

Au 31 décembre 2020, le nombre de lits en soins critiques s'établit à 20 300. Il a augmenté de 6,9 % entre fin 2013 et fin 2019, puis de 3,6 % entre fin 2019 et fin 2020, soit une progression durant la crise sanitaire trois fois plus élevée que celle enregistrée en moyenne sur les six années précédentes. Le nombre de journées en soins critiques a progressé, pour sa part, de 6,9 % entre 2013 et 2019, avant de reculer de 0,6 % en 2020, notamment du fait des déprogrammations liées à l'épidémie de Covid-19. Néanmoins, l'activité en réanimation a augmenté de 13,5 % au cours de l'année et a connu un pic d'activité ponctuel lors de la première vague de Covid-19, début avril. La densité de lits en soins critiques en France est de 30,3 lits pour 100 000 habitants fin 2020. Elle diffère toujours fortement selon les régions.

Fin 2020, la France compte 20 300 lits en soins critiques

Au 31 décembre 2020, la France recense 20 300 lits en soins critiques. La prise en charge de ces patients se répartit en trois types d'unités, graduées et coordonnées entre elles au niveau régional. Elles sont définies à partir de la gravité de l'état de santé des patients.

Ainsi, les lits de réanimation sont destinés aux patients qui présentent, ou sont susceptibles de présenter, plusieurs défaillances viscérales aiguës, engageant directement leur pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance. Fin 2020, ces lits représentent 30,6 % des capacités en soins critiques, soit 6 200 lits.

Les soins intensifs sont destinés à la prise en charge des patients présentant une défaillance d'un seul organe : il existe différents types d'unités, en fonction de l'organe concerné (notamment unité de soins intensifs de cardiologie ou unité neuro-vasculaire). Fin 2020, les lits de soins intensifs, toutes spécialités confondues, représentent 29,5 % des capacités en soins critiques, soit presque 6 000 lits. Enfin, la surveillance continue est dédiée à la prise en charge des patients requérant une observation clinique et biologique répétée et méthodique, en sortie de réanimation par exemple. Ces lits

représentent 40,0 % des capacités en soins critiques en 2020, soit 8 100 lits (tableau 1).

Les capacités en soins critiques ont progressé de 3,6 % entre fin 2019 et fin 2020

Le nombre de lits en soins critiques a connu une augmentation régulière, de 6,9 % au total en six ans, entre fin 2013 et fin 2019 (graphique 1). Cette hausse est davantage marquée pour les soins intensifs (+10,3 %) et la surveillance continue (+8,6 %) que pour la réanimation (+1,2 %).

Entre fin 2019 et fin 2020, avec la crise sanitaire, les capacités d'accueil en soins critiques ont progressé de 3,6 %, soit trois fois plus que la tendance des six années précédentes. En particulier, le nombre de lits de réanimation a augmenté de 14,3 %¹. Cette hausse résulterait, pour moitié, de l'augmentation des capacités d'accueil des établissements déjà équipés en 2019 et, pour l'autre moitié, de l'ouverture de lits de réanimation dans 63 établissements qui n'en disposaient pas avant la crise. En effet, des autorisations dérogatoires pour l'activité de réanimation ont été délivrées depuis mars 2020, afin de faire face à l'épidémie de Covid-19. Seuls sont comptabilisés ici les lits de réanimation installés dans le cadre d'une autorisation de

1. La SAE, mobilisée ici, ne permet pas de connaître l'évolution infra-annuelle des capacités, particulièrement marquée pour la réanimation en 2020.

soins de réanimation, tels que collectés par la statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Toutefois, pendant la crise sanitaire, des lits de soins intensifs et de surveillance continue (encadrés par une reconnaissance contractuelle de l'agence régionale de santé [ARS]), ainsi que d'autres lits d'hospitalisation conventionnelle ont été « armés » pour des soins de réanimation : ils ont été rendus opérationnels en matière de matériel (respirateurs) et de moyens en personnel soignant

pour permettre la prise en charge de patients relevant d'une hospitalisation réanimatoire, sans attendre la mise en place d'une autorisation de soins de réanimation.

