

ÉTUDES et RÉSULTATS

mars 2024
n° 1299

Nombre de lits en réanimation : l'adaptation du système hospitalier pendant la crise due au Covid-19

Depuis mars 2020, l'offre de soins critiques a été profondément affectée par la crise sanitaire due au Covid-19. Le nombre de lits de réanimation, qui avait quasiment stagné entre 2013 et 2019 (+0,1 % par an en moyenne), a fortement augmenté en 2020 (+14,5 %) pour faire face aux pics d'activité, passant de 5 400 à 6 200 lits entre fin 2019 et fin 2020.

Cette hausse, qui a même été encore plus forte en cours d'année, a été rendue possible par des créations de lits, allant jusqu'à l'ouverture de services de réanimation temporaires et des requalifications temporaires de lits d'autres unités de soins critiques. Les années suivantes ont été marquées par la fermeture progressive d'une partie de ces lits supplémentaires, l'activité liée au Covid-19 diminuant. Le nombre de lits fin 2022 reste toutefois nettement supérieur à son niveau de fin 2019.

Le nombre de lits et les taux d'occupation en réanimation présentent par ailleurs d'importantes disparités régionales et temporelles, reflet de tensions capacitaires contrastées. La première vague épidémique a été très concentrée dans les régions Grand Est et Île-de-France, tandis que les vagues suivantes ont fortement impacté l'ensemble du territoire. Les régions d'outre-mer ont été touchées encore plus intensément par rapport à leurs capacités initiales, avec des temporalités très différentes.

Yves Dubois (DREES)

Au 31 décembre 2022, les établissements de santé français comptent 19 740 lits de soins critiques (*encadré 1*), se répartissant au sein de trois types d'unités : la réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue. Ces unités sont définies à partir de la gravité de l'état de santé des patients qu'elles prennent en charge. Les lits de réanimation sont ainsi destinés aux patients qui présentent une ou plusieurs défaillances viscérales aiguës, engageant directement leur pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance. Fin 2022, ces lits représentent 28,8 % des capacités en soins critiques, soit 5 700 lits. Les unités de soins intensifs sont, quant à elles, destinées à la prise en charge des patients

présentant une défaillance d'un seul organe et différents types d'unités y sont dédiées en fonction de l'organe concerné (unités de soins intensifs cardiologique ou neurovasculaire notamment). Fin 2022, les lits de soins intensifs, toutes spécialités confondues, représentent 30,2 % des capacités en soins critiques, soit un peu moins de 5 960 lits. Enfin, la surveillance continue est dédiée à la prise en charge des patients présentant un risque d'une ou de plusieurs défaillances viscérales aiguës, imposant une observation clinique et biologique, répétée et méthodique, ne pouvant être réalisée dans un service d'hospitalisation conventionnelle. Ces lits constituent 40,9 % des capacités en soins critiques en 2022, soit 8 070 lits (*graphique 1*).



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

Encadré 1 Sources et méthodes

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) est une enquête annuelle exhaustive et obligatoire auprès de l'ensemble des hôpitaux publics et les établissements d'hospitalisation privés en France (France métropolitaine et départements et régions d'outre-mer [DROM]). Cette enquête permet, en particulier, de recueillir, pour chaque établissement et pour chaque autorisation d'activité de soin, des informations sur leur activité, leurs capacités, leurs équipements, et leurs personnels médicaux et non-médicaux.

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) est un système d'information mis en place progressivement à partir des années 1990 par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) afin, entre autres, d'appliquer la tarification aux établissements dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A). Il recueille, pour chaque séjour, des informations sur les caractéristiques des patients (sexe, âge, lieu de résidence), sur les caractéristiques du séjour (date d'entrée et de sortie, unité médicale avec son autorisation) et sur les actes réalisés ainsi que les diagnostics, codés selon la classification internationale des maladies (CIM, version 10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Le PMSI permet en particulier de connaître l'évolution, au jour le jour, de l'activité hospitalière, telle que le nombre de patients hospitalisés pour chaque autorisation de soins.

Nombre de lits au 31/12 dans la SAE : le nombre de lits disponibles dans les unités médicales peut fluctuer au cours de l'année.

Le nombre de lits mesuré dans l'enquête annuelle auprès des établissements de santé (SAE) est le nombre de lits au 31 décembre de l'année. Cette mesure de la capacité d'accueil peut être complétée par le nombre de journées-lits exploitables pour la réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue, qui donne une information sur la capacité totale d'accueil exprimée en nombre de journées. L'enquête ne permet en revanche pas de connaître de manière plus fine l'évolution au cours de l'année du nombre de lits disponibles ou de l'activité d'hospitalisation.

Journées-lits exploitables : le nombre de journées-lits exploitables sur l'année est égal à la somme du nombre de lits en état d'accueillir un patient chaque journée de l'année. Un lit exploitable pendant toute l'année fournira 365 journées-lits exploitables (366 les années bissextiles). En revanche si ce lit est fermé une partie de l'année, les journées au cours desquelles il n'est pas disponible sont soustraites du total. Ce lit correspondra ainsi à un nombre de journées-lits exploitables inférieur au nombre de journées dans l'année.

