang : un établissement hospitalier pour 1 ou 2 GHT (le plus souvent l'établissement support du GHT) dans un territoire de soins sans centre universitaire ni Samu.

En 2^{ème} vague, la méthodologie a été précisée en délimitant 7 territoires de santé. Tous les établissements publics et privés autorisés à la réanimation (de manière pérenne ou dérogatoire) étaient affectés à un des territoires suivants avec désignation d'un établissement plus spécifiquement en charge de la coordination :

- territoire de l'Aisne (02) autour du CH de Saint-Quentin ;
- territoire de l'Oise (60) autour du CH de Beauvais ;
- territoire de la Somme (80) – Littoral sud (62) : autour du CHU Amiens-Picardie ;
- territoire de l'Artois-Douaisis : autour du CH d'Arras puis du CH de Lens ;
- territoire du Littoral Nord (59 et 62) autour du CH de Dunkerque ;
- territoire de la métropole lilloise (59) autour du le CHU de Lille ;
- territoire du Hainaut (59) autour du CH de Valenciennes.

Une flexibilité de gestion confiée aux cellules territoriales de coordination.

En lien avec les 7 cellules territoriales de coordination, la stratégie de modification des capacités (montée en charge et désarmement des lits) a pu être concertée étroitement et en permanence avec tous les acteurs dans une logique de filières et de gradation des soins entre établissements de santé de tout statut juridique.

Concernant la montée en charge capacitaire, la méthodologie s'est modifiée entre la 1^{ère} et la 2^{ème} vague.

En 1^{ère} vague, les initiatives venaient en priorité des établissements qui avaient déprogrammé la totalité de leurs activités programmées non urgentes et déployaient au fur et à mesure de la tension sur les lits des lits supplémentaires. La régulation de la démarche se faisait à l'occasion des réunions régionales quotidiennes de coordination. Lorsque le taux d'occupation était trop élevé (supérieur à 92 %) les établissements avaient 2 alternatives :

- soit solliciter des transferts de patients dans les réanimations de proximité ou de support ;
- soit déployer des lits supplémentaires.

En 2^{ème} vague, la gestion du déploiement capacitaire s'est effectuée à la demande de l'ARS qui fixait le nombre de lits supplémentaires dans la région avec une demande qui était déclinée par territoires en prenant en compte le taux d'occupation et la cinétique de l'épidémie. Trois demandes de 100 lits supplémentaires chacune se sont étendues du 23 octobre au 9 novembre 2020.

Cette demande chiffrée de déploiement capacitaire cible était appréciée des établissements qui disposaient d'un objectif clair ce qui a été de nature à faciliter les échanges au sein des cellules de coordination territoriale notamment entre les établissements publics et privés.

Concernant l'organisation du désarmement des lits de réanimation, la méthodologie a également évolué dans le temps.

Lors de la 1^{ère} vague, le désarmement des lits de réanimation a débuté le 22 avril 2020, les établissements étant incités à formuler chaque semaine auprès de l'ARS une demande chiffrée de baisse capacitaire. Celle-ci se justifiait à partir du moment où le taux d'occupation global du service de réanimation était aux alentours de 80 %. Un fichier Excel était à remonter chaque semaine à l'ARS :

Tableau n° 30 : Fichier remonté par les établissements de santé à l'ARS

<i>Nom de l'établissement</i>	Nb total de lits de réa autorisés au 1^{er} janvier 2020	Nb lits REA déployés ce jour	Nb total de patients admis	Taux occupation ce jour	Nb lits nécessaire pour être à un TO à 80 %	Nb maximal lits à discuter	Expression de la demande de fermeture de lits
<i>CH xx</i>	13	26	17	65 %	20,8	5,2	5