Le nombre de lits de soins intensifs a augmenté dans le même temps de 0,5 % et celui de soins continus a baissé de 1,3 % (-103 lits). Dans certains cas, la hausse de la capacité d'accueil en réanimation ou en soins intensifs s'est, en effet, opérée par une reconversion de lits de surveillance continue.

Tableau 1 Activité et capacités d'accueil en soins critiques au 31 décembre 2020

	Réanimation		Soins intensifs			Surveillance continue		Ensemble soins critiques
	Adultes	Enfants	Cardiologie	Neuro-vasculaire	Autres	Adultes	Enfants	
Nombre de lits	5 849	363	2 746	928	2 310	7 240	874	20 310
Nombre total de patients	238 661	14 787	236 620	86 112	63 150	400 992	48 969	1 089 291
<i>dont patients avec diagnostic principal de Covid-19</i>	27 337	253	1 752	184	3 836	18 475	411	52 248
<i>dont patients avec diagnostic associé de Covid-19</i>	6 333	215	2 660	961	915	4 799	835	16 718
Nombre total de séjours¹	260 465	16 324	265 079	90 827	71 979	448 971	58 611	1 212 256
<i>dont séjours avec diagnostic principal de Covid-19¹</i>	29 525	256	1 759	184	4 001	19 038	429	55 192
<i>dont séjours avec diagnostic associé de Covid-19¹</i>	6 498	219	2 701	969	1 003	4 853	911	17 154
Nombre de journées²	1 863 160	96 169	798 818	282 656	350 029	1 907 057	234 516	5 532 405
<i>dont journées de séjours avec diagnostic principal de Covid-19²</i>	393 697	2 782	6 923	801	21 617	121 045	1 631	548 496
<i>dont journées de séjours avec diagnostic associé de Covid-19²</i>	78 539	1 417	11 810	4 326	7 495	35 180	3 333	142 100
Durée moyenne de séjour en soins critiques¹	7,2	5,9	3,0	3,1	4,9	4,2	4,0	4,6
<i>dont patients avec diagnostic principal de Covid-19</i>	13,3	10,9	3,9	4,4	5,4	6,4	3,8	9,9
<i>dont patients avec diagnostic associé de Covid-19</i>	12,1	6,5	4,4	4,5	7,5	7,2	3,7	8,3
<i>dont autres patients</i>	6,2	5,8	3,0	3,1	4,8	4,1	4,0	4,2

1. Comprend uniquement les séjours terminés en 2020. Les séjours commencés fin 2020 (durant la 2^e vague notamment), mais terminés début 2021 ne sont pas comptabilisés.

2. Comprend toutes les journées des séjours terminés en 2020 : sont incluses les journées de 2019 pour les séjours commencés fin 2019 et terminés début 2020 ; sont exclues les journées de 2020 des séjours commencés fin 2020 mais terminés début 2021.

Note > Ne sont pas comptabilisés les berceaux ou couveuses de soins intensifs ou de réanimation néonataux, destinés aux nouveau-nés.

Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE 2020, traitements DREES ; ATI, PMSI-MCO 2020, traitements DREES.

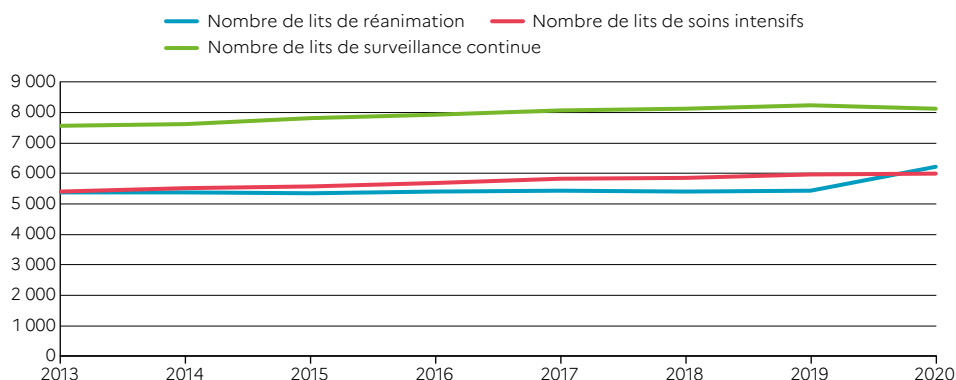
L'activité en réanimation a augmenté de 13,5 % entre 2019 et 2020

