

Septembre  
2021  
numéro  
1204

## En 2020, le nombre de séjours hospitaliers hors Covid-19 a diminué de 13 % par rapport à 2019

En 2020, 10,4 millions de personnes ont été hospitalisées en court séjour, dont environ 2 % pour la Covid-19. Cela correspond à 15,9 millions de séjours. Le nombre de séjours hospitaliers hors Covid-19 diminue de 13 % par rapport à 2019.

Cette baisse inédite du nombre de séjours est davantage concentrée sur la première vague de l'épidémie (-52,9 %). Elle n'est pas uniforme géographiquement, puisque les régions de l'est et du nord de la France, plus touchées lors de la première vague, ont connu une diminution plus importante que les autres.

Ce recul est plus marqué chez les enfants de 2 à 14 ans (-22,6 %) et pour les séjours liés à des motifs ORL (-31,6 %), maladies infectieuses (-28,1 %) et maladies de l'appareil respiratoire (hors Covid-19) [-26,9 %], ce qui est probablement dû à l'application des mesures sanitaires et des gestes barrières. Troisième plus forte contribution à la baisse globale du nombre de séjours (derrière les maladies de l'appareil digestif et de l'appareil respiratoire), les maladies de l'appareil circulatoire ont, elles aussi, connu une nette baisse (-10,8 %) : c'est le cas notamment des séjours pour accidents vasculaires cérébraux et infarctus du myocarde.

Les séjours de chirurgie (-15,5 %) et les séjours pour actes et procédures peu invasifs (-14,8 %) ont diminué plus fortement que les séjours médicaux (-9,2 %).

Diane Naouri (DREES)

**E**n 2020, près de 10,4 millions de personnes résidant en France ont été hospitalisées une ou plusieurs fois dans une unité de soins de courte durée de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO)<sup>1</sup>, dont environ 2 % pour des séjours liés à la Covid-19. Le nombre annuel de séjours par personne hospitalisée est de 1,5 en moyenne.

Cela correspond à un nombre total de 15,9 millions de séjours en 2020, dont 1,6 % pour la Covid-19. Hors Covid-19, ce nombre s'élève à 15,7 millions. Les séjours en hospitalisation complète représentaient 55 % de l'ensemble, un chiffre stable par rapport à 2019.

### Une baisse du nombre de séjours par rapport à 2019

En 2020, les séjours hors Covid-19 sont en baisse de 13 % en MCO par rapport à 2019. Ce recul concerne aussi bien les hospitalisations complètes (-16,5 %) que les hospitalisations de jour (-12,2 %). Il touche les séjours avec acte classant opératoire (-15,5 %), correspondant aux opérations de chirurgie, comme ceux avec acte classant non opératoire (-14,8 %), correspondant aux techniques peu invasives (acte d'endoscopie par exemple). La baisse pour les séjours sans acte classant (GHM dits médicaux) est moindre (-9,2 %) [encadré 1]. Par ailleurs, la baisse du nombre de séjours hors Covid-19 n'est pas répartie uniformément

...  
**1.** Le sigle MCO correspond aux séjours hospitaliers relevant de soins de courte durée ou de prises en charge d'affections graves pendant leur phase aiguë. Ils ne comprennent donc pas les activités de psychiatrie ni celles de soins de suite et de réadaptation (SSR), ni celles d'hospitalisation à domicile. Les séjours en MCO comprennent aussi bien l'activité hospitalière publique que privée.

sur l'année 2020 : elle est bien plus importante au cours de la première vague épidémique en France, entre le 16 mars et le 15 mai 2020 (-52,9 %). Pendant la deuxième vague (entre le 15 octobre et fin décembre 2020), la diminution du nombre de séjours est moins marquée (-11,6 %) et elle est encore plus faible entre les deux vagues (entre mi-mai et mi-octobre 2020). Cette baisse du nombre de séjours hors Covid-19 a concerné autant les hommes que les femmes (après exclusion des séjours liés à la maternité, qui sont stables entre 2019 et 2020).

La diminution globale du nombre de séjours reste importante lorsque sont pris en compte l'ensemble des séjours (dont ceux liés à la Covid-19) [-12,5 %], y compris lors de la première vague (-49,4 %). Cependant, la baisse de l'activité hospitalière n'est pas nécessairement de même ampleur, car les séjours ont été en moyenne plus longs en 2020 (5,7 jours, contre 5,3 jours en 2019), mais également plus complexes, avec notamment une hausse de 6,9 % du nombre de séjours avec passage en réanimation en 2020 par rapport à 2019 (dont séjours pour Covid-19).

En 2020, la baisse du nombre total de séjours hors Covid-19 a été plus importante dans les hôpitaux publics (-13,9 %) et dans les centres privés à but lucratifs (-13,4 %) que dans les centres privés à but non lucratif (-9,9 %). Pendant la première vague, la baisse du nombre total de séjours hors Covid-19 a été plus importante dans les centres privés lucratifs (-67,0 %) et privés non lucratifs (-51,7 %) que dans les hôpitaux publics (-44,2 %) par rapport à la même période en 2019. Mais ce sont les hôpitaux publics et les centres privés lucratifs qui ont le plus contribué à la baisse totale du nombre de séjours pendant la première vague (respectivement 46,7 % et 44,7 % de la baisse), compte tenu de leur poids dans l'activité hospitalière. Entre les deux vagues, la reprise a été plus importante dans le privé lucratif (baisse de 0,9 %) et le privé non lucratif (baisse de 1,9 %) que dans le public (baisse de 7,5 %). Pendant la deuxième vague, le recul a été beaucoup moins fort que durant la première, mais plus important dans le public (-15,3 %) que dans le privé lucratif (-7,6 %) ou non lucratif (-5,4 %). Cette fois-ci, les hôpitaux publics ont contribué pour près de trois quarts à la baisse totale du nombre de séjours (72,6 %, contre 23,3 % pour les centres privés

## ENCADRÉ 1

### Sources et méthode

#### Source de données

Hospitalisations en court séjour : bases annuelles du PMSI MCO (programme de médicalisation des systèmes d'information – médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie) produites par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) pour les années 2019 et 2020. Le PMSI, mis en place par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'ATIH, fournit une description médico-économique de l'activité des établissements de santé publics et privés sous la forme de résumés standardisés de chaque séjour réalisé.

