

SOUS EMBARGO jusqu'au 2 mars 2023 à 6 heures

ÉTUDES et RÉSULTATS

mars 2023
n° 1259

En 2021, le nombre de séjours hospitaliers hors Covid-19 n'est pas revenu à son niveau d'avant l'épidémie

Près de 11,4 millions de personnes résidant en France ont été hospitalisées en court séjour, soit 17,8 millions de séjours, dont environ 2 % pour Covid-19 en 2021. Cette proportion des séjours dus au Covid-19 est stable entre 2020 et 2021.

Malgré une reprise de l'activité par rapport à 2020 (+12 %), le nombre de séjours hospitaliers reste inférieur de 3 % à celui enregistré en 2019. Par rapport à 2019, le nombre de séjours en hospitalisation complète est encore en recul (-11 %) alors que celui en hospitalisation de jour dépasse son niveau d'avant-crise (+6 %).

La baisse du nombre de séjours par rapport à 2019 est plus marquée pour les séjours liés à des motifs ORL (-23 %), maladies de l'appareil respiratoire (hors Covid-19) [-22 %] et maladies infectieuses (-18 %), en lien avec le maintien de mesures sanitaires et de gestes barrières.

En 2021, le nombre de séjours pour motifs cardio-neurovasculaires reste en deçà de 2019 (-3 %), notamment chez les personnes de 75 ans ou plus. Cependant, il dépasse légèrement son niveau de 2019 pour les personnes de 15 à 44 ans, porté par l'augmentation du nombre de séjours pour embolie pulmonaire et myocardite aiguë.

Au sein de la chirurgie, en 2021, le nombre de séjours de chirurgie en hospitalisation conventionnelle est toujours en baisse par rapport à 2019 (-11 %) alors que celui de chirurgie ambulatoire augmente (+3 %).

Diane Naouri (DREES)

En 2021, près de 11,4 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)¹, dont 2,2 % pour des séjours liés au Covid-19. Le nombre annuel de séjours par personne hospitalisée est de 1,6 en moyenne. Cela correspond à un nombre total de 17,8 millions de séjours en 2021, dont 1,6 % pour le Covid-19. Les séjours en hospitalisation

complète (avec nuitée) représentent 51 % de l'ensemble, en nette diminution par rapport à 2019.

Le nombre de séjours en MCO rebondit de 11,6 % sans retrouver son niveau de 2019

Au cours de la période 2010-2018, le nombre de séjours en MCO avait augmenté de façon constante, avec une progression moyenne de 1,2 % par an (De Peretti, 2020) [graphique 1]. ●●●

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 encore celles d'hospitalisation à domicile. Les séjours en MCO comprennent aussi bien l'activité hospitalière publique que privée.

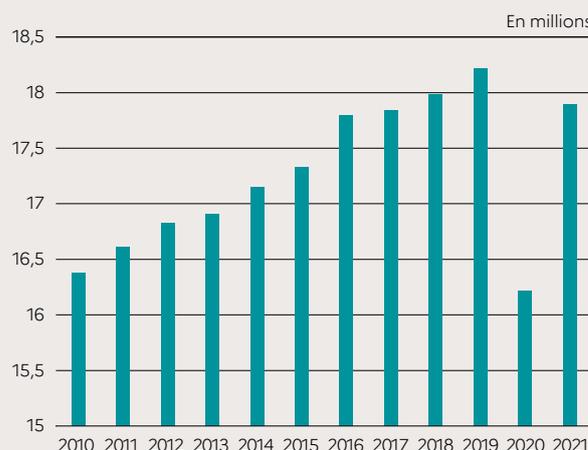
Retrouvez toutes nos données sur [data.drees](https://data.drees.fr)

En 2020, la crise sanitaire due à l'épidémie de Covid-19 avait fortement impacté l'hôpital, avec une baisse exceptionnelle de 13,4 % du nombre de séjours en MCO hors Covid-19 (Naouri, 2021). Cette baisse en 2020 avait touché aussi bien les hospitalisations complètes (-16,5 %) que les hospitalisations de jour (-12,2 %). Les séjours avec acte classant opératoire (-15,5 %), correspondant aux opérations de chirurgie, ainsi que ceux avec acte classant non opératoire (-14,8 %), correspondant aux techniques peu invasives (acte d'endoscopie par exemple), avaient été plus affectés que les séjours sans acte classant (séjours dits médicaux, par exemple pour prise en charge d'une infection respiratoire) [-9,2 %] (**encadré 1**).