Entre 2013 et 2019, le nombre de journées en soins critiques² a progressé de 6,9 %. Dans le détail, le nombre de journées a augmenté en soins intensifs (+8,7 %) et en surveillance continue (+11,9 %), mais il a légèrement reculé en réanimation (-0,5 %) [graphique 2].

En 2020, avec les deux vagues épidémiques de Covid-19, le nombre de journées en soins critiques

enregistre une baisse (-0,6 %). Cette dernière est très importante en surveillance continue (-8,6 %) et en soins intensifs (-4,2 %), du fait notamment des nombreuses déprogrammations de soins. En revanche, le nombre de journées augmente de 13,5 % en réanimation. Cette hausse s'explique par la prise en charge en réanimation de patients atteints de Covid-19. Ils représentent un quart de l'ensemble des journées en réanimation en 2020, soit 396 000 journées avec un diagnostic

Graphique 1 Évolution du nombre de lits de soins critiques au 31 décembre depuis 2013

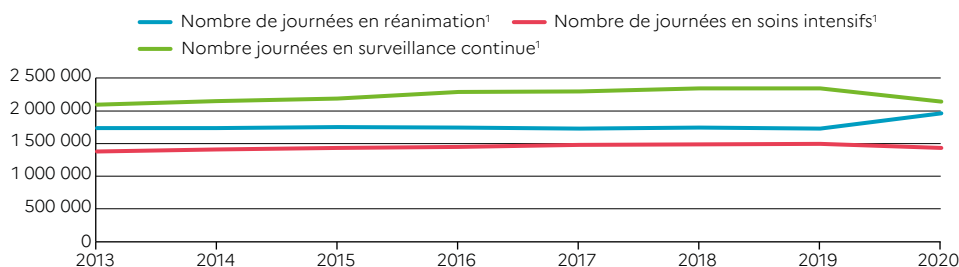


Note > Ne sont pas comptabilisés les berceaux ou couveuses de soins intensifs ou de réanimation néonataux, destinés aux nouveau-nés.

Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE 2013-2020, traitements DREES.

Graphique 2 Évolution du nombre annuel de journées de soins critiques depuis 2013



1. Comprend toutes les journées des séjours terminés en 2020 : sont incluses les journées de 2019 pour les séjours commencés fin 2019 et terminés début 2020 ; sont exclues les journées de 2020 des séjours commencés fin 2020 mais terminés début 2021.

Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.

Sources > ATIH, PMSI-MCO 2013-2020, traitements DREES.

2. Par souci de comparabilité avec les éditions précédentes de cet ouvrage, le nombre de journées présenté concerne uniquement les journées des séjours terminés en 2020. Les séjours commencés fin 2020 et terminés en 2021 ne sont pas pris en compte.

principal de Covid-19 et 80 000 journées avec un diagnostic associé de Covid-19³.

Les évolutions constatées entre 2019 et 2020 masquent de fortes variations mensuelles (graphique 3). Ainsi, le nombre de journées en réanimation a augmenté de 17,9 %, entre février et mars 2020, puis de 40,5 % entre mars et avril, en raison de l'apparition d'un fort volume de journées de patients atteints de Covid-19. En parallèle, le nombre de journées « hors Covid-19 »⁴ a baissé de 23,5 % puis de 26,2 % durant les mêmes périodes. Au cours de la première semaine d'avril 2020, le nombre de journées en réanimation a ainsi atteint son point culminant avec 53 500 journées, dont 39 900 journées de patients atteints de Covid-19 (soit 74,6 % du total des journées de réanimation de cette semaine).