Source : ARS Hauts-de-France

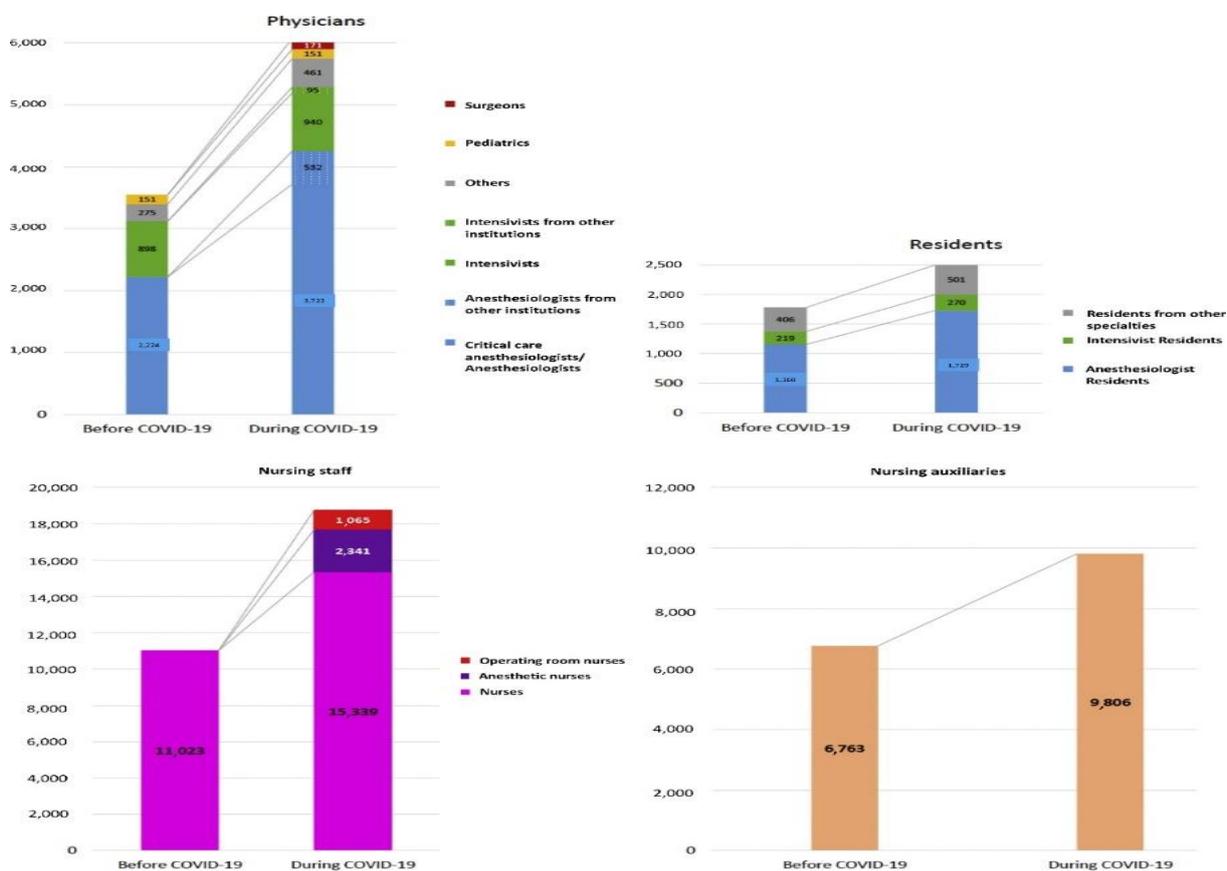
Tableau n° 31 : Comparaison des pics d'activité lors des différentes vagues

<i>La comparaison des pics d'activité des différentes vagues fournit les données récapitulatives suivantes</i>			
	08-avr-20	12-nov-20	30-mars-21
<i>N lits déployés</i>	865	766	968
<i>N patients présents</i>	685	688	837
<i>N patients covid</i>	511	456	603
<i>N patients non covid</i>	174	232	234
<i>Taux d'occupation global</i>	79 %	90 %	89 %
<i>Taux d'occupation covid</i>	59 %	66 %	62 %
<i>Taux d'occupation non covid</i>	20 %	34 %	27 %

Source : ARS Hauts-de-France

La méthode utilisée lors de la 2^{ème} vague était identique à celle de la montée en charge capacitaire avec cinq procédures chiffrées par territoire qui se sont successivement déroulées entre le 23 novembre (cible à 750 lits) et le 15 décembre 2020 (cible à 600 lits).

Annexe n° 9 : évolution des effectifs en réanimation durant la première phase de la crise sanitaire



Source: Enquête French ICU - A National Healthcare Response to Intensive Care Bed Requirements during the Covid-19 Outbreak in France