#### Champ

Ont été inclus tous les séjours en hospitalisation complète ou partielle entrant dans le champ d'hospitalisation MCO et concernant des personnes résidant en France métropolitaine ou dans les DROM. Les séjours pour Covid-19 (diagnostic principal et/ou relié U0710, U0711, U0712 U0714 ou U0715) ont été exclus des analyses. Les séjours et séjours des nouveau-nés restés auprès de leur mère (ne nécessitant pas de soins médicaux), ainsi que les séjours en erreur (ou inclassables) ont été exclus du champ de l'étude.

#### Méthode

L'année 2020 a été découpée en quatre périodes : avant la première vague (du 1<sup>er</sup> janvier au 15 mars 2020), la première vague (du 16 mars au 15 mai 2020), l'entre-deux-vagues (du 16 mai au 15 octobre 2020) puis la deuxième vague (du 16 octobre au 31 décembre 2020). L'année 2019 a été prise comme référence pour les comparaisons, la structure de la population étant quasi inchangée par rapport à 2020. Les diminutions du nombre de séjours analysées dans cette étude ne sont pas attribuables aux tendances de moyen terme puisque, sur les dix dernières années, on constate que le nombre de séjours hospitaliers augmente de 1 % en moyenne chaque année, bien loin donc des évolutions observées entre 2019 et 2020 (De Peretti, 2020).

Les regroupements de maladies utilisés dans l'étude ont été constitués à partir du diagnostic principal retenu dans chaque résumé de séjour hospitalier ou, lorsque le diagnostic principal relève du chapitre XXI (« Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé »), de la classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 10<sup>e</sup> révision (CIM-10), à partir du diagnostic relié, s'il est renseigné.

Les données ont ensuite été regroupées par **chapitre** de la CIM-10. Ceux-ci sont des agrégats qui regroupent les maladies soit selon leur siège anatomique ou leur unité fonctionnelle (« Maladies de l'appareil circulatoire », « Maladies de l'œil et de ses annexes », etc.), soit dans des regroupements étiologiques (« Tumeurs », « Certaines maladies infectieuses et parasitaires »). Le champ de l'ORL se trouve, par exemple, réparti entre les chapitres « Tumeurs », « Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde » et « Maladies de l'appareil respiratoire ». Par ailleurs, les symptômes et signes n'aboutissant pas à un diagnostic précis sont regroupés dans un chapitre intitulé « Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs ».

Pour le classement et le financement des séjours, l'ATIH a créé une classification française des séjours MCO en groupes homogènes de malades (GHM), selon les ressources mobilisées. Cette classification distingue des séjours avec **acte classant opératoire** (séjours classés dans un GHM en « C »), des séjours avec **acte classant non opératoire**, (séjours classés dans un GHM en « K ») ne nécessitant habituellement pas d'être réalisés dans un bloc opératoire, tels les explorations endoscopiques ou les actes thérapeutiques par voie endo-vasculaire. Les **autres séjours** sont considérés comme des GHM « médicaux ».

Dans cette étude, l'hospitalisation complète concerne tous les séjours d'au moins une nuitée (ou de zéro nuitée si le mode de sortie est un décès). L'hospitalisation de jour comprend tous les séjours sans nuitée, sauf ceux dont le mode de sortie est un transfert vers une autre unité de court séjour ou un décès. Dans le PMSI MCO, la durée des hospitalisations de jour est de 0 (nuitée), par définition.

Dans cette étude, la chirurgie ambulatoire correspond aux séjours d'hospitalisation de jour en chirurgie (GHM en « C »). La chirurgie conventionnelle (hospitalisation d'au moins une nuitée) était ensuite scindée en deux sous-catégories : la chirurgie urgente et la chirurgie programmée. La chirurgie urgente désigne les séjours en chirurgie conventionnelle précédés d'un passage aux urgences. La chirurgie dite programmée désigne les séjours en chirurgie conventionnelle qui ne sont pas précédés d'un passage aux urgences et/ou d'une hospitalisation dans un autre service.

lucratifs et 41 % pour les centres privés non lucratifs).

Ces différences entre les deux vagues pourraient s'expliquer par le fait que la spécialisation des activités et le profil

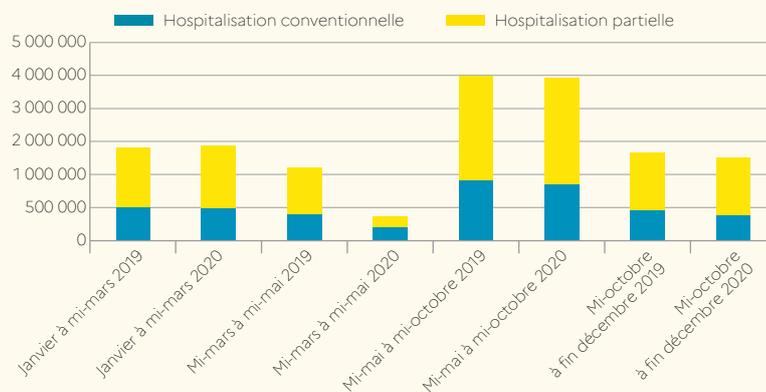
de patients diffèrent en fonction du type d'établissement. En MCO, en 2019, les personnes âgées hospitalisées étaient principalement prises en charge dans les hôpitaux publics et la

part des hospitalisations partielles (ou hospitalisations de jour) s'est élevée à 33 % dans le public contre 60 % dans le privé (Toutlemonde, 2021). Ainsi, la baisse du nombre de séjours plus importante dans le privé que dans le public pendant la première vague pourrait être due à un profil de patientèle plus jeune (dont les soins peuvent être plus facilement reportés) et une plus grande capacité à déprogrammer certains séjours en hospitalisation partielle. Cette déprogrammation massive dans le secteur privé est loin d'avoir été compensée par le nombre de séjours en hospitalisation conventionnelle concernant des patients atteints par la Covid-19 (graphique 1). De fait, plus de 80 % des patients Covid-19 ont été pris en charge dans les hôpitaux publics pendant la première et la deuxième vague. Contrairement à la première vague, les déprogrammations ont été ciblées et limitées lors de la deuxième vague, les connaissances sur le virus et la gestion des soins des patients en période épidémique ayant progressé, ce qui a permis de mieux garantir la continuité des soins.