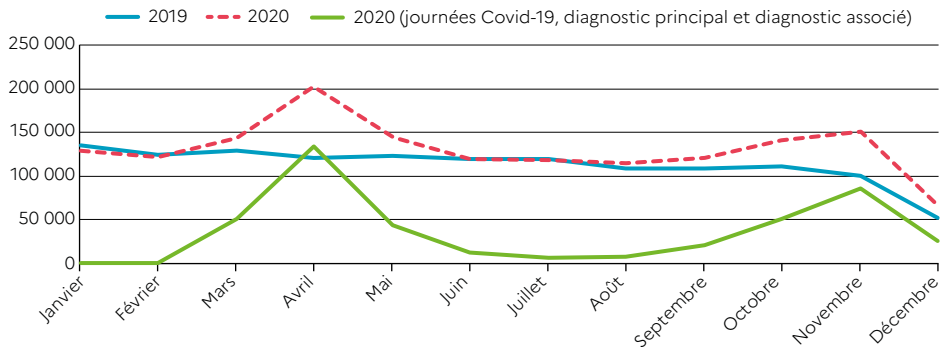
Enfin, l'évolution de l'activité en réanimation ne tient compte que d'une partie de l'effet de la deuxième vague. La plupart des séjours commencés au mois de décembre 2020 se sont terminés en 2021 et ne

sont donc pas comptabilisés dans cette fiche. En tenant compte de l'ensemble des séjours ayant donné lieu à un passage en réanimation en 2020, y compris ceux terminés en 2021, le nombre de journées en réanimation a augmenté de 16,9 % par rapport à 2019.

Les capacités en réanimation et soins critiques diffèrent selon les régions

En 2020, la densité de lits en réanimation pour la France entière est de 9,3 lits pour 100 000 habitants, en nette progression par rapport à 2019 (8,1 lits). Cette densité diffère fortement⁵ entre les régions. Ainsi, quatre régions françaises ont une densité de lits plus importante qu'au niveau national : le Grand Est (10,1), la Guyane (10,7), la Provence-Alpes-Côte d'Azur (11,1) et l'Île-de-France (11,3) [carte 1]. À l'inverse, quatre régions ont une densité de lits en réanimation inférieure à 7,0 lits pour 100 000 habitants : Mayotte (4,3), la Corse (5,2), les Pays de la Loire (6,2) et la Bretagne (6,5).

Graphique 3 Nombre mensuel de journées en réanimation en 2019 et 2020



Note > Ne sont pas comptabilisées les journées des séjours non terminés dans l'année. Ceci conduit à ne pas prendre en compte une partie des journées de la deuxième vague de l'année 2020, celles dont les séjours ont commencé fin 2020 mais se sont terminés en 2021.

Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.

Sources > ATIH, PMSI-MCO 2019 et 2020, traitements DREES.

3. Théoriquement, un diagnostic principal de Covid-19 indique que le motif médical de prise en charge est le traitement du Covid-19, tandis qu'un diagnostic associé de Covid-19 indique que le séjour n'a pas pour finalité médicale le traitement du Covid-19. Toutefois, en soins critiques, les habitudes de codage du diagnostic principal peuvent varier d'un établissement à l'autre : il peut indiquer la pathologie d'origine (comme le Covid-19) conduisant à une défaillance d'organe, ou bien plutôt la défaillance d'organe elle-même (détresse respiratoire aiguë par exemple) justifiant le passage en soins critiques. Pour plus de précisions, voir l'encadré Sources et méthodes.

