

■ SYNTHÈSE SUR LE COVID-19 EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ EN 2021

L'année 2021 a encore été marquée par l'épidémie de Covid-19, dont la prise en charge a représenté une part significative de l'activité hospitalière : 4,0 % de l'ensemble des séjours d'hospitalisation complète et 0,7 % des journées d'hospitalisation partielle. Les services de soins critiques se sont réorganisés pour absorber un afflux massif de patients atteints de Covid-19 à chaque vague épidémique. En réanimation en particulier, ces derniers ont représenté un tiers de l'ensemble des journées d'hospitalisation en 2021. Les déprogrammations de soins, les périodes de confinement, ainsi que la promotion des gestes barrières se sont traduites par plusieurs ruptures majeures de tendance. L'activité d'hospitalisation complète reste en 2021 en deçà de son niveau d'avant crise, de près de 10 %, et le développement de l'activité partielle s'est interrompu. Une partie de l'activité hospitalière s'est déportée vers l'hospitalisation à domicile, accentuant la tendance des années antérieures à la crise. La vaccination a toutefois permis de contenir le nombre de patients hospitalisés pour Covid grave.

Les établissements de santé ont encore été fortement touchés par la crise sanitaire du Covid-19 en 2021

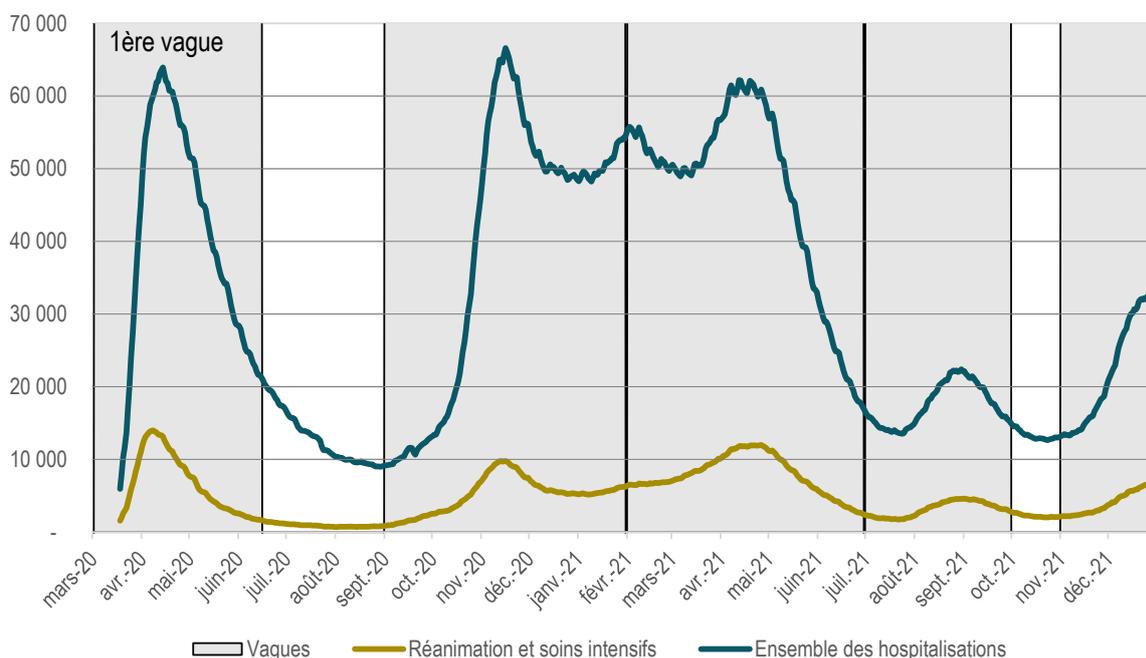
L'année 2020, qui a vu émerger le Covid-19 en France, a été marquée par un contexte sanitaire exceptionnel. Certains établissements de santé ont été confrontés à des afflux massifs de patients infectés par le SARS-CoV-2 au cours d'une première vague épidémique, dont le pic a été atteint fin mars 2020, puis d'une deuxième vague, dont le pic a été atteint fin octobre 2020. L'épidémie s'est poursuivie tout au long de 2021, avec 3 nouvelles vagues : du 1^{er} février au 30 juin d'abord pour la troisième vague, du 1^{er} juillet au 30 septembre ensuite pour la quatrième vague, et enfin à partir de mi-décembre pour la cinquième vague, dont le pic n'avait pas encore été atteint à la fin de l'année et qui s'est prolongée sur l'ensemble du 1^{er} trimestre 2022. Ces vagues sont liées à l'apparition de nouveaux variants : Alpha, Beta et Gamma pour la troisième vague, Delta pour la quatrième et enfin Omicron pour la cinquième. Par ailleurs, l'année 2021 a été marquée par le déploiement de la campagne de vaccination, progressivement ouverte à l'ensemble de la population au cours du 1^{er} semestre.