En 2021, le nombre de séjours en MCO hors Covid-19 rebondit de 11,6 % par rapport à 2020 (**tableau complémentaire A²**) sans retrouver son niveau de 2019. En effet, il est encore inférieur de 3,4 % par rapport à 2019. Le nombre de séjours en hospitalisation complète reste très en deçà de son niveau de 2019 (-11,2 %) alors que les hospitalisations de jour le dépassent (+6,1 %). En hospitalisation complète, les établissements privés à but lucratif connaissent la plus forte baisse par rapport à 2019 (-13,4 %). En hospitalisation de jour, ce sont les établissements privés à but non lucratif qui enregistrent la plus forte augmentation (+17,9 %).

La baisse du nombre de séjours hors Covid-19 par rapport à 2019 concerne principalement les séjours sans acte classant (-5,9 %) et les séjours avec acte classant opératoire (-2,9 %) alors que les

Graphique 1 Évolution du nombre de séjours en MCO depuis 2010



Lecture > En 2010, il y a eu environ 16,4 millions de séjours en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO).

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 le Covid-19.

Sources > Bases de données du PMSI-MCO (ATIH), années 2010 à 2021 pour les hospitalisations.

> *Études et Résultats* n° 1259 © DREES

Encadré 1 Sources et méthode

Source de données

Hospitalisations en court séjour : les données proviennent des bases annuelles du programme de médicalisation des systèmes d'information en Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (PMSI-MCO). Les données sont produites par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). 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, commencés et finis en 2021, et concernant des personnes résidant en France métropolitaine ou dans les DROM. Les séjours liés au Covid-19 (diagnostic principal et/ou relié U07.10, U07.11, U07.12, U07.14, U07.15, U08.9 ou U11.9) ont été exclus des analyses. Les séances 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 2019 a été prise comme année de référence pour les comparaisons, la structure de la population étant quasiment inchangée par rapport à 2021. 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 2021 (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^e 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 0 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 est 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.

2. Les tableaux complémentaires sont disponibles avec les données associées à cette étude sur le site internet de la DREES.

séjours pour acte classant non opératoire sont relativement stables (+0,8 %). Ces chiffres masquent cependant de fortes hétérogénéités en fonction du type d'établissement. Pour les séjours sans acte classant, ce sont les établissements publics qui enregistrent la plus forte baisse (-6,8 %), devant les établissements privés à but lucratif (-4,7 %) [graphique 2]. En revanche, dans les établissements privés à but non lucratif, le nombre de séjours sans acte classant est quasiment stable (+0,5 %).

En France métropolitaine, la baisse du nombre de séjours hors Covid-19 par rapport à 2019 est plus importante dans les régions Centre-Val de Loire (-7,2 %), Hauts-de-France (-6,0 %) et Île-de-France (-5,8 %) ; ce nombre est proche de son niveau d'avant-crise, voire le dépasse dans les régions de l'ouest (Occitanie, Nouvelle-Aquitaine, Pays de la Loire, Bretagne). Dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), la situation est aussi très contrastée : la Guyane et la Guadeloupe enregistrent une baisse encore très marquée par rapport à 2019 (-7,9 % et -7,2 %), tandis qu'à La Réunion et à Mayotte, le nombre de séjours retrouve son niveau d'avant-crise [tableau complémentaire B].

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

En 2020, les maladies de l'appareil respiratoire (hors Covid-19) étaient le deuxième motif ayant le plus contribué à la baisse du nombre de séjours entre 2020 et 2019, et le troisième motif ayant la plus forte baisse. En 2021, elles sont le premier motif à contribuer à la baisse (-1,1 point, soit un tiers de la baisse totale du nombre de

séjours) et le deuxième motif connaissant la plus forte baisse par rapport à 2019 (-22,1 %) [graphique 3].