Sur l'ensemble de l'année, la baisse du nombre de séjours a été la plus importante dans le nord-est de la métropole : l'Île-de-France (-16,4 %), le Grand-Est (-15,3 %), l'Auvergne-Rhône-Alpes

GRAPHIQUE 1

Nombre de séjours en hospitalisation conventionnelle et partielle dans le secteur privé à but lucratif



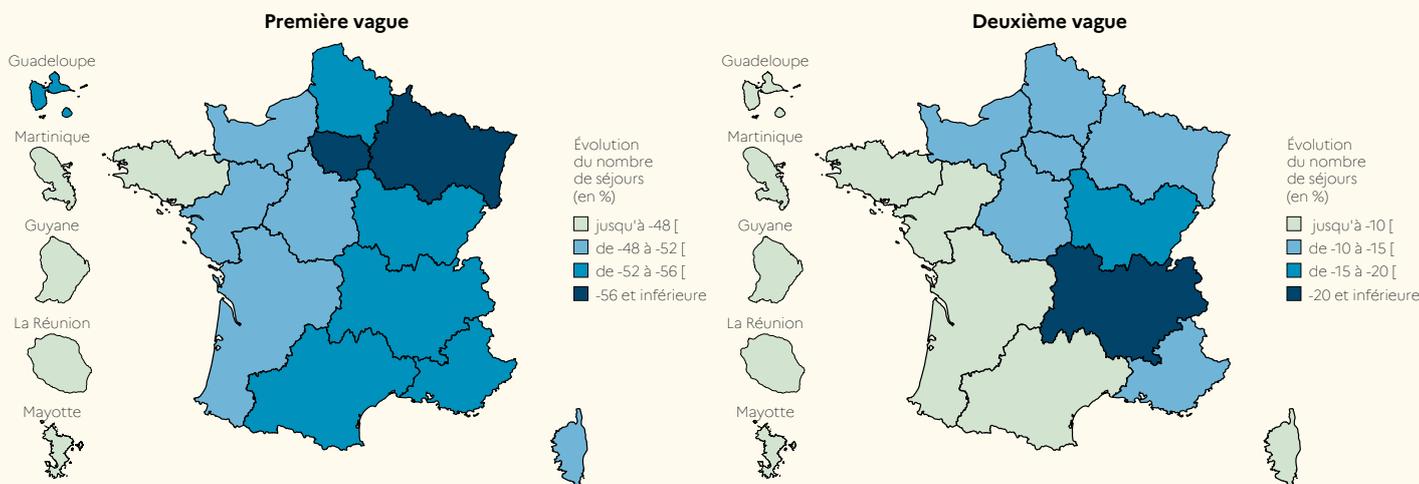
**Lecture** • Pendant la première vague, entre mi-mars et mi-mai 2020, le nombre de séjours en hospitalisation partielle était de 166 467, contre 698 873 à la même période en 2019.  
**Champ** • France métropolitaine et DROM ; hospitalisations complètes et de jour, à l'exclusion des séances, des séjours des nouveau-nés en bonne santé restés auprès de leur mère et des séjours liés à la Covid-19.  
**Source** • Bases de données du PMSI MCO (ATIH), années 2019 et 2020 pour les hospitalisations.

(-15,1 %) et les Hauts-de-France (-15,0 %) sont les régions qui ont connu le plus fort recul. Pendant la première vague, les régions les plus concernées étaient l'Île-de-France (-58,8 %) et le Grand-Est (-58,4 %) [cartes]. Pendant la deuxième vague, les régions avec les baisses les plus importantes étaient

l'Auvergne-Rhône-Alpes (-23,5 %) et la Bourgogne-Franche-Comté (-17,9 %). Ces différences entre régions s'expliquent notamment par des variations dans la dynamique épidémique au cours de l'année 2020 et, par conséquent, dans la pression exercée sur l'hôpital.

CARTES

Évolution du nombre de séjours hospitaliers en 2020 par rapport à 2019 par région pendant la première et la deuxième vague



**Lecture** • Pendant la première vague, la baisse du nombre de séjours hospitaliers a atteint 58,8 % en Île-de-France.  
**Champ** • France métropolitaine et DROM ; hospitalisations complètes et de jour, à l'exclusion des séances, des séjours des nouveau-nés en bonne santé restés auprès de leur mère et des séjours en lien avec la Covid-19.  
**Source** • Bases de données du PMSI MCO (ATIH), années 2019 et 2020 pour les hospitalisations.

Par exemple, dans le Grand-Est, les départements ayant enregistré les plus forts reculs du nombre de séjours pendant la première vague sont le Haut-Rhin (-63,5 %) et la Moselle (-60,1 %), qui présentent également les plus forts taux régionaux d'hospitalisation pour Covid-19<sup>2</sup> (respectivement 4,7 et 3,5 pour 1 000 habitants) [tableau complémentaire A]. En Île-de-France, la baisse la plus importante du nombre de séjours pendant la première vague a été enregistrée à Paris (-61,7 %), ce qui coïncide avec le plus fort taux d'hospitalisation pour Covid-19 dans la région (4,6 pour 1 000 habitants). En 2020, la part des séjours de patients « hors région »<sup>3</sup> a diminué dans la quasi-totalité des régions. Pendant la première vague, cette baisse était plus marquée en Île-de-France et dans le Grand-Est, régions particulièrement touchées par l'épidémie de Covid-19. Seules la Normandie, la Bretagne et la Corse ont connu une relative stabilité, mais ceci peut être expliqué par le fait qu'habituellement, la part de séjours de patients « hors région » est déjà faible. Pendant la deuxième vague, la baisse était moins marquée sur le territoire, l'Auvergne-Rhône-Alpes étant la région avec la plus forte baisse. De telles évolutions s'expliquent probablement parce

que la majorité des séjours de patients « hors régions » sont programmés (effet centres d'expertise) et ont été reportés pendant les pics épidémiques. En effet, la part des séjours de patients « hors région » est remontée dans l'entre-deux-vagues sur l'ensemble du territoire, pour atteindre son niveau antérieur<sup>4</sup>.