L'impact de la crise sur les établissements de santé a dépassé, comme en 2020, la seule prise en charge des patients atteints de Covid-19. Les périodes de confinement, les décisions de déprogrammation de soins ainsi que la promotion des gestes barrières ont eu un effet sur l'ensemble des prises en charge. Cette synthèse présente un bilan de l'impact de la prise en charge des patients infectés par le SARS-CoV-2 d'une part, et des mesures sanitaires mises en place d'autre part, sur les capacités et l'activité hospitalières en 2021, ainsi que sur les effectifs salariés et la consommation de soins.

Dans ce dossier, l'identification des séjours de patients atteints de Covid-19, que ce dernier soit le motif d'hospitalisation ou non, se fait à partir des diagnostics codés dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)²⁰. Les séjours codés avec un diagnostic principal (ou relié) de Covid-19 sont supposés être ceux dont le traitement du Covid-19 est le motif médical central (principalement dans des unités de soins de médecine) ; les séjours sans diagnostic principal de Covid-19, mais avec un diagnostic associé de Covid-19, sont supposés être ceux dont le motif médical était une autre pathologie, mais pour un patient atteint de Covid-19 (cas possible dans toutes les disciplines hospitalières). Les consignes et les pratiques de codage ont toutefois pu diverger, si bien que la frontière entre diagnostics principaux (DP) et associés (DA) reste à interpréter avec précaution.

²⁰ À l'exception des données de la figure 1, issues du système d'information pour le suivi des victimes d'attentats et de situations sanitaires exceptionnelles (SI-VIC), qui a été mobilisé dès le début de la crise sanitaire pour la remontée des informations de prises en charge hospitalières.

Graphique 1 Nombre quotidien de patients hospitalisés atteints de Covid-19



Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.
Source > SI-VIC, traitements DREES.

Le Covid-19 a représenté 4,0 % des séjours d'hospitalisation complète et 0,7 % des journées d'hospitalisation partielle en 2021

En 2021, les établissements de santé ont enregistré 428 000 séjours d'hospitalisation complète avec un diagnostic principal ou associé de Covid-19, soit 80 000 de plus qu'en 2020 (+23 %). Le Covid-19 a ainsi représenté une part plus importante de l'activité en hospitalisation complète qu'en 2020 (4,0 %, après 3,4 % l'année précédente), dans la mesure notamment où l'épidémie a couvert l'ensemble de l'année alors qu'elle n'avait débuté qu'en mars en 2020. Ces séjours représentent 3,9 % de l'ensemble des séjours d'hospitalisation complète en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), 7,6 % en soins de suite et réadaptation (SSR) et 0,5 % en psychiatrie, où le codage de diagnostics Covid-19 est marginal.

Sept séjours Covid-19 sur dix sont codés avec un DP de Covid-19. Ils sont alors classés le plus souvent en médecine, mais peuvent également l'être en SSR, des autorisations de soins dérogatoires ayant été délivrées à certains établissements de SSR pour ouvrir des unités de prise en charge du Covid-19. Les séjours avec un DA de Covid-19 sont réalisés majoritairement en médecine, mais il en existe également en chirurgie (10 % de ce type de séjours), en obstétrique (7 %) et en SSR (21 %), probablement pour des patients dont la prise en charge avait un autre motif initial, mais qui ont eu un diagnostic de Covid-19 à leur entrée ou durant leur hospitalisation.