Les motifs ORL³ et infectieux sont eux aussi toujours en forte baisse en 2021 par rapport à 2019 (respectivement -23,3 % et -18,4 %) mais ne participent que modérément au recul total du nombre de séjours (respectivement -0,2 et -0,3 point), de par leur moindre part au sein de ceux-ci.

Deux hypothèses peuvent expliquer la décre du nombre de séjours pour ces trois catégories de motifs. D'une part, il est possible que certaines personnes atteintes de maladies chroniques respiratoires soient décédées du Covid-19 en 2020, ce qui contribue à la baisse de la demande de soins pour ces patients. D'autre part, les mesures sanitaires de restriction des contacts personnels (couvre-feu, confinement, télétravail, fermeture de commerces et de lieux de loisirs et publics, passe vaccinal), ainsi que la poursuite de l'application des gestes barrières mise en place pour freiner la propagation du Covid-19, ont pu freiner la propagation d'autres agents infectieux.

La baisse du nombre de séjours pour motifs ORL est particulièrement marquée chez les enfants et les adolescents de 2 à 14 ans (-45,3 %). Le recul du nombre de séjours pour motifs respiratoires est plus marqué chez les 75 ans ou plus (-8,4 %) et, enfin, la baisse du nombre de séjours pour motifs infectieux est plus nette chez les enfants de moins de 2 ans (-28,2 %) [tableau complémentaire C]. Il existe toutefois une exception à la baisse du nombre de séjours pour motifs respiratoires (hors Covid-19) : ils augmentent de 3,4 % pour les enfants de moins de 2 ans. Parmi les près de 100 000 séjours pour motifs respiratoires chez les moins de 2 ans

Graphique 2 Évolution du nombre de séjours en 2021 par rapport à 2019 par type de séjours et d'établissement



Note > La contribution à l'évolution peut être décomposée en la somme des contributions de ses différentes composantes (exprimées en points). Par exemple, l'évolution de -2,9 % de séjours pour acte classant opératoire peut être décomposée comme ce qui suit : contribution de -2,6 points des établissements publics, +0,2 points pour les établissements privés à but non lucratif et -0,5 point pour les établissements privés à but lucratif. La somme des trois composantes correspondant bien au -2,9 % de séjours.

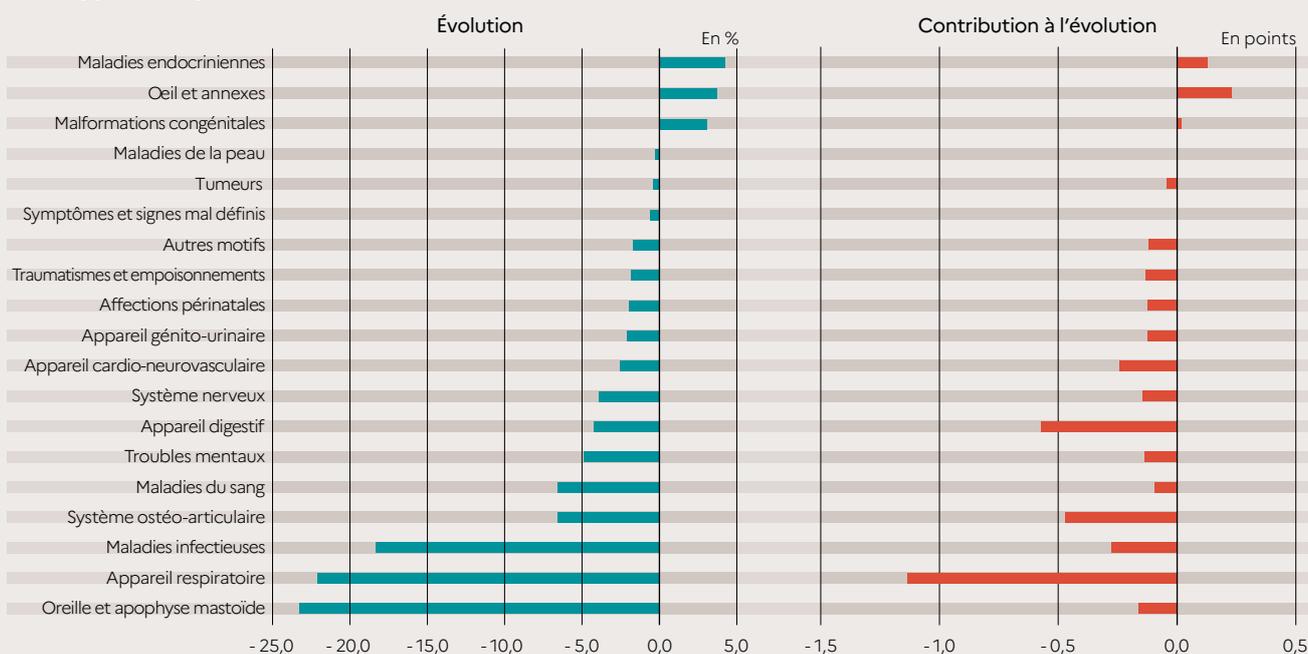
Lecture > Les séjours avec acte classant opératoire ont baissé de 7,1 % dans les établissements publics en 2021 par rapport à 2019, contribuant à hauteur de 2,6 points à la baisse totale observée pour les séjours pour acte classant opératoire.