### Un recul des séjours plus important pour les motifs ORL, infectieux et respiratoires (hors Covid-19)

Les motifs qui contribuent le plus à la baisse totale du nombre de séjours sont les maladies de l'appareil digestif (16,3 %), de l'appareil respiratoire (10,5 %) et de l'appareil circulatoire (7,7 %) [graphique 2], qui sont habituellement les motifs les plus fréquents de recours à l'hôpital, tous âges et sexes confondus (Toutlemonde, 2021). La baisse constatée de séjours liés aux maladies de la cavité buccale (principalement dents de sagesse) explique à elle seule environ un tiers de la baisse des séjours pour maladies de l'appareil digestif, devant les séjours pour maladies de l'œsophage, de l'estomac et du duodénum (18,0 %) et les séjours pour hernies (12,1 %). Si les maladies de l'appareil respiratoire contribuent fortement à la baisse totale du nombre de séjours (10,5 %), elles sont également le troisième motif connaissant la plus

forte baisse en 2020 par rapport à 2019 (-26,9 %). Plus précisément, on note une baisse de 32,9 % des hospitalisations pour pathologies respiratoires infectieuses<sup>5</sup> (hors Covid-19). Cette baisse est particulièrement marquée pendant la deuxième vague où elle atteint 61,6 % par rapport à la même période en 2019. Des résultats similaires ont été retrouvés dans des études internationales (Birkmeyer, et al., 2020 ; Kadambari, et al., 2020). Il est ainsi fort probable que la généralisation de l'application des gestes barrières contre la Covid-19 a contribué à diminuer la circulation d'autres maladies infectieuses.

De même, certains motifs, comme les motifs ORL<sup>6</sup> ou infectieux (hors respiratoires) connaissent une baisse importante en 2020 par rapport à 2019 (respectivement -31,6 % et -28,1 %), même s'il ne participent que faiblement à la baisse totale du nombre de séjours (compte tenu de leur faible poids dans l'activité hospitalière globale). L'application des gestes barrières peuvent là aussi expliquer ce recul.

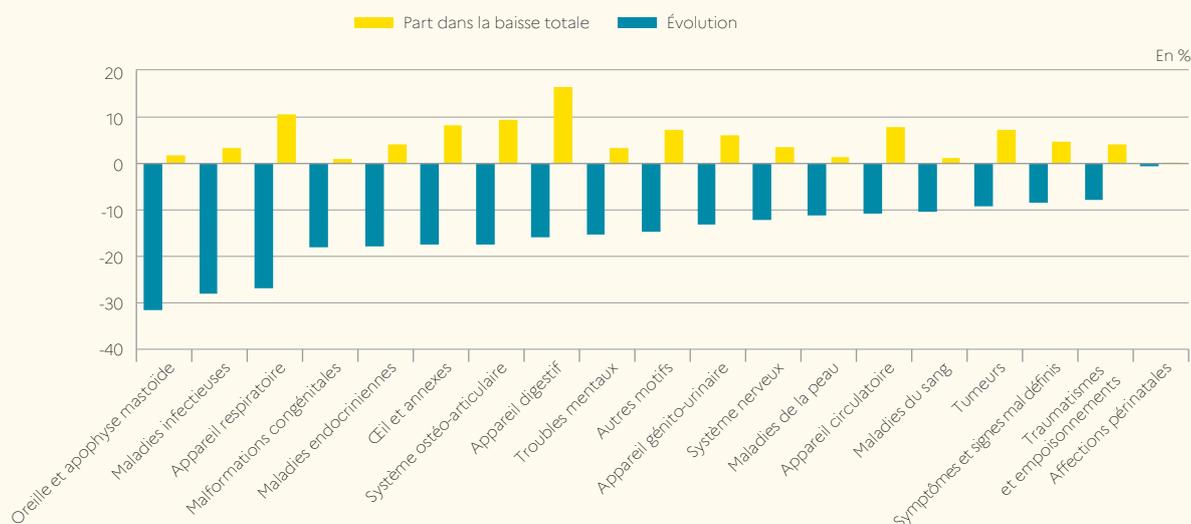
### Les pathologies graves ou urgentes également concernées par la baisse

Troisième plus forte contribution à la baisse globale du nombre de séjours,

- 
- 2. Les taux régionaux d'hospitalisation pour Covid-19 correspondent au nombre de patients hospitalisés sur le nombre de personnes résidant dans la région.
- 3. Les séjours « hors région » correspondent aux séjours dans une région donnée d'un patient dont le domicile principal est situé dans une autre région en France
- 4. Par ailleurs, pendant la première vague, on estime qu'en Île-de-France, 11 % des résidents parisiens sont allés s'installer dans un autre département, mais le Grand-Est n'a, lui, pas observé de tels déplacements (Source : Insee). Il est donc peu vraisemblable que les évolutions observées sur les parts des patients « hors région » puissent s'expliquer par les mouvements de population directement liés au confinement.
- 5. Les pathologies respiratoires infectieuses hors Covid-19 comprennent les infections des voies aériennes supérieures, les bronchites et bronchiolites, les pneumopathies infectieuses et la grippe.
- 6. Hospitalisations pour pathologie du nez, de la gorge, de l'oreille, et de la région tête et cou.

GRAPHIQUE 2

### Évolution du nombre de séjours par motif principal entre 2019 et 2020



**Lecture** • Les séjours pour motif ORL ont baissé de 31,6 % en 2020 par rapport à 2019 et contribuent à hauteur de 1,7 % à la baisse totale du nombre de séjours en 2020.

**Champ** • France métropolitaine et DROM ; hospitalisations complètes et de jour, à l'exclusion des séjours liés à la maternité, des séjours des nouveau-nés en bonne santé restés auprès de leur mère et des séjours en lien avec la Covid-19.