Par ailleurs, 115 00 journées d'hospitalisation partielle sont accompagnées d'un diagnostic de Covid-19, soit 0,7 % du total des journées d'hospitalisation partielle (0,6 % en 2020). Elles augmentent plus fortement que le nombre de séjours (+49 %), mais leur part dans l'activité d'hospitalisation partielle évolue peu dans la mesure où, à l'inverse des séjours d'hospitalisation complète, le nombre de journées d'hospitalisation partielle connaît un fort rebond en 2021 après le recul enregistré en 2020. La majorité de ces journées Covid-19 comportent un DP de Covid-19 (78 %) et elles sont concentrées principalement en MCO.

Ces évolutions agrégées ne permettent toutefois pas de rendre compte de la charge qu'ont représenté les hospitalisations liées au Covid-19 pour les établissements de santé en 2020 comme en 2021, du fait notamment de la réorganisation des services et du poids de ces hospitalisations en réanimation.

En 2021, 12 600 séjours en hospitalisation à domicile (HAD) comportaient un diagnostic, principal ou associé, de Covid-19, soit 4,7 % de l'ensemble des séjours en HAD de l'année. Contrairement aux hospitalisations complètes et partielles, l'activité en hospitalisation à domicile liée au Covid-19 diminue par rapport à 2020 (17 400 séjours, soit 6,8 % de l'ensemble des séjours en HAD en 2020).

La vaccination a permis de contenir la hausse des patients atteints de Covid-19 hospitalisés en 2021

En 2021, 373 000 patients ont été hospitalisés au moins une fois avec un diagnostic, principal ou associé, de Covid-19, soit 70 000 de plus qu'en 2020. Ces patients représentent 2,9 % de l'ensemble des patients hospitalisés dans l'année, en légère hausse par rapport à 2020 (2,6 %). 292 000 patients ont été hospitalisés au moins une fois avec un diagnostic principal de Covid-19, très largement au cours de séjours pour affections respiratoires, maladies infectieuses ou autres affections. En revanche, les motifs d'hospitalisation des 82 000 patients avec un diagnostic associé de Covid-19 sont plus variés et répartis sur tous les groupes de prise en charge.

Le déploiement de la vaccination au cours du premier semestre 2021 a toutefois permis de réduire l'ampleur des hospitalisations liées au Covid-19 et de limiter l'impact de l'épidémie sur les établissements de santé (Deltour et Khaoua, 2022). Si la proportion de vaccinés parmi les patients hospitalisés avec Covid-19 a augmenté au fil des vagues qui se sont succédé en 2021, les vaccinés sont sous représentés parmi les patients hospitalisés par rapport à leur part dans la population générale : durant le mois de septembre 2021 (fin de la quatrième vague), ils représentent 37 % des entrées hospitalières, contre 67 % de la population générale. Au cours des troisième et quatrième vagues, la vaccination aurait ainsi réduit d'environ 80 % le risque d'entrée en MCO pour les personnes de 80 ans ou plus. Par ailleurs, pour les personnes ayant une primo-vaccination complète, le risque de décéder au cours d'un séjour en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) est très inférieur à celui des personnes non vaccinées.

La proportion de patients hospitalisés en MCO (et non décédés) également admis en SSR a diminué au fil des vagues : elle s'élevait à 14 % au cours de la première vague au printemps 2020, contre 9 % au cours de la troisième et 4 % au cours de la quatrième. Lors des parcours hospitaliers incluant un passage en soins critiques (dans 20 % des cas), ces proportions sont un peu plus élevées : 12 % et 7 % lors des troisième et quatrième vagues en 2021, contre 22 % lors de la première en 2020 (Deltour et Khaoua, 2022).

