

Covid, établissements de santé et soins critiques : l'avis de la Cour des comptes 26 mars 2021

Mars 2021

Pr Roger GIL

Directeur de l'Espace de Réflexion Ethique de Nouvelle-Aquitaine

Il vaut la peine de lire avec attention le rapport public annuel de la cour des comptes¹ et notamment les deux chapitres consacrés l'un aux établissements de santé face à la première vague de covid-19, l'autre à la réanimation et aux soins dits critiques. L'intérêt de ce rapport tient à ce que l'analyse des magistrats se tient à l'écart de tout débat passionnel tout comme à la distanciation prise avec des événements qui ont affecté à des titres divers, que ce soit sur le plan de la santé, sur le plan économique, sur le plan familial, sur le plan social, sur le plan psychologique et humain, la société tout entière.

La Cour souligne le contraste entre l'importance structurante des services de soins critiques² dont le niveau d'occupation a guidé nombre des mesures sanitaires gouvernementales et le peu d'attention accordé à ce secteur par les politiques de santé. En effet la planification hospitalière a visé à juste titre à concentrer les soins critiques sur des plateaux techniques mieux étoffés mais elle a délaissé deux autres objectifs : l'adaptation du nombre de lits à l'évolution démographique d'une population vieillissante et la correction des inégalités territoriales³. Si elle avait seulement conservé son ratio de 2013, « la France aurait disposé de 5 949 lits de réanimation contre 5 080 au 1er janvier 2020 ». Or, pour éponger les entrées liées au Covid (qui ont augmenté de deux tiers la semaine du 18 mars et l'allongement de la durée d'hospitalisation de ces malades, le système n'a pu s'adapter que grâce à une déprogrammation massive des autres soins considérés comme non urgents : ainsi cet artifice a permis de passer de 5 080 lits au 1er janvier, à 10 707 lits le 15 avril : cette augmentation n'a été possible qu'en redéployant, venus d'autres unités hospitalières mises à l'arrêt, non seulement des lits⁴ mais aussi des médecins et infirmier(e)s. Or les déprogrammations auxquelles les régions les plus touchées ont été acculées⁵ et que les régions les moins touchées ont anticipé dans l'attente d'une diffusion homogène de l'épidémie, à l'ensemble du territoire, ont eu des conséquences majeures sur nombre d'activités de soins concernant toutes les autres pathologies qu'il s'agisse d'opérations reportées, ou encore d'actes de diagnostic et de soins⁶. Bien entendu ces déprogrammations ont permis des transferts de malades largement médiatisés par air ou par fer des régions les plus touchées aux régions les moins touchées⁷,

¹ [Le rapport public annuel 2021 | Cour des comptes \(ccomptes.fr\)](#)

² réanimation, surveillance continue et soin intensifs

³ Les Pays de Loire, La Bretagne, la Corse, les départements ultra-marins sont bien moins dotés que Provence-Alpes-Côte d'azur, ou l'île de France, la Bourgogne-Franche-Comté ou l'Occitanie.

⁴ et notamment des lits de soins intensifs libérés par les déprogrammations chirurgicales en lits de réanimation.

⁵ comme le Grand-Est, la Corse, l'Ile-de-France

⁶ la gynécologie-obstétrique et la cancérologie ont été épargnés. Mais la peur d'une contamination hospitalière comme les conseils donnés à la population incitée à ne pas encombrer les hôpitaux et en particulier les services d'Urgence, ont conduit bien des malades à des retards de prise en charge et de diagnostic qu'il s'agisse d'affections cancéreuses, cardiaques, neurovasculaires.

⁷ « À la fin juillet 2020, 661 patients sur un total de 13 945 hospitalisés en réanimation avaient été transférés, dont 166 vers d'autres pays européens ». En comparant la Franche-Comté (très touchée) et la Nouvelle-

mais hélas les lourdeurs organisationnelles du pays ont entraîné une mobilisation très inégale et très progressive du secteur privé. Ainsi alors même que l'on transférait des malades à des centaines de kilomètres, des cliniques privées disposant de lits de réanimation se trouvaient sous-occupées. « Faites appel à nous », conseillait le 22 mars la Fédération pour l'hospitalisation privée, ce qui put être fait avec retard⁸.

Ces constats ne valent que par les mesures restructurantes qui devraient être prises dans l'avenir. Elles passent par la nécessité de documenter un bilan sur les déprogrammations et les transferts réalisés pendant la pandémie. Elles impliquent de penser un modèle de coordination des soins critiques au niveau national en favorisant résolument la collaboration entre le secteur public et le secteur privé. Il sera sur ces bases possibles de ré-évaluer les besoins liés à l'évolution démographique et d'amender les inégalités territoriales. La Cour propose de valoriser et de fidéliser les infirmier(e)s en créant une qualification en réanimation. Certes il est aussi classique d'évoquer les ressources limitées en terme de professions de santé et notamment de démographie médicale. Outre qu'il est toujours possible d'opérer des rééquilibres entre les accès aux différentes spécialités, on doit pouvoir espérer des ressources nouvelles liées aux modifications d'admission aux études de médecine et à l'abandon du *numerus clausus* qui a été source de tant d'injustices en empêchant l'adaptation fine des recrutements aux capacités des étudiants, aux capacités de formation, aux besoins en professionnels de santé. Mais il reste aussi que la suppression de lits de réanimation a pour l'essentiel procédé de leurs modalités de financement par le système dit de « tarification à l'activité » qui fait de la réanimation une activité déficitaire, ce qui détourne les activités hospitalières vers des techniques plus lucratives pour les budgets hospitaliers.

Restent les coûts massifs de cette pandémie pour les établissements hospitaliers (dont les surcoûts seront intégralement compensés par une « prime Covid » de l'Assurance-Maladie), ils sont impressionnants : 69,72 millions d'euros (dont 12,11 de prime Covid) pour le CHU de Bordeaux, 28,37 (dont 6,37 de prime Covid) pour le CHU de Poitiers, 14,23 millions d'euros (dont 4,80 de prime Covid) pour le CH Franche-Comté Nord.

Il reste à espérer que le coût humain et économique du Covid-19 conduise à repenser l'organisation d'un système de santé qui doit maintenant s'adapter aux réalités des temps post-covidiques. L'erreur serait de continuer comme si rien ne s'était passé.

Aquitaine (bien moins touchée) on peut ainsi constater que de mars à mai 2020, le nombre de séjours Covid atteignait 50% au CHU de Franche-Comté, 36% au CHU de Bordeaux, 20% au CHU de Poitiers et 6% au CHU d'Orthez (source Cour des comptes, d'après les données des établissements ; rapport, *op.cit.*, p. 44).

⁸ Voir Aymeric Belaud, IEF, 20 avril 2021. <https://fr.irefeurope.org/Publications/Articles/article/Cliniques-privées-et-ARS-une-mésentente-typiquement-française>

Mathilde Damgé ; Coronavirus : pourquoi les établissements de soins privés sont restés en deuxième ligne
Dans la crise sanitaire actuelle, la collaboration entre hôpitaux publics et privés n'a pas été tout de suite opérationnelle. Si le privé est de mieux en mieux intégré au dispositif, il reste surtout utilisé en renfort. Le Monde ; 1er avril 2020 ; https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2020/04/10/coronavirus-pourquoi-les-etablissements-de-soins-privés-sont-restés-en-deuxième-ligne_6036270_4355770.html