**Source** • Bases de données du PMSI MCO (ATIH), années 2019 et 2020 pour les hospitalisations.

les hospitalisations liées à l'appareil circulatoire ont elles aussi connu un net recul (-10,8 %). La baisse la plus importante concerne les insuffisances cardiaques aiguës (-12,1 %), suivie des infarctus du myocarde (IDM) [-9,2 %], des accidents ischémiques transitoires (AIT) [-8,0 %] et des accidents vasculaires cérébraux constitués (AVC) [-5,0 %]. Les mouvements les plus marqués ont eu lieu pendant la première vague, où la chute a atteint 41,6 % pour les IDM, 30,0 % pour les insuffisances cardiaques aiguës, 25,7 % pour les AIT et 21,3 % pour les AVC constitués. Pendant la première vague, l'Île-de-France et le Grand-Est ont été les régions les plus concernées par les diminutions de séjours pour les AVC (respectivement -33,0 % et -30,1 %), IDM (-52,7 % et -50,2 %) et insuffisances cardiaques aiguës (-43,3 % et -36,2 %). Pendant la deuxième vague, la baisse des séjours pour AVC, IDM et insuffisances cardiaques aiguës est plus homogène et plus faible sur tout le territoire. Ces résultats sont cohérents avec ceux issus des données Oscour (résumés de passages aux urgences) [Dubost, et al., 2020] et le même phénomène a été décrit dans des études internationales (Venkatesh, et al., 2020 ; Kim, et al. 2020 ; De Filippo, et al., 2020). Par ailleurs, une étude internationale a montré un sur-risque d'AVC et d'IDM chez les patients atteints de la Covid-19 (Katsoularis, et al., 2021) ce qui aurait dû, toutes choses égales par ailleurs, impliquer une augmentation du nombre de séjours pour AVC et IDM en 2020 par rapport à 2019. La baisse majeure du nombre de recours aux urgences et séjours pour des pathologies graves et aiguës peut être liée à la fois à un moindre recours (par exemple, la peur d'être contaminé en se rendant à l'hôpital et/ou de participer à la saturation des services d'urgences) et à des difficultés d'accès aux soins (saturation des numéros d'urgence et/ou capacités réduites d'hospitalisation). D'après le premier volet de l'enquête EpiCov (Warszawski, 2020), mené en mai 2020, respectivement 4,8 % et 12,7 % des personnes de 15 ans ou plus ont eu « très peur » ou « assez peur » d'être contaminées par le virus de la Covid-19 en allant se faire soigner. Lorsque l'on regroupe les deux modalités (« très peur » et « assez peur »), les régions où celles-ci étaient le plus fortement représentées étaient La Réunion (27,9 %), la Guadeloupe (22,8 %), l'Île-de-France (20,7 %), les Hauts-de-France (20,3 %) et le Grand-Est

(19,6 %). L'analyse des causes de mortalité (à partir des certificats de décès) permettra de mesurer une éventuelle surmortalité associée aux pathologies de l'appareil circulatoire. Les hospitalisations pour polytraumatismes<sup>7</sup> ont elles aussi diminué fortement, sans doute en lien avec les restrictions de circulation lors des confinements, avec une baisse de 50,7 % pendant la première vague (par rapport à la même période en 2019) et de 14,8 % pendant la deuxième (par rapport à la même période en 2019). Elles contribuent par ailleurs à 4,1 % de la baisse totale du nombre de séjours observée en 2020 par rapport à 2019. En cancérologie, les séjours pour actes et procédures peu invasifs (comme pour réalisation d'endoscopies et fibroscopies à visée diagnostique) sont ceux qui ont connu le plus fort recul (-11,7 %), en particulier pendant la première vague (-54,5 %) [graphique 3]. On n'observe pas d'effet de rattrapage sur le reste de l'année. Ces analyses concordent avec d'autres études menées en France, qui ont révélé un retard de prise en charge de patients atteints de cancer, notamment pour la découverte de nouveaux cancers (Blay, et al., 2021).

### Une baisse du nombre de séjours plus importante chez les enfants de 2 à 14 ans

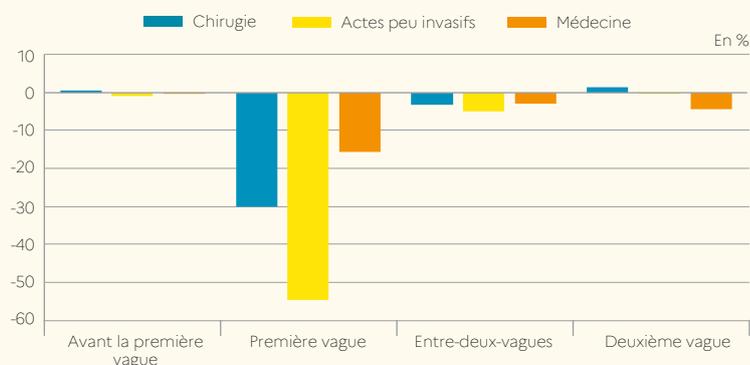
Pour l'ensemble de l'année 2020, et en excluant les séjours liés à la maternité,

les enfants de 2 à 14 ans sont la population dont le nombre de séjours diminue le plus (-22,6 % contre -13 % pour l'ensemble de la population) par rapport à 2019, particulièrement pendant la première vague (-69,1 %) [graphique 4]. Cependant, ne représentant qu'un séjour sur vingt, ils ne contribuent qu'à hauteur de 8,6 % à la baisse globale du nombre de séjours, derrière les 45-74 ans (42,2 %), les 75 ans ou plus (23,2 %) et les 15-44 ans (21,9 %). Les 45-74 ans sont ceux qui contribuent le plus à la baisse totale du nombre de séjours bien que le recul de leur nombre de séjour soit le plus faible (-12,5 %). Ceci s'explique par le fait qu'ils comptent pour près d'un séjour sur deux (et même un peu plus d'une hospitalisation partielle sur deux). Chez les enfants de 2 à 14 ans, certains motifs contribuent fortement à la baisse. C'est le cas des maladies respiratoires (-35,0 %), qui expliquent un quart de la baisse totale des séjours de cette tranche d'âge. En particulier, les hospitalisations pour pathologies respiratoires infectieuses (hors Covid-19) diminuent particulièrement pendant la deuxième vague (-66,6 %) et expliquent à elles seules presque un quart de la baisse observée pour les maladies respiratoires. Des résultats similaires ont été retrouvés dans des études internationales (Kadambari, et al., 2020). Les séjours pour asthme ne contribuent qu'à hauteur d'un quinzième

7. Les polytraumatismes étaient repérés à l'aide des groupes homogènes de malades (GHM) 26M021, 26M022, 26M023 et 26M024.

### GRAPHIQUE 3

#### Baisse du nombre de séjours en cancérologie en 2020 par rapport à 2019



**Lecture** • Pendant la première vague, les séjours en chirurgie ont baissé de 30,0 % par rapport à la même période en 2019.

**Champ** • France métropolitaine et DROM ; hospitalisations complètes et de jour de cancérologie, à l'exclusion des séances et des séjours liés à la Covid-19.

**Source** • Bases de données du PMSI MCO (ATIH), années 2019 et 2020 pour les hospitalisations.

de la baisse totale des séjours pour maladies respiratoires chez les enfants de 2 à 14 ans, mais ils connaissent un recul majeur pendant la première vague (-72,8 %).