4. Hors diagnostic principal, relié et associé de Covid-19.

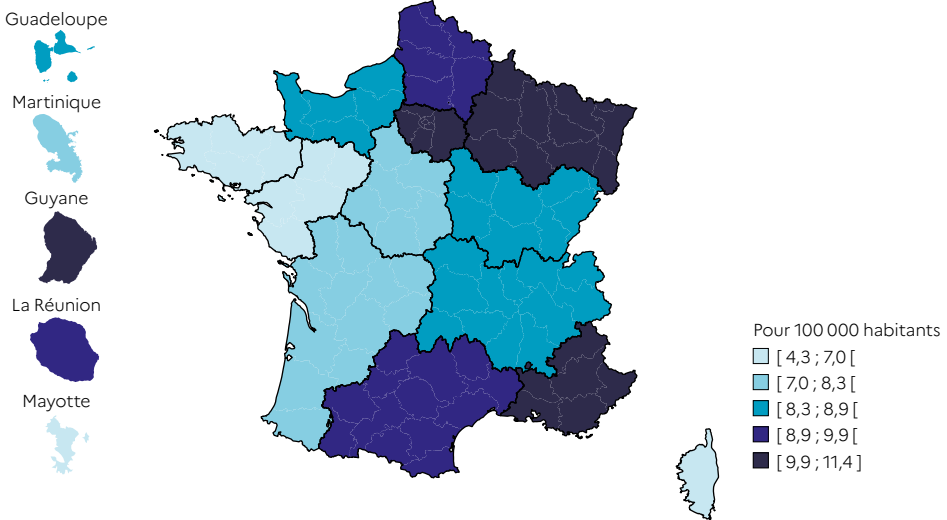
5. Le coefficient de variation de la densité de lits en réanimation par région (mesure de dispersion rapportant l'écart-type sur la moyenne et qui s'avère d'autant plus élevée que la dispersion est importante) est supérieur à celui de la densité de lits en médecine, chirurgie, obstétrique, et odontologie (MCO) [0,23 contre 0,16].

À l'exception de la Corse et de Mayotte, le nombre de lits en réanimation par habitant a augmenté dans toutes les régions entre fin 2019 et fin 2020. Les quatre régions où il a le plus augmenté en 2020 sont la Guyane (+133 %), la Bretagne (+27 %), les Pays de la Loire (+19 %) et l'Occitanie (+18 %). Avec la crise sanitaire, les disparités de densité de lits en réanimation entre régions se sont légèrement réduites entre fin 2019 et fin 2020⁶. Les DROM ont connu les plus grandes évolutions de densité de lits en réanimation entre 2013 et 2020, avec des améliorations permettant, pour la plupart d'entre eux, d'atteindre un niveau proche de celui de la métropole. La densité de lits de réanimation progresse ainsi très fortement en Martinique (+73 %), à La Réunion (+44 %, dans un contexte où la population augmente de 3 %) et en Guadeloupe (+41 %). En Guyane, la densité de lits en réanimation, qui avait reculé de 20 % entre 2013 et 2019 alors que la population augmentait

sur cette période (+16 %), a plus que doublé durant la crise sanitaire pour atteindre un des niveaux les plus élevés de France (10,7 lits pour 100 000 habitants).

En 2020, la densité de lits en soins critiques pour la France entière est de 30,3 lits pour 100 000 habitants. Cette densité est étroitement corrélée à celle des lits en réanimation. Elle varie fortement selon les régions. Pour sept régions, la densité de lits en soins critiques est supérieure au niveau national : le Centre-Val de Loire (30,6), le Grand Est (31,9), les Hauts-de-France (32,8), l'Occitanie (33,5), la Bourgogne-Franche-Comté (33,7), l'Île-de-France (33,8) et la Provence-Alpes-Côte d'Azur (36,0) [carte 2]. Pour trois régions, en revanche, la densité de lits en soins critiques est inférieure à 18 lits pour 100 000 habitants. Il s'agit de Mayotte (5,7), la Guyane (14,4) et la Corse (17,7). À l'exception de la Corse et de Mayotte, le nombre de lits en soins critiques par habitant a augmenté dans toutes les

Carte 1 Densité des capacités en réanimation par région en 2020



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quintiles. Ne sont pas comptabilisés les berceaux ou couveuses de réanimation néonatale, destinés aux nouveau-nés.

Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.

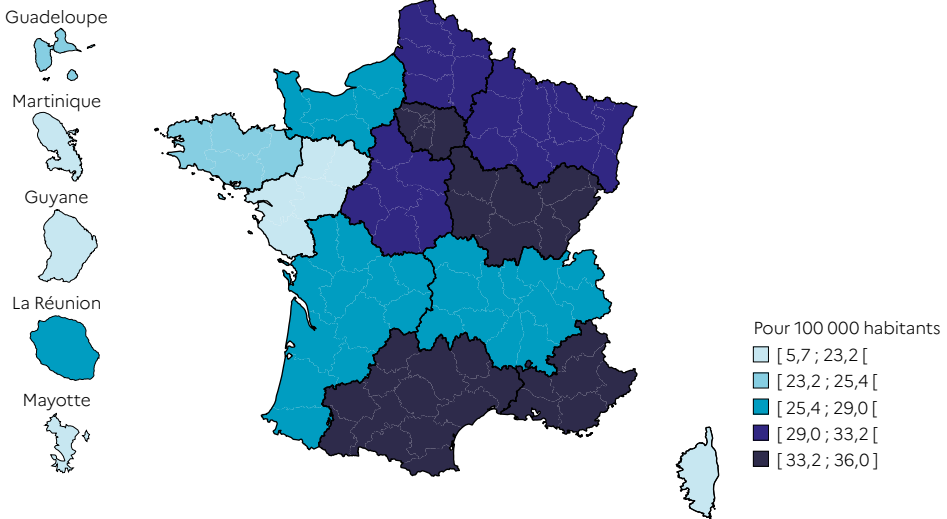
Sources > DREES, SAE 2020, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2020.

6. Le coefficient de variation de la densité de lits de réanimation est de 0,23 en 2013 comme en 2019, et baisse à 0,20 en 2020.

régions entre 2019 et 2020. Les quatre régions où il a le plus progressé en 2020 sont la Guyane (+28 %), la Guadeloupe (+16 %), les Hauts-de-France (+6 %)

et la Bretagne (+6 %). La dispersion de la densité de lits de soins critiques entre régions reste stable entre fin 2019 et fin 2020⁷.

Carte 2 Densité des capacités en soins critiques par région en 2020



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quintiles. Ne sont pas comptabilisés les berceaux ou couveuses de soins intensifs ou de réanimation néonatale, destinés aux nouveau-nés.

Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE 2020, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2020.

Encadré Sources et méthodes

Champ

France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA). Établissements d'hospitalisation disposant d'au moins un lit de soins critiques en hospitalisation complète.

Sources

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit les capacités en lits d'hospitalisation complète et places d'hospitalisation partielle. Les chiffres de cette fiche ont été revus par rapport à la publication de *Études et Résultats* n° 1208, sur les premiers résultats de la SAE 2021 (Boisguérin et al., 2021). Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), mis en place par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), fournit une description médico-économique de l'activité de court séjour des établissements de santé depuis 1997 pour chaque séjour réalisé. L'activité hospitalière pour la prise en charge du Covid-19 a aussi fait l'objet d'un suivi quotidien dans la source SI-VIC, en particulier pour les soins critiques. Pour une comparaison des résultats PMSI et SI-VIC, voir l'encadré 1 de la synthèse sur le Covid-19 en établissements de santé en 2020. ●●●

7. Le coefficient de variation de la densité de lits de soins critiques passe de 0,28 en 2013 à 0,30 en 2019, puis reste à ce niveau en 2020.



Définitions

> **Capacités d'accueil des établissements de santé** : elles sont connues *via* la SAE et réparties en fonction des caractéristiques de l'unité d'hospitalisation à laquelle elles appartiennent (voir fiche 2, « Les capacités d'accueil à l'hôpital »).