La durée moyenne de séjour reste plus élevée pour les séjours Covid-19

La durée moyenne des séjours avec un diagnostic principal ou associé de Covid-19 en hospitalisation complète s'échelonne de 11,3 jours en MCO à 37,3 jours en SSR en 2021. En comparaison, les durées moyennes de séjours (tous motifs confondus) en hospitalisation complète sont de 5,6 jours en MCO et de 33,0 jours en SSR. Ces différences peuvent être expliquées par une plus grande complexité des séjours de patients atteints de Covid-19, avec notamment une part importante de prises en charge en soins critiques. Ce faisant, le Covid-19 représente en 2021 une part plus importante dans les journées d'hospitalisation complète (6,3 %) que dans les séjours (4,0 %). La durée médiane des séjours de patients atteints de Covid-19 s'est réduite au fil des vagues, du fait notamment du rajeunissement de la population hospitalisée et de la vaccination²¹ (Deltour et Khaoua, 2022).

La durée moyenne de séjour en HAD des patients atteints de Covid-19 a été inférieure à celle de l'ensemble des séjours en HAD en 2021 (20 jours, contre 27 jours). Cet écart de durée de séjour en HAD est lié aux motifs les plus fréquents d'admission en HAD, que sont les soins techniques de cancérologie, les soins palliatifs et les pansements complexes et soins spécifiques. En effet, les prises en charge de cancérologie et soins palliatifs, notamment, sont souvent plus complexes et peuvent donner lieu à des séjours en HAD bien plus longs que ceux des patients atteints de Covid-19.

Le Covid-19 a concerné plus d'un tiers des journées en réanimation en 2021

Pour les séjours terminés en 2021, la prise en charge de patients atteints de Covid-19 a représenté plus d'un tiers de l'ensemble des journées en réanimation, soit 769 000 journées. L'épidémie a ainsi fortement augmenté l'activité en réanimation, dont le nombre de journées a progressé de 8,0 % en 2021, après +13,5 % en 2020. Cette augmentation résulte principalement de la durée des séjours Covid-19 (13,1 jours), près de deux fois supérieure à celle des autres séjours en réanimation en 2020, et encore en hausse en 2021 (14,6 jours). Pour sa part, le nombre de séjours est stable en 2021 (+0,1 %) : le nombre de séjours en réanimation hors prise en charge des patients atteints de Covid-19 a de nouveau fortement diminué en 2021 (-6,3 % en 2021), atténuant la hausse globale des séjours et des journées en réanimation.

²¹ L'âge des patients hospitalisés a diminué assez fortement au cours de l'épidémie, passant d'une part de 41 % de patients de 80 ans ou plus lors de la deuxième vague (El Rais, Aflak-Kattar, Bleistein, 2021) à 31 % lors de la troisième, et seulement 21 % pour la quatrième vague (les personnes de 80 ans ou plus représentent 6 % de la population totale en France). Au contraire, la proportion de personnes de moins de 40 ans parmi les entrées a fortement augmenté, passant de 7 % lors de la deuxième vague à 9 % lors de la troisième et 21 % pour la quatrième.

L'évolution du nombre de journées en réanimation en 2021 présente le même profil infra-annuel qu'en 2020, correspondant aux vagues épidémiques, avec un pic en avril (+70 % par rapport au même mois de 2019) et un autre en fin d'année (+50 % en novembre pour 2020 et +29 % en décembre pour 2021). Si le pic en fin d'année est moins marqué en 2021, l'augmentation du nombre de journées en réanimation est toutefois présente sur l'ensemble de l'année, notamment avec un moindre reflux durant l'été qu'en 2020.

Le nombre total de journées en soins critiques (qui rassemblent réanimation, soins intensifs et surveillance continue) rebondit en 2021 (+3,4 %) ; outre la hausse du nombre de journées en réanimation, le nombre de journées se redresse en soins intensifs (+2,4 %) et se stabilise en surveillance continue (+0,0 %). En 2020, la hausse du nombre de journées en réanimation s'était accompagnée d'une baisse en surveillance continue (-8,6 %) et en soins intensifs (-4,2 %), du fait notamment des nombreuses déprogrammations de soins, de sorte que le nombre total de journées en soins critiques avait légèrement diminué (-0,6 %).

