



Les conséquences de la saturation des unités de soins intensifs

Les unités de soins intensifs sont proches de la saturation depuis novembre 2020. Chez un grand nombre de patients – nous l'estimons jusqu'à environ 19 000 –, une intervention médicale prévue a dû être reportée. La proportion de patients COVID-19 transférés aux soins intensifs a diminué en automne. Ceci pourrait refléter le succès des traitements ou, de manière plus problématique, la pratique d'une forme de triage informel des patients.

En temps normal, le nombre moyen de patientes et de patients traités aux soins intensifs en Suisse est d'environ 600. Avec la seconde vague du COVID-19, il a dépassé depuis novembre 2020 le seuil de 865, à savoir le nombre de lits de soins intensifs qui sont certifiés dans le pays et pour lesquels la qualité des soins peut être garantie. Pour faire face à l'épidémie, des lits supplémentaires non certifiés ont été mis en place, portant la capacité théorique de lits opérables à environ 1400. Il n'existe néanmoins pas de précédent historique garantissant que les services de soins intensifs Suisses puisse faire face à une telle occupation. Les hôpitaux suisses travaillent ainsi dans une situation proche de la saturation depuis plusieurs mois. Nous analysons ici deux conséquences.

Premièrement, de très nombreuses opérations électives (c'est-à-dire planifiées à l'avance) ont été reportées afin de libérer des places de soins intensifs pour des cas graves de COVID-19. Le nombre de lits de soins intensifs occupés par des patients non COVID-19 (pour des opérations électives ou d'urgence) a chuté d'environ 600 en été 2020 à 300 en automne. Nous estimons ainsi à 19 000 le nombre de patients qui, depuis le début de la seconde vague, auraient normalement été admis aux soins intensifs suite à une intervention médicale prévue mais ne l'ont pas été à cause de son report. De tels retards peuvent bien sûr avoir des impacts négatifs sur la santé des patients, suivant leur condition médicale et la procédure.

Notre estimation est en accord avec les listes d'attente communiquées par différents hôpitaux universitaires. Il faut noter qu'elle ne concerne que le report d'interventions nécessitant une admission aux soins intensifs. S'y rajoutent les procédures différées afin libérer des lits hospitaliers standards. Un retour à une situation de non-saturation des soins intensifs n'est pas attendu avant le 10 février 2021 au plus tôt.

Deuxièmement, notre analyse suggère l'hypothèse que de nombreux patients COVID-19 hospitalisés n'ont pas pu passer aux soins intensifs suite à une situation de triage informel à l'hôpital. En effet, la proportion de ces patients admis aux soins intensifs a chuté de moitié, passant de 22% en été 2020 à 10% lors de la seconde vague.

On pourrait expliquer cette chute autrement: des cas de COVID-19 en hôpital moins graves qu'en été nécessiteraient moins d'admission aux soins intensifs. Ils viendraient de meilleurs traitements hospitaliers du COVID-19 (par exemple, par la dexaméthasone) ou par le fait que les patients hospitalisés seraient plus jeunes. Néanmoins, ces scénarios ne sont pas soutenus par deux faits: l'âge moyen des décès a augmenté de 82 à 84 ans et le rapport entre le nombre de décès journaliers liés au COVID-19 et le nombre de personnes hospitalisées a plus que

doublé entre l'été et l'automne (de moins de 1% à plus de 2%; il s'agit d'une estimation car les statistiques des décès ne distinguent pas les morts en hôpital, en EMS et à la maison).

On peut donc penser que la saturation des services hospitaliers génère une situation de triage informel dans laquelle certains patients COVID-19 ne bénéficient pas de soins intensifs nécessaires. Ce cas de figure aurait pu concerner quelque 12% des patients au pic de la seconde vague, si l'on fait l'hypothèse que la proportion de 22% observée durant l'été correspond à la situation usuelle où les soins hospitaliers normaux peuvent être prodigués.