Certains motifs comme l'ORL (principalement les otites) et les motifs infectieux contribuent modérément à la baisse totale du nombre de séjours des enfants de 2 à 14 ans (à hauteur d'un dixième chacun, juste derrière les motifs digestifs) mais ils connaissent une baisse importante par rapport à 2019 (respectivement -47,6 % et -48,8 %). En particulier, les hospitalisations pour diarrhées infectieuses reculent de 53,9 % sur l'ensemble de l'année (notamment pendant la première vague : -85,9 %) et expliquent à elles seules quatre cinquièmes de la diminution observée pour les motifs infectieux. Ainsi, la fermeture des écoles et l'application des gestes barrières ont pu limiter la transmission de virus responsables d'épidémies hivernales de gastro-entérites, d'infections pulmonaires et ORL.

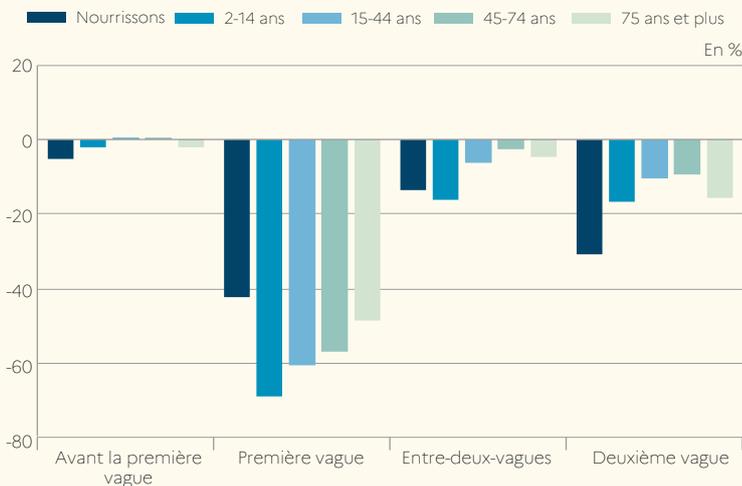
Toujours chez les enfants de 2 à 14 ans, certains motifs de séjours hospitaliers connaissent un recul pendant la première vague de l'épidémie mais sont suivis d'un surplus d'hospitalisations plus tard dans l'année, par rapport à 2019, ce qui fait penser que les hospitalisations correspondantes ont été décalées de quelques mois. C'est le cas des maladies endocriniennes (comme le diabète) – dont les hospitalisations sont pour la plupart programmées et peuvent être reportées – qui connaissent une baisse de 64,0 % pendant la première vague et un rattrapage partiel pendant l'entre-deux-vagues (+4,9 %) et la deuxième vague (+16,0 %).

### Une évolution contrastée entre les deux vagues pour les nourrissons et les plus de 75 ans

Les nourrissons et les personnes âgées de plus de 75 ans (qui représentent respectivement 2,5 % et 24,2 % des séjours en 2020) se distinguent quelque peu par rapport au restant de la population durant la première et la deuxième vague (graphique 4). Les nourrissons sont ceux qui connaissent la moins forte baisse du nombre séjours durant la première vague (-42,5 % par rapport à la même période en 2019, contre -56,0 % pour l'ensemble de la population) et la plus forte baisse durant la deuxième (-30,9 % contre -12,1 %). De même, parmi les adultes, les personnes

## GRAPHIQUE 4

### Évolution du nombre de séjours hospitaliers selon l'âge des patients en 2020 par rapport à 2019



**Lecture** • Pendant la première vague, les séjours chez les nourrissons ont baissé de 42,5 % par rapport à la même période en 2019.

**Champ** • France métropolitaine et DROM ; hospitalisations complètes et de jour, à l'exclusion des séjours liés à la maternité, des séjours des nouveau-nés en bonne santé restés auprès de leur mère et des séjours en lien avec la Covid-19.

**Source** • Bases de données du PMSI MCO (ATIH), années 2019 et 2020 pour les hospitalisations.

âgées sont celles qui connaissent la plus forte baisse pendant la deuxième vague (-15,5 % contre -10,6 % chez les 15-44 ans et -9,3 % chez les 45-74 ans), alors que c'étaient celles qui étaient le moins en recul lors de la première vague. Pour ces deux populations, les diminutions du nombre de séjours lors de la deuxième vague sont particulièrement importantes pour les motifs infectieux (-57,2 % chez les nourrissons et -26,5 % chez les personnes de plus de 75 ans) et respiratoires (-44,4 % chez les nourrissons et -43,1 % chez les plus de 75 ans). Ceci est probablement lié à l'application des gestes barrières et donc à une moindre circulation des autres virus habituellement incriminés dans les pathologies infectieuses hivernales (notamment épidémie de bronchiolites chez les nourrissons et grippe chez les personnes âgées).

### Une baisse importante en chirurgie programmée

En 2020, la baisse en chirurgie touche aussi bien la chirurgie ambulatoire (hospitalisation sans nuitée) [-15,4 %] que la chirurgie en hospitalisation conventionnelle (hospitalisation complète avec nuitée) [-16,1 %]. Au sein des séjours de chirurgie en hospitalisation conventionnelle, ceux de chirurgie programmée

ont connu une baisse plus importante (-18,7 %) que ceux de chirurgie urgente (-6,4 %). Le recul est particulièrement important pendant la première vague avec une diminution de 80,0 % de la chirurgie ambulatoire et de 56,9 % de la chirurgie en hospitalisation conventionnelle (-66,4 % pour la chirurgie programmée et -22,2 % pour la chirurgie d'urgence). Pendant la deuxième vague, la baisse est plus modérée : -7,6 % pour la chirurgie ambulatoire et -16,2 % pour la chirurgie conventionnelle (-18,4 % pour la chirurgie programmée contre -7,6 % pour la chirurgie d'urgence).

Tous types de chirurgie confondus, les spécialités qui contribuent le plus à la baisse totale du nombre de séjours sont la chirurgie orthopédique<sup>a</sup> (pour un quart) et la chirurgie ophtalmologique (pour un cinquième), avec des baisses respectives de 20,1 % et de 24,1 % par rapport à 2019. Par exemple, les séjours pour chirurgie de la cataracte, qui est non urgente et quasiment toujours réalisée en ambulatoire, ont baissé de 19,2 % en 2020 par rapport à 2019 avec une quasi-disparition pendant la première vague (-95,0 % par rapport à la même période en 2019). Ce chiffre témoigne d'une déprogrammation massive des chirurgies non urgentes.

8. La chirurgie orthopédique est composée des chirurgies majeures de l'appareil locomoteur (C09), arthroscopies et biopsies ostéo-articulaires (C10) et chirurgies autres de l'appareil locomoteur (C11).