La prise en charge des patients hospitalisés pour Covid-19 en soins critiques a évolué au fil des vagues : le recours à la ventilation mécanique avec intubation est devenu moins fréquent, au profit de techniques de ventilation moins invasives. Les patients ayant reçu un schéma vaccinal complet ont fait moins de complications que les patients non vaccinés. Ainsi, ils avaient moins de risque de recours à la ventilation mécanique invasive et de décès à l'hôpital que les non-vaccinés, une fois pris en compte l'âge, le sexe et l'état de santé, dont l'immunodépression et la gravité de leur état au moment de l'admission (Naouri et Vuagnat, 2022).

Les capacités d'accueil ont progressé de 2,4 % en soins critiques et de 10,2 % en réanimation depuis fin 2019

Avec la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19, le nombre de lits a connu de fortes variations au cours des années 2020 et 2021, particulièrement marquées en soins critiques, ce que la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) ne permet pas de retracer. D'une part, elle décompte uniquement le nombre de lits au 31 décembre de chaque année. D'autre part, en réanimation, elle ne comptabilise que les lits installés dans le cadre d'une autorisation de soins de réanimation, alors que des lits de soins intensifs, de surveillance continue ou d'hospitalisation conventionnelle, ont été « armés » pour des soins de réanimation : face à l'urgence, ils ont été rendus opérationnels en termes de matériel (respirateurs notamment) 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.

Si 5 400 lits de réanimation (19 600 lits de soins critiques) étaient disponibles sur l'ensemble du territoire avant la pandémie (SAE 2019), le nombre de patients pris en charge en réanimation s'est élevé jusqu'à plus de 6 700 par jour au cours des mois de mars 2020 et 2021. Pour les seuls patients atteints de Covid-19, le nombre de patients pris en charge en réanimation ou en soins intensifs a été supérieur pendant 18 jours en 2020 et 40 jours en 2021 au nombre de lits disponibles sur le territoire avant la pandémie (11 400 fin 2019, en ajoutant aux 5 400 lits de réanimation les 6 000 lits de soins intensifs). L'ampleur des entrées en réanimation au moment des pics épidémiques mais aussi le nombre de patients pris en charge simultanément permettent de se représenter les efforts de réorganisation en soins critiques et de déploiement temporaire de lits, qui ne se retrouvent pas dans cet état des lieux de fin d'année.

Au bilan, le nombre de lits de soins critiques a progressé de 3,6 % entre fin 2019 et fin 2020, puis s'est légèrement tassé entre fin 2020 et fin 2021 (-1,2 %). Parmi eux, le nombre de lits de réanimation est en baisse de 3,8 % par rapport à fin 2020, mais toujours supérieur de 10,2 % au niveau de fin 2019, du fait de l'ouverture de lits de réanimation dans les établissements qui n'en disposaient pas avant la crise et de l'augmentation des capacités d'accueil des établissements déjà équipés. Durant l'année 2021, les modes de prise en charge des patients atteints de Covid-19 ont évolué – en particulier avec l'arrivée à l'automne du variant Omicron –, permettant de réduire un peu le recours aux soins critiques. Dans certains cas, la hausse de la capacité d'accueil en réanimation ou en soins intensifs s'est opérée par une reconversion de lits de surveillance continue. Le nombre de lits de surveillance continue a ainsi baissé de 1,4 % en 2020 puis de 0,6 % en 2021.