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

Sources > Bases de données du PMSI-MCO (ATIH), années 2019 et 2021 pour les hospitalisations.

> Études et Résultats n° 1259 © DREES

Graphique 3 Évolution du nombre de séjours en 2021 par rapport à 2019 en fonction du motif d'hospitalisation (tous types de séjours)



Note > La contribution à l'évolution peut être décomposée en la somme des contributions de ses différentes composantes (exprimées en points).

Lecture > Les séjours pour motifs liés à l'oreille et à l'apophyse mastoïde sont en baisse de 23,3 % en 2021 par rapport à 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 en lien avec le Covid-19.

Sources > Bases de données du PMSI-MCO (ATIH), années 2019 et 2021 pour les hospitalisations.

> Études et Résultats n° 1259 © DREES

en 2021, ceux pour bronchiolite représentent 56 % des séjours et ont connu une augmentation de 17,3 %. Ils contribuent à eux seuls à l'augmentation observée des séjours pour motifs respiratoires, tandis que ceux pour autres motifs respiratoires diminuent. Pendant l'hiver 2020-2021, l'épidémie de bronchiolites à VRS⁴ a été particulièrement faible dans de nombreux pays, du fait de l'application des gestes barrières (Cohen, *et al.*, 2021 ; Vaux, *et al.*, 2022). Cette faible circulation du VRS serait à l'origine d'une protection plus faible de la population contre ce virus à la sortie de l'hiver. Cette « dette immunitaire » expliquerait le rebond épidémique observé à l'automne 2021 et pourrait être la cause d'épidémies plus importantes dans les années à venir (Van Summeren, *et al.*, 2021). Au cours de la période allant d'octobre à décembre 2021, on compte près de 29 000 séjours pour bronchiolites chez les moins de 2 ans, soit une augmentation de 32,3 % par rapport à la même période en 2019.

La baisse des séjours pour motifs cardio-neurovasculaires se poursuit, sauf pour ceux liés au Covid-19

En 2020, les hospitalisations pour motifs cardio-neurovasculaires avaient reculé de 10,8 % par rapport à 2019, notamment pour les insuffisances cardiaques aiguës (-12,1 %), infarctus du myocarde (IDM) [-9,2 %], accidents ischémiques transitoires (AIT) [-8,0 %] et accidents vasculaires cérébraux constitués (AVC) [-5,0 %].

En 2021, le nombre de séjours pour motifs cardio-neurovasculaires reste en deçà de 2019 (-2,6 %), principalement pour les AIT (-9,5 %)

et les insuffisances cardiaques (-7,2 %). Les personnes de 75 ans ou plus contribuent aux trois quarts à cette baisse, tandis que le nombre de séjours pour motifs cardio-neurovasculaires dépasse légèrement son niveau de 2019 pour les 15 à 44 ans.