D'autres chirurgies ont connu des reculs importants par rapport à 2019 mais contribuent peu à la baisse totale : c'est le cas des chirurgies ORL et stomatologique (baisse de 35,2 % par rapport à 2019, contribution pour un dixième), vasculaire (baisse de 33,4 % par rapport à 2019, contribution pour un vingtième) et de transplantation d'organes (baisse de 32,3 % par rapport à 2019, contribution pour un millième).

Pendant la première vague, la baisse du nombre de séjours en chirurgie ambulatoire était homogène sur l'ensemble du territoire. Concernant la chirurgie réalisée en hospitalisation conventionnelle, la diminution était homogène pour la chirurgie programmée mais pas pour la chirurgie urgente : celle-ci était plus importante en Île-de-France (-33,9 %), en Corse (-32,2 %) et dans le Grand-Est (-27,9 %). En réponse à la demande de déprogrammation sur l'ensemble du territoire face au risque d'afflux massif de patients atteint de la Covid-19, un recul homogène a donc été observé pour les chirurgies pouvant être reportées. Dans le cas des chirurgies urgentes, la baisse est plus importante dans les régions les plus touchées par l'épidémie de Covid-19. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées : non-recours et difficultés d'accès aux soins comme dans le cas des pathologies cardiovasculaires, mais aussi adaptation des prises en charge thérapeutiques.

Pendant la deuxième vague, les baisses les plus fortes ont concerné l'Auvergne-Rhône-Alpes, région la plus touchée par l'épidémie de Covid-19 à ce moment-là : -29,7 % pour la chirurgie ambulatoire et -33,3 % pour la chirurgie en hospitalisation conventionnelle (-38,4 % pour la chirurgie programmée et -13,9 % pour la chirurgie urgente).

Les séjours pour chirurgie urgente ont eux aussi reculé en 2020, mais dans une moindre mesure. Pendant la première vague, les baisses les plus importantes ont été observées en Île-de-France (-33,9 %), en Corse (-32,2 %), et dans le Grand-Est (-27,9 %). Pendant la deuxième vague, les baisses les plus fortes ont été enregistrées en Auvergne-Rhône-Alpes (-13,9 %) et en Corse (-12,3 %).

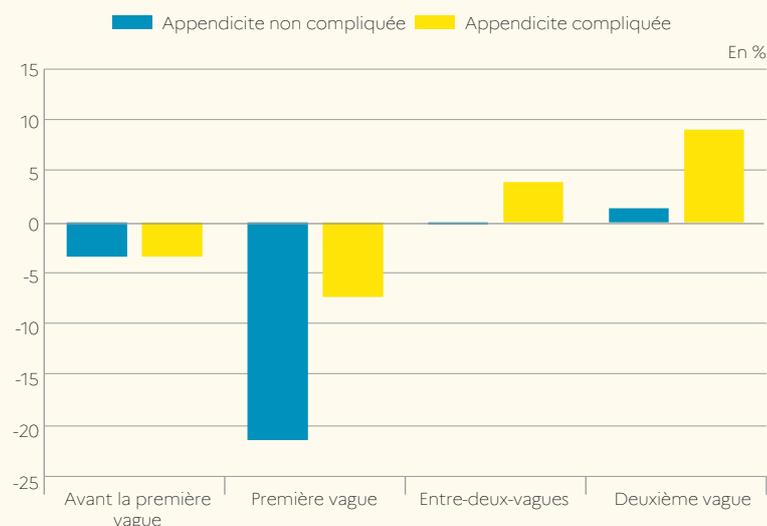
La diminution en chirurgie urgente semble connaître une gradation en fonction du degré d'urgence (report des chirurgies d'urgence relatives au profit des urgences absolues) et peut être expliquée en partie par un recul de l'activité traumatologique liée aux périodes de confinement. Pendant la première

vague, les baisses en chirurgie orthopédique et en chirurgie ophtalmologique expliquent à elles seules respectivement 25 % et 15 % du recul observé en chirurgie urgente. Pendant la deuxième vague, elles contribuent à hauteur de 16 % et de 11 % du recul en chirurgie urgente, derrière la chirurgie ORL et stomatologique (18 %) et la chirurgie gynécologique (12 %). L'exemple de la chirurgie d'appendicite montre une diminution de 21,5 % des séjours pour appendicite non compliquée pendant la première vague (par rapport à la même période en 2019) [graphique 5]. Toujours pendant la première vague, les séjours pour appendicite compliquée sont en recul mais celui-ci est moins important (-7,4 %). Entre les deux vagues, on constate une stabilité du nombre de séjours pour appendicite non compliquée par rapport à la même période en 2019 (-0,1 %), mais une légère augmentation du nombre de séjours pour appendicite compliquée (+3,8 %). Cela pourrait s'expliquer par un retard de prise en charge des appendicites non compliquées avec évolution vers des formes plus graves. Il reste que, sur l'ensemble de l'année, le déficit en séjours pour appendicites non compliquées est de 1 662, contre un surplus de 353 séjours pour appendicite

compliquée. Au maximum, ces éventuels retards de prise en charge ne concerneraient donc que 1,3 % des séjours annuels pour appendicite compliquée. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer les éventuels retards de prise en charge : tout d'abord la peur d'être contaminé en se rendant à l'hôpital, mais aussi une possible adaptation des pratiques professionnelles, notamment le report de la chirurgie et l'utilisation d'antibiotiques quand cela est possible, afin de libérer des lits d'hospitalisation (Collard, *et al.*, 2020). De fait, des études ont montré que les antibiotiques n'étaient pas moins efficaces que la chirurgie dans le cas des appendicites non compliquées mais qu'il existait néanmoins, en cas d'échec du traitement, un risque de 30 % de chirurgie dans les 90 jours suivants et un risque augmenté de formes compliquées (CODA Collaborative, 2020). Les séjours pour appendicite non compliquée ont connu une baisse de 36,9 % dans le Grand-Est et de 30,7 % en Île-de-France pendant la première vague. En Île-de-France, les séjours pour appendicite compliquée ont connu une augmentation 3,3 % entre les deux vagues et de 10,3 % pendant la deuxième vague. En revanche, cette augmentation ne se retrouve pas dans le Grand-Est.

## GRAPHIQUE 5

### Évolution du nombre de séjours hospitaliers pour appendicite en 2020 par rapport à 2019



**Lecture** • Pendant la première vague, les séjours pour appendicite non compliquée ont baissé de 21,5 % par rapport à la même période en 2019.