> **Capacités en soins critiques** : elles incluent les lits de réanimation (hors réanimation néonatale), de soins intensifs (hors soins intensifs néonataux) et de surveillance continue, hors traitement des grands brûlés. Ces unités sont définies aux articles R. 6123-33 à 38 et D. 6124-104 à 116 du Code de la santé publique.

> **Séjours en soins critiques** : ils incluent l'ensemble des séjours terminés dans l'année (définition homogène à celle retenue pour le décompte des séjours de MCO des autres fiches de l'ouvrage) pour lesquels il y a eu au moins un passage dans une unité médicale de soins critiques. Un séjour se terminant en janvier 2020 pour lequel il y a eu un passage en soins intensifs en 2019 est ainsi comptabilisé comme un séjour en soins critique de 2020. Autre conséquence pour 2020 : une partie des séjours de soins critiques commencés en novembre et décembre (durant la deuxième vague de l'épidémie de Covid-19) n'est pas comptabilisée, lorsque ces séjours se sont terminés début 2021.

> **Journées en soins critiques** : elles incluent l'ensemble des journées passées dans une unité médicale de soins critiques dont le séjour s'est terminé dans l'année. Ainsi, les journées en soins critiques de 2019 des séjours se terminant en 2020 sont comptabilisées en 2020, contrairement aux journées en soins critiques de 2020 des séjours se terminant en 2021.

> **Séjours avec diagnostic principal de Covid-19** : séjours d'hospitalisation pour motif médical de prise en charge du Covid-19. En pratique, dans le PMSI-MCO, ces séjours sont identifiés comme ceux dont le diagnostic principal (DP) ou diagnostic relié (DR), pour l'ensemble du séjour ou pour le passage en unité médicale de soins critiques, est codé avec les modalités U07.10 (Covid-19, forme respiratoire, virus identifié), U07.11 (Covid-19, forme respiratoire, virus non identifié), U07.12 (porteur de SARS-CoV-2, asymptomatique), U07.14 (Covid-19, autres formes cliniques, virus identifié) et U07.15 (Covid-19, autres formes cliniques, virus non identifié).

> **Séjours avec diagnostic associé de Covid-19** : séjours d'hospitalisation pour lesquels un diagnostic de Covid-19 est associé au motif médical principal de prise en charge. En pratique, dans le PMSI-MCO, ces séjours sont identifiés comme ceux dont le diagnostic associé (DA) est codé avec les modalités U07.10 (Covid-19, forme respiratoire, virus identifié), U07.11 (Covid-19, forme respiratoire, virus non identifié), U07.12 (porteur de SARS-CoV-2, asymptomatique), U07.14 (Covid-19, autres formes cliniques, virus identifié) et U07.15 (Covid-19, autres formes cliniques, virus non identifié). La modalité de codage U07.13 (autres examens et mises en observation en lien avec l'épidémie de Covid-19) n'est pas incluse dans les décomptes.

Pour en savoir plus

> **Boisguérin, B., Delaporte, A., Vacher, T.** (2021, septembre). Entre fin 2019 et fin 2020, la capacité d'accueil hospitalière a progressé de 3,6 % en soins critiques et de 10,8 % en hospitalisation à domicile. DREES, *Études et Résultats*, 1208.

> **Courtejoie, N., Dubost, C.-L.** (2020, octobre). Parcours hospitalier des patients atteints de la Covid-19 lors de la première vague de l'épidémie. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 67.

> **Naouri, D.** (2021, septembre). En 2020, le nombre de séjours hospitaliers hors Covid-19 a diminué de 13 % par rapport à 2019. DREES, *Études et Résultats*, 1204.

> **Naouri, D., Vuagnat, A.** (2022, mars). Covid-19 : prise en charge des patients en soins critiques au cours des trois premières vagues de l'épidémie. DREES, *Études et Résultats*, 1226.