Avec la crise sanitaire, la baisse du nombre de lits d'hospitalisation complète s'est légèrement accentuée mais le nombre de places d'hospitalisation partielle poursuit sa croissance

La baisse du nombre de lits d'hospitalisation complète s'est poursuivie durant la crise sanitaire, à un rythme un peu plus élevé qu'avant la crise : -1,3 % en 2020 et -1,0 % en 2021, contre -0,9 % par an en moyenne durant la période 2013-2019. En raison de la situation sanitaire, de nombreuses hospitalisations ont été reprogrammées et certains personnels ont été réaffectés aux services de soins critiques, entraînant la fermeture de lits dans leurs services d'origine. Par ailleurs, pour limiter la contagion, de nombreuses chambres doubles ont été transformées en chambres simples. Tous ces éléments se traduisent par une baisse du nombre de lits en état d'accueillir des malades.

En 2020 comme en 2021, c'est le recul du nombre de lits en SSR qui contribue le plus à l'accroissement de la baisse du nombre de lits en hospitalisation complète. Cette dynamique avait toutefois été amorcée avant la crise, après un plateau atteint entre 2015 et 2018. La baisse est aussi notable dans les unités de soins de longue durée (-1,1 % en 2020 et -1,2 % en 2021, après -0,4 % en moyenne durant la période 2013-2019). En MCO, où les unités de soins ont été en première ligne pour la prise en charge des patients atteints de Covid-19, la baisse a retrouvé en 2021 son rythme moyen d'avant crise (-1,4 % par an), après un recul plus marqué en 2020 (-1,7 %).

Le nombre de places d'hospitalisation partielle accélera nettement en 2021 (+3,4 %), ce qui compense entièrement le ralentissement de 2020 (+1,7 % contre +2,5 % par an en moyenne au cours de la période 2013-2019). L'essentiel de la progression du nombre total de places en 2021 provient de la dynamique des capacités d'accueil en hospitalisation partielle en MCO et en SSR. En MCO, disciplines de court séjour, le développement de l'hospitalisation partielle est particulièrement dynamique (+4,0 %). En SSR, la progression du nombre de places d'hospitalisation partielle est aussi très dynamique et s'accroît en 2021 (+6,9 % après +4,8 % en 2020). En psychiatrie, les capacités d'accueil en hospitalisation partielle sont plus développées, car le recours à l'hospitalisation partielle y est plus ancien ; la progression du nombre de places est nettement plus modeste, comme avant la crise (+1,0 % entre fin 2020 et fin 2021).

Une partie de l'activité de MCO s'est reportée sur l'HAD depuis 2020

L'HAD, qui vient compléter ou se substituer à l'hospitalisation complète en établissements de santé avec hébergement (en MCO ou SSR), est compatible avec les protocoles mis en place pour limiter les contaminations par le Covid-19. Durant la crise sanitaire, l'HAD a permis à davantage de patients d'éviter une hospitalisation en établissements de santé avec hébergement, puisque la trajectoire de soins a été « domicile-HAD-domicile » pour 30 % des séjours en HAD terminés en 2020 et 31 % en 2021, contre 25 % en 2019.

Contrairement aux autres grandes disciplines d'équipement de court et moyen séjour, les établissements d'HAD ont vu leur activité progresser nettement en 2020 : le nombre de séjours a augmenté de 15,8 % et le nombre de journées de 12,0 % en 2020 ; ces évolutions ont été confirmées en 2021, avec une augmentation de 3,7 % du nombre de séjours et de 2,5 % du nombre de journées. La capacité de prise en charge en HAD retrouve en 2021 le rythme d'avant crise (+6,8 %), après un pic à +10,5 % en 2020.

Outre la prise en charge de patients atteints de Covid-19, le report d'une partie de l'activité hors Covid-19 de MCO vers l'HAD a contribué à l'accroissement de l'activité : en raison du risque de contagion en établissements de santé et des déprogrammations, notamment pour affecter du personnel aux unités Covid-19, de nombreux patients ont été pris en charge à domicile plutôt qu'en hospitalisation conventionnelle. Près de la moitié des établissements d'HAD interrogés dans la SAE 2020 ont ainsi déclaré avoir augmenté leur activité pour prendre en charge des patients non atteints de Covid-19, en vue de désengorger les services de MCO.