Chez les personnes de 75 ans ou plus, l'évolution du nombre de séjours est toutefois hétérogène en fonction du diagnostic principal. Les séjours pour insuffisance cardiaque sont ceux qui contribuent le plus fortement à la baisse (-2,4 points, soit la moitié de la baisse observée sur cette classe d'âge, baisse de 9,3 % par rapport à 2019) devant les séjours pour infarctus du myocarde (-1,1 point, en baisse de 10,6 % par rapport à 2019). À l'inverse, le nombre de séjours augmente pour certains diagnostics principaux, atténuant ainsi la baisse observée pour l'ensemble des séjours pour motifs cardio-neurovasculaires ; c'est le cas des séjours pour embolie pulmonaire⁵ (+0,4 point, en hausse de 13,3 % par rapport à 2019). La baisse du nombre de séjours des 75 ans ou plus pourrait être expliquée par le fait que certains patients de cette classe d'âge, avec un risque important d'événement cardio-neurovasculaire, ont pu décéder du Covid-19 en 2020 ou 2021 : s'ils n'étaient pas décédés, ils auraient pu alors développer des problèmes cardio-neurovasculaires nécessitant une hospitalisation (Naouri, *et al.*, 2022).

Chez les 15 à 44 ans, l'augmentation légère du nombre de séjours pour motifs cardio-neurovasculaires (+1,2 %) est portée par les séjours pour embolie pulmonaire (en hausse de 20,4 % par rapport à 2019, soit +0,8 point) et pour myocardite aiguë⁶ (en hausse de 31,2 % par rapport à 2019, soit +0,5 point).

4. Le VRS ou virus respiratoire syncytial est le virus le plus souvent à l'origine des bronchiolites.

5. L'embolie pulmonaire correspond à l'obstruction d'une artère pulmonaire ou de l'une de ses branches, en général par un caillot de sang. Les facteurs de risque d'embolie pulmonaire sont notamment les infections, les cancers et les troubles de la coagulation.