**Champ** • France métropolitaine et DROM ; GHM 06C08 (appendicite compliquée) et 06C09 (appendicite non compliquée).

**Source** • Bases de données du PMSI MCO (ATIH), années 2019 et 2020 pour les hospitalisations.

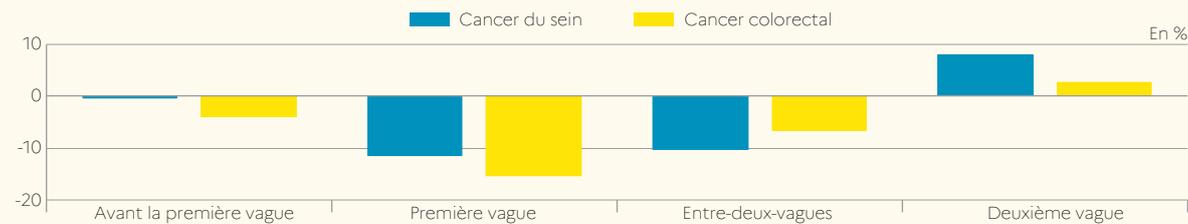
L'activité de chirurgie carcinologique, quant à elle, a connu une baisse de 6,1 % en 2020 par rapport à 2019, notamment pendant la première vague (-30,0 %).

Les hospitalisations pour prise en charge chirurgicale des cancers du sein et cancers colorectaux ont respectivement diminué de 4,7 % et 5,9 % dans l'année.

Les baisses ont eu lieu pendant la première vague et pendant l'entre-deux-vagues, suivies d'un effet rattrapage pendant la deuxième (graphique 6). ■

## GRAPHIQUE 6

### Évolution du nombre de séjours hospitaliers pour chirurgie de cancer du sein et cancer colorectal en 2020 par rapport à 2019



**Lecture** • Pendant la première vague, les chirurgies pour cancer du sein ont baissé de 11,6 % par rapport à la même période en 2019.

**Champ** • France métropolitaine et DROM ; chirurgie mammaire (GHM 09C04 et 09C05) associée à un diagnostic de cancer du sein (diagnostics CIM10 C50, D050, D051, D057, D059 ou D486) et chirurgie de résection rectale, colique ou de l'intestin grêle (GHM 06C03 et 06C04) associée à un diagnostic de cancer colorectal (diagnostics CIM10 C18, C19, C20 et C21).

**Source** • Bases de données du PMSI MCO (ATIH), années 2019 et 2020 pour les hospitalisations.

## POUR EN SAVOIR PLUS

- Birkmeyer, J. D., Barnato, A., Birkmeyer, N., et al. (2020). The Impact Of The COVID-19 Pandemic On Hospital Admissions In The United States: Study examines trends in US hospital admissions during the COVID-19 pandemic. *Health Affairs*, 39(11), 2010-2017.
- Blay, JY, Boucher, S, Le Vu B, et al. (2021, juin) Delayed care for patients with newly diagnosed cancer due to COVID-19 and estimated impact on cancer mortality in France. *ESMO Open*, 6(3).
- CODA Collaborative. (2020). A randomized trial comparing antibiotics with appendectomy for appendicitis. *The New England Journal of Medicine*, 383(20), pp. 1907-1919.
- Collard, M., Lakkis, Z., Loriau, J., et al. (2020, novembre). Antibiotics alone as an alternative to appendectomy for uncomplicated acute appendicitis in adults: changes in treatment modalities related to the COVID-19 health crisis. *Journal of visceral surgery*, 157(3), S33-S42.
- De Filippo, O., D'Ascenzo, F., Angelini, F., et al. (2020). Reduced rate of hospital admissions for ACS during Covid-19 outbreak in Northern Italy. *The New England Journal of Medicine*, 383(1), pp. 88-89.
- De Peretti, C. (2020, décembre). Les motifs de recours hospitalier en court séjour en 2018 et leurs évolutions récentes. DREES, *Études et Résultats*, 1168.
- Dubost, C.-L., Pollak, C., Rey, S. (2020, octobre). Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19 - État des lieux et perspectives. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 62.
- Kadambari, S., Abo, Y.-N., Phuong, L. K., et al. (2020, novembre). Decrease in Infection-related Hospital Admissions During COVID-19: Why Are Parents Avoiding the Doctor? *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 39( 11), pp. 385-386.
- Katsoularis, I., Fonseca-Rodríguez, O., Farrington, P., et al. (2021, juillet). Risk of acute myocardial infarction and ischaemic stroke following COVID-19 in Sweden: a self-controlled case series and matched cohort study. *The Lancet*.
- Kim, H. S., Cruz, D. S., Conrardy, M. J., et al. (2020, septembre). Emergency Department Visits for Serious Diagnoses During the COVID-19 Pandemic. *Academic Emergency Medicine*, 27( 9), pp. 910-913.
- Toutlemonde, F. (dir.) (2021, juillet). Les établissements de santé – édition 2021. Paris, France : DREES coll. *Panoramas de la DREES-Santé*.
- Venkatesh, A. K., Janke, A. T., Shu-Xia, L., et al. (2021, juillet). Emergency department utilization for emergency conditions during COVID-19. *Annals of Emergency Medicine*, 78(1), pp. 84-91.
- Warszawski, J., et al. (2020, octobre). En mai 2020, 4,5 % de la population vivant en France métropolitaine a développé des anticorps contre le SARS-CoV-2. DREES, Inserm, *Études et Résultats*, 1167.

## LA DREES SUR INTERNET

Retrouvez toutes nos publications sur notre site [drees.solidarites-sante.gouv.fr](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr)

Retrouvez toutes nos données sur [data.drees.solidarites-sante.gouv.fr](https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr)

Pour recevoir nos avis de parution [drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution)

### Directeur de la publication :

Fabrice Lenglard

### Responsable d'édition :

Valérie Bauer-Eubriet

### Rédactrice en chef technique :

Sabine Boulanger

### Secrétaire de rédaction :

Élisabeth Castaing

### Composition et mise en pages :

ndbd

### Conception graphique :

Julie Hiet et Philippe Brulin

### Pour toute information :

[drees-infos@sante.gouv.fr](mailto:drees-infos@sante.gouv.fr)

Reproduction autorisée sous réserve

de la mention des sources • ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384



La DREES fait partie du Service statistique public piloté par l'Insee.