En 2021, l'activité hospitalière ne retrouve pas son niveau d'avant crise

La crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 a marqué une rupture majeure avec les évolutions tendanciennes observées les années précédentes. L'activité d'hospitalisation complète a connu une baisse inédite en 2020 (-12,4 % pour le nombre de séjours, à comparer à une évolution tendancielle de -0,5 % par an en moyenne entre 2013 et 2019, et -8,4 % pour le nombre de journées par rapport à 2019). Elle n'a été que partiellement compensée en 2021 (+3,3 % pour les séjours mais -1,1 % pour les journées). Les séjours et les journées restent ainsi en recul de près de 10 % chacun par rapport à 2019.

Le nombre de journées d'hospitalisation partielle a aussi fortement reculé en 2020 (-23,5 %), interrompant la tendance à une progression régulière de cette forme de prise en charge (+3,0 % par an en moyenne de 2013 à 2019), mais il rebondit en 2021 (+26,5 %) pour retrouver un niveau plus proche de la situation d'avant crise que l'hospitalisation complète (-3,2 %).

En 2021, le nombre de journées d'hospitalisation complète a reculé au même rythme que celui du nombre de lits en état d'accueillir des patients, contrairement à l'année précédente, au cours de laquelle la baisse du nombre de journées d'hospitalisation avait été beaucoup plus forte. Le taux d'occupation des lits se stabilise ainsi en 2021 à 77,0 % (77,1 % en 2020), en net recul par rapport aux années antérieures (82,6 % en moyenne de 2017 à 2019).

Hors Covid-19, la baisse inédite de l'activité hospitalière s'explique par les mesures sanitaires et une nécessaire réorganisation hospitalière

Pour les prises en charge de patients non atteints de Covid-19, la baisse de l'activité hospitalière en 2020 a été de -15,4 % pour le nombre de séjours d'hospitalisation complète et -23,8 % pour le nombre de journées d'hospitalisation partielle. En 2021, l'activité hospitalière hors Covid-19 reste durablement affectée, en retrait de -13,2 % par rapport à 2019 pour le nombre de séjours d'hospitalisation complète et de -4,3 % pour le nombre de journées d'hospitalisation partielle. Plusieurs facteurs expliquent ce recul inédit.

Afin de faire face à l'afflux de patients atteints de Covid-19, des déprogrammations de soins non urgents, notamment en chirurgie, ont en effet eu lieu. Le nombre d'actes chirurgicaux requérant une anesthésie a reculé de 15,5 % en 2020 par rapport à 2019 et reste inférieur de 2,9 % en 2021 à son niveau d'avant crise. Les déprogrammations ont aussi concerné les séances : les séances de radiothérapie ont reculé de 4,2 % en 2020, alors que les séances de dialyse, non reportables, ont poursuivi leur progression en 2020 comme en 2021. La baisse observée pour les séances de radiothérapie en 2020 concorde 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). En 2021, elles ont toutefois fortement rebondi, à un niveau supérieur de 8,6 % par rapport à 2019.

En outre, les mesures de confinement et les gestes barrières visant à freiner la propagation de l'épidémie de Covid-19 ont eu un effet sur les recours à l'hôpital, aux urgences comme en MCO. En 2020, le nombre de passages aux urgences a reculé de 17,3 %, une baisse historique. La diminution importante des accidents de la route et des activités sportives et de loisirs pendant les périodes de confinement a notamment entraîné une forte baisse du recours aux urgences pour traumatismes (Meurice, Vilain, Maillard, *et al.*, 2021). La baisse d'activité des services d'urgence durant la crise sanitaire a été presque deux fois plus forte pour les urgences pédiatriques (-29,7 %) que pour les urgences générales (-15,9 %). Cette différence peut être expliquée par les motifs de recours qui ne sont pas les mêmes en pédiatrie (ou les motifs infectieux sont très importants) et chez l'adulte. En 2021, les urgences pédiatriques comme les urgences générales se redressent fortement mais demeurent en-deçà de leur niveau d'avant crise (respectivement -7,5 % et -7,2 %). Le moindre recours aux urgences s'explique aussi pour partie par la peur d'être contaminé ou de participer à la saturation des services d'urgences.