6. La myocardite est une inflammation du muscle cardiaque (myocarde) causée le plus souvent par une infection virale.

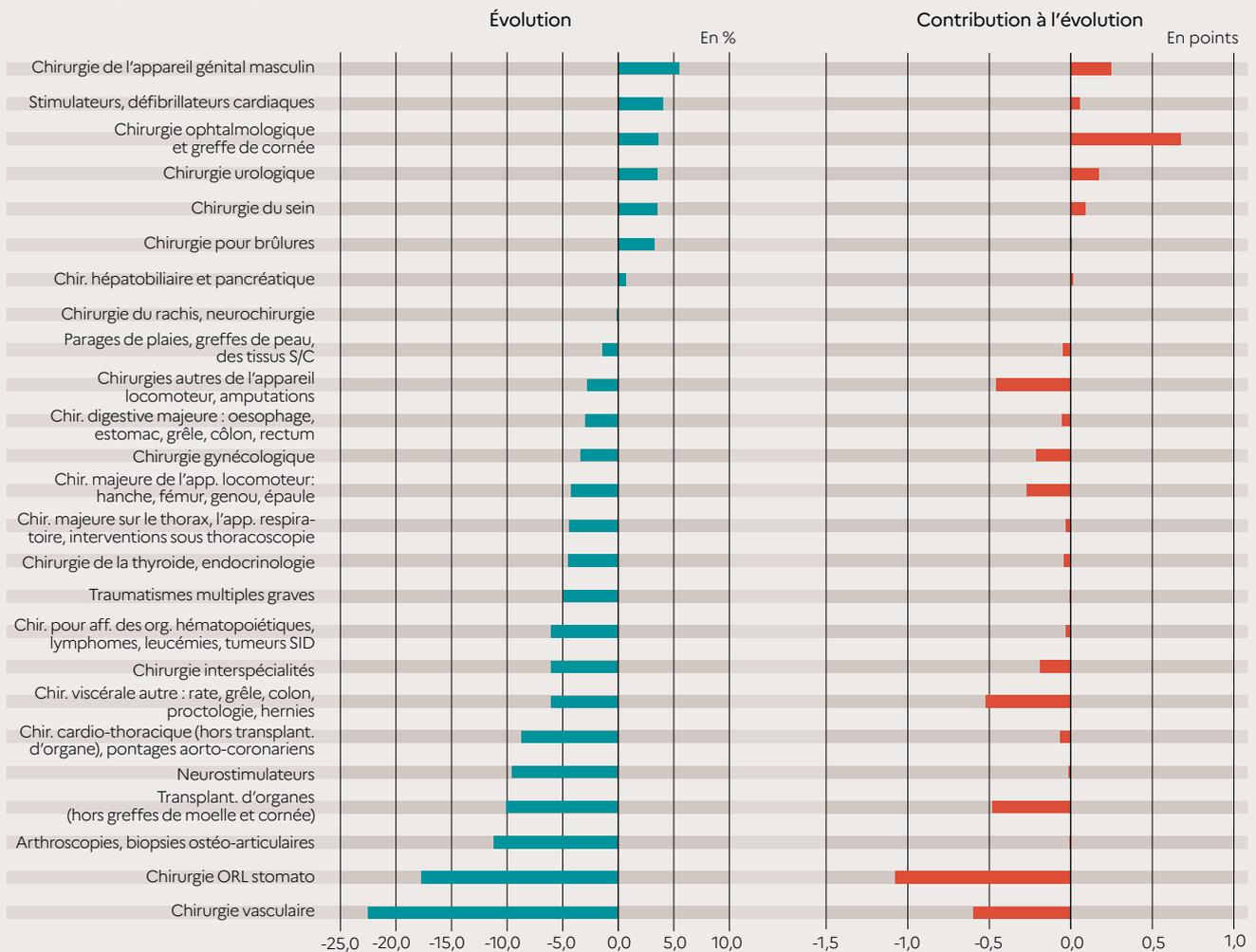
Parmi les 15 à 44 ans et les 75 ans ou plus, les près de 3 500 séjours excédentaires pour embolie pulmonaire en 2021 par rapport à 2019 sont, pour la quasi-totalité, associés à une infection ou, dans une bien moindre mesure, à une vaccination contre le Covid-19 (moins de 3 %). Par ailleurs, parmi les 627 séjours excédentaires de myocardites observés chez les 15 à 44 ans en 2021, 58,9 % sont associés à une infection au Covid-19 et 30,9 % à la vaccination contre le Covid-19. Au 31 décembre 2021, près de 55 millions de doses avaient été injectées en France chez les 18 à 49 ans⁷. En rapportant à ce chiffre le nombre d'hospitalisations pour myocardites liées au vaccin dans la même classe d'âge, cela correspond à un risque d'environ 3,1 séjours pour myocardites par million d'injections. Ces résultats sont concordants avec ceux de l'étude Epi-Phare (Groupement d'intérêt scientifique [GIS] Epi-Phare, 2022), qui confirmait l'existence d'un risque accru de myocardite et de péricardite dans la semaine suivant la vaccination contre le Covid-19 par les vaccins à ARN messenger, en particulier la deuxième dose du vaccin. Les cas de myocardite et de péricardite⁸ suivant la vaccination

n'apparaissent pas plus graves que ceux survenant en dehors de la vaccination. À noter que les infections virales sont connues pour être elles-mêmes associées à un risque plus important de péricardite et de myocardite (Piccirillo, *et al.*, 2021). D'autres vaccins que celui contre le Covid-19, tels que ceux contre la grippe ou la variole présentent un risque de péricardite et de myocardite un peu plus faible, d'environ 2,4 par million d'injections (Eckart, *et al.*, 2004 ; Kuntz, *et al.*, 2018).

Une baisse toujours présente en chirurgie programmée

En 2020, la baisse en chirurgie avait touché 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 avaient connu un recul plus important que ceux de chirurgie urgente (-18,7 % contre -6,4 %).

Graphique 4 Évolution du nombre de séjours hors Covid-19 avec acte classant opératoire en 2021 par rapport à 2019 selon le type de chirurgie



Note > La contribution à l'évolution peut être décomposée en la somme des contributions de ses différentes composantes (exprimées en points).

Lecture > Les séjours de chirurgie vasculaire ont baissé de 22,5 % en 2021 par rapport à 2019.

Champ > France métropolitaine et DROM ; séjours avec acte classant opératoire en hospitalisations complètes et de jour, à l'exclusion des séjours obstétricaux.

Sources > Bases de données du PMSI-MCO (ATIH), années 2019 et 2021 pour les hospitalisations.

> *Études et Résultats* n° 1259 © DREES

⁷ À noter que ce chiffre correspond aux personnes ayant reçu une injection en France, qu'elles résident ou non sur le territoire, contrairement aux séjours qui concernent les personnes résidant en France métropolitaine et dans les DROM (Santé publique France, 2023).

⁸ La péricardite est une inflammation de la membrane qui entoure le muscle cardiaque (péricarde) causée le plus souvent par une infection virale et qui, la plupart du temps, ne nécessite pas d'hospitalisation, contrairement à la myocardite.

En 2021, la chirurgie en hospitalisation conventionnelle est toujours en baisse par rapport à 2019 (-10,5 %), alors que la chirurgie ambulatoire augmente (+3,2 %). Au sein des séjours de chirurgie en hospitalisation conventionnelle, ceux de chirurgie programmée baissent plus (-12,4 %) que ceux de chirurgie urgente (-3,0 %).

Tous types de chirurgie confondus, les chirurgies ORL et vasculaires sont celles qui contribuent le plus à la baisse des séjours de chirurgie (-1,1 point et -0,6 point respectivement), mais aussi celles qui déclinent le plus par rapport à 2019 (-17,7 % et -22,5 % respectivement) [graphique 4]. Le recul en chirurgie vasculaire est quasi entièrement porté par la baisse observée pour les prises en charge des varices (contribution de -21,1 points). Pour d'autres spécialités, l'activité rebondit en 2021 et dépasse le niveau de 2019. C'est le cas de la chirurgie ophtalmologique (+3,6 % par rapport à 2019), de la chirurgie de l'appareil génital masculin (+5,5 % par rapport à 2019) et de la chirurgie urologique (+3,5 % par rapport à 2019).

En ophtalmologie, la chirurgie de la cataracte réalisée en ambulatoire explique à elle seule la hausse observée (+ 4,9 % par rapport à 2019). En se basant sur le codage des séjours hospitaliers, il est difficile d'apprécier ce qui est de l'ordre du rattrapage d'un besoin de soins reporté, ou ce qui concerne une nouvelle demande de soins. La chirurgie de la cataracte, qui est non urgente et quasiment toujours réalisée en ambulatoire, est un bon exemple de chirurgie avec possible rattrapage en 2021. En effet, en 2020, les séjours pour chirurgie de la cataracte avaient baissé de 19,2 % par rapport à 2019 avec une quasi-disparition pendant la première

vague (-95,0 % par rapport à la même période en 2019). À cette aune, la hausse constatée en 2021 par rapport à 2019 ne suffit pas à compenser la baisse de 2020.

Parmi les chirurgies de l'appareil génital masculin, la chirurgie de stérilisation et la vasoplastie expliquent près des deux tiers de la hausse observée (+79,2 %), devant la circoncision (+7,4 %). Enfin, en chirurgie urologique, les interventions pour lithiases urinaires⁹ réalisées en ambulatoire expliquent la quasi-totalité de la hausse observée (hausse de 19,8 % par rapport à 2019).

En cancérologie, un nombre de séjours stable en 2021 par rapport à 2019

Enfin, en cancérologie, les séjours pour actes et procédures peu invasifs (comme pour la réalisation d'endoscopies et de fibroscopies à visée diagnostique) qui avaient le plus fortement reculé en 2020 reviennent en 2021 à leur niveau d'avant-crise. Les séjours de chirurgie et de médecine (sans acte classant) sont eux aussi stables par rapport à 2019. Notamment, les hospitalisations pour prise en charge chirurgicale des cancers du sein ont augmenté de 5,3 % alors que les séjours pour prise en charge chirurgicale des cancers colorectaux ont diminué de 1,9 %. Par ailleurs, le nombre de séances (chimiothérapie, radiothérapie, etc.) augmente par rapport à 2019 (+5,8 %).