En 2021 comme en 2020, le recul du nombre de séjours hors Covid-19 en MCO est plus marqué pour les séjours liés à des motifs ORL (-23,3 %), à des maladies de l'appareil respiratoire (hors Covid-19) [-22,1 %] et à des maladies infectieuses (-18,4 %), ce qui est probablement dû à l'application des mesures sanitaires et des gestes barrières (Naouri, 2022).

Là encore, la peur d'être contaminé a aussi pu être à l'origine d'un moindre recours à l'hôpital. D'après le premier volet de l'enquête EpiCov (Warszawski, *et al.*, 2020), menée 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 SARS-CoV-2 en allant se faire soigner. Mais ce phénomène a eu des conséquences inattendues : la baisse observée du nombre de passages aux urgences a aussi concerné les recours aux urgences pour des pathologies à risque vital ou de séquelles irréversibles comme les cardiopathies ischémiques ou les accidents vasculaires cérébraux (AVC) [Dubost *et al.*, 2020]. De la même manière, une baisse du nombre de séjours en MCO pour cardiopathie ischémique et AVC a été observée en 2020. Ce non-recours semble toutefois ne plus avoir joué en 2021.

Le développement des IVG hors milieu hospitalier se poursuit

La baisse du nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) réalisées en établissement de santé s'est poursuivie en 2021, à un rythme toutefois plus modéré qu'en 2020 (-4,9 % après -9,9 %). Les IVG hors établissement ont en revanche poursuivi leur progression, dans un contexte où le recours hors milieu hospitalier a été facilité par des mesures ponctuelles (Vilain *et al.*, 2021). En effet, la crainte d'une saturation de l'offre hospitalière, essentiellement publique, a entraîné la mise en place de mesures dérogatoires spécifiques pour améliorer la disponibilité des anesthésistes ou des salles de réveil et orienter si possible davantage les femmes vers le secteur libéral pour leur IVG.

L'impact négatif très net du premier confinement sur le nombre de conceptions ayant donné lieu à une naissance a été très limité dans le temps, alors que les conceptions ayant donné lieu à une IVG ont été affectées plus longtemps. En effet, si le nombre de conceptions ayant donné lieu à une IVG n'a pas retrouvé son niveau d'avant crise fin 2021, le nombre de conceptions ayant donné lieu à une naissance l'a dépassé dès le mois de juillet 2020 (Villain, 2022).

Pour en savoir plus

Blay, J.-Y., 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).

Deltour, Q., Khaoua, H. (2022, mai). [Parcours hospitaliers des patients atteints du Covid-19 lors des troisième et quatrième vagues épidémiques. Exploitation des appariements SI-VIC-SI-DEP-VAC-SI de février à octobre 2021.](#) DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 96.

El Rais, H., Aflak-Kattar, M., Bleistein, L. (2021, mai). [Parcours hospitaliers des patients atteints de la Covid-19 de mars 2020 à janvier 2021.](#) DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 79.

Meurice, L., Vilain, P., Maillard, L., et al. (2021). [Impact des deux confinements sur le recours aux soins d'urgence lors de l'épidémie de COVID-19 en Nouvelle-Aquitaine.](#) *Santé Publique*, 33(3), pp. 393-397.

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.

Naouri, D. (2023, mars). [En 2021, le nombre de séjours hospitaliers hors Covid-19 n'est pas revenu à son niveau d'avant l'épidémie.](#) DREES, *Études et Résultats*, 1259.

Vilain, A. (2022, septembre). [Interruptions volontaires de grossesse : la baisse des taux de recours se poursuit chez les plus jeunes en 2021.](#) DREES, *Études et Résultats*, 1241.

Warszawski, J., Bajos, N., Meyer, L., et al. (2020, octobre). [En mai 2020, 4,5 % de la population en France métropolitaine a développé des anticorps contre le SARS-CoV-2. Premiers résultats de l'enquête nationale EpiCov.](#) DREES, *Études et Résultats*, 1167.