Télécharger les données associées à l'étude

9. Les lithiases urinaires sont dues à la formation de calculs dans les voies urinaires (reins, uretère, vessie).

Mots clés : **Court séjour** **Hospitalisation** **Covid-19**

Pour en savoir plus

> **ATIH** (2022, décembre). *Les chiffres clés de l'hospitalisation*.

> **Cohen, R., Ashman, M., Taha, M.K., et al.** (2021, août). Pediatric Infectious Disease Group (GPIP) position paper on the immune debt of the COVID-19 pandemic in childhood, how can we fill the immunity gap? *Infect Dis Now.*, 51 (5), pp. 418-423.

> **De Peretti, C.** (2020, décembre). Les motifs de recours hospitalier en court séjour en 2018 et leurs évolutions récentes. *DREES, Études et Résultats*, 1168.

> **Eckart, R.E., Love, S.S., Atwood J.E., et al., Department of Defense Smallpox Vaccination Clinical Evaluation Team** (2004, juillet). Incidence and follow-up of inflammatory cardiac complications after smallpox vaccination. *J Am Coll Cardiol*, 44(1), pp. 201-205.

> **Groupe d'intérêt scientifique (GIS) Epi-Phare** (2022, avril). *Association entre les vaccins Covid-19 à ARN messager et la survenue de myocardite et péricardite chez les personnes de 12 à 50 ans en France*. Données actualisées au 31 octobre 2021.

> **Kuntz, J., Crane, B., Weinmann, S., Naleway, A.L., Vaccine Safety Datalink Investigator Team** (2018, mars). Myocarditis and pericarditis are rare following live viral vaccinations in adults. *Vaccine*, 36(12), pp. 1524-1527.

> **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., Fouillet, A., Ghosn, W., Coudin C.** (2022, novembre). Covid-19 : troisième cause de décès en France en 2020, quand les autres grandes causes de décès baissent. *DREES, Études et Résultats*, 1250.

> **Piccirillo, F., Watanabe, M., Di Sciascio, G.** (2021, septembre). Diagnosis, treatment and predictors of prognosis of myocarditis. a narrative review. *Cardiovasc Pathol.*, 107362.

> **Santé publique France** (2023). *Données relatives aux personnes vaccinées contre la Covid-19 (VAC-SI)*.

> **Van Summeren, J., Meijer, A., Aspelund, J.S., et al.** (2021, juillet). Low levels of respiratory syncytial virus activity in Europe during the 2020/21 season: what can we expect in the coming summer and autumn/winter? *Euro Surveill.*, 26 (29).

> **Vaux, S., Viriot, D., Forgeot, C., et al.** (2022, septembre). Bronchiolitis epidemics in France during the SARS-CoV-2 pandemic: The 2020–2021 and 2021–2022 seasons. *Infectious Diseases Now*, 52(6).

> **Publications**
drees.solidarites-sante.gouv.fr

> **Open Data**
data.drees.solidarites-sante.gouv.fr

> **Nous contacter**
DREES-INFO@solidarites-sante.gouv.fr

> **Contact presse**
DREES-PRESSE@solidarites-sante.gouv.fr

Directeur de la publication : Fabrice Lenglard

Responsable d'édition : Valérie Bauer-Eubriet

Rédactrice en chef technique : Céline Roux

Chargée d'édition : Élisabeth Castaing

Composition et mise en pages : Julie Eneau

Conception graphique : DREES

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources

ISSN électronique 1146-9129 • AJP 0001384

Les destinataires de cette publication sont informés de l'existence à la DREES d'un traitement de données à caractère personnel les concernant. Ce traitement, sous la responsabilité du directeur de la publication, a pour objet la diffusion de la publication de la DREES. Les données utilisées sont l'identité, la profession, l'adresse postale personnelle ou professionnelle. Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les destinataires disposent d'un droit d'accès et de rectification aux données les concernant ainsi qu'un droit d'opposition à figurer dans ce traitement. Ils peuvent exercer ces droits en écrivant à : DREES - Bureau des Publications et de la Communication - 14 avenue Duquesne - 75 350 Paris 07 SP ou en envoyant un courriel à : drees-infos@sante.gouv.fr