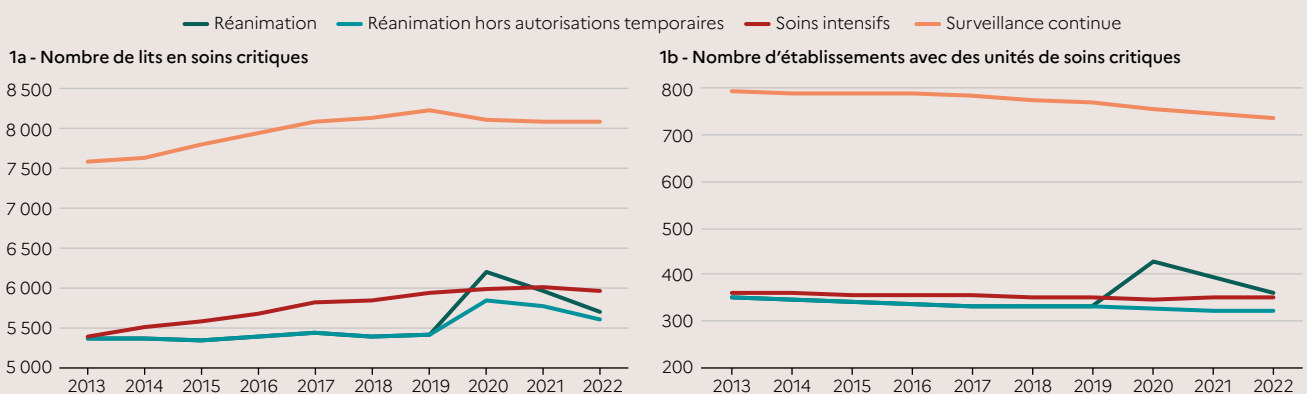
Taux d'occupation : le taux d'occupation est le rapport entre le nombre de journées d'hospitalisation et le nombre de journées-lits exploitables. Le taux d'occupation ne prend en compte qu'une partie des hospitalisations, les séjours de moins d'une journée ne comptant pas comme une journée d'hospitalisation.

••• +14,5 % de lits en réanimation en 2020 sous l'effet de la crise sanitaire

L'augmentation du nombre de lits en soins critiques, calculée sur la base des données établies chaque année au 31 décembre par la statistique annuelle des établissements (SAE), s'est fortement accentuée en 2020 (+3,6 %) pour faire face à la crise sanitaire due au Covid-19, par rapport à la période 2013-2019 (1,1 % par an en moyenne). L'évolution du nombre de lits diffère cependant selon les types d'unités, du fait notamment de réorganisations internes pour faire face aux contraintes spécifiques de la crise sanitaire. Ainsi, le nombre de lits en réanimation, qui avait stagné entre 2013 et 2019 (+0,1 % par an en moyenne), a augmenté de 14,5 % en 2020, passant de 5 420 lits à la fin de l'année 2019, à 6 210 au 31 décembre 2020, soit 790 lits supplémentaires. Cette hausse a été rendue possible par l'augmentation

du nombre de lits dans des établissements disposant déjà d'une unité médicale de réanimation (+370 lits en 2020) *via*, notamment, la requalification de lits de soins intensifs et de surveillance continue, mais aussi par la mise en place d'autorisations temporaires en réanimation (**encadré 2**) dans des établissements n'en disposant pas préalablement (+420 lits dans une centaine d'établissements fin 2020). Les disparités de densité de lits en réanimation entre régions (nombre de lits pour 100 000 habitants), bien que persistantes, se sont légèrement réduites entre 2019 et 2020, les régions dans lesquelles le nombre de lits a le plus augmenté sur l'année étant parmi les moins bien dotées auparavant (Toutlemonde, 2022) [*tableau complémentaire A1*]. Cette situation fin 2020 ne reflète que partiellement l'ensemble des lits temporairement ouverts au cours de l'année, car leur nombre a fluctué selon les mois en fonction des besoins liés à la crise sanitaire.

Graphique 1 Nombre de lits et d'établissements en soins critiques



Note > Les services de soins critiques adultes et pédiatriques sont ici considérés conjointement, car les données ne permettent pas de faire la distinction entre les services de soins intensifs pour adultes ou pédiatriques. Ne sont pas comptabilisés les soins critiques à destination des grands brûlés.

Lecture > Au 31 décembre 2020, on comptait 6 212 lits de réanimation adulte ou pédiatrique répartis dans 431 établissements. Hors autorisations temporaires délivrées pour faire face à la crise due au Covid-19, on comptait 5 846 lits de réanimation dans 326 établissements.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA).

Sources > DREES, SAE 2013-2022, traitements DREES ; ATIH, PMSI-MCO 2013-2022, traitements DREES.

> Études et Résultats n° 1299 © DREES

1. Les tableaux complémentaires sont disponibles avec les données associées à cette étude sur le site internet de la DREES (lien en fin de publication).

Encadré 2 Encadrement juridique

Encadrement juridique des activités de réanimation et des reconnaissances contractuelles de soins intensifs avant la réforme de 2023

Avant la réforme des autorisations de soins entrant en vigueur le 1^{er} juin 2023, le Code de la santé publique définit 18 activités soumises à autorisation^{*}, dont les activités de médecine, de chirurgie ou de réanimation. Ces autorisations sont délivrées par les agences régionales de santé (ARS) en fonction des besoins sur leur territoire. L'autorisation d'une unité de réanimation dans un établissement est soumise au respect d'un certain nombre de conditions d'implantation et techniques de fonctionnement. En particulier, l'établissement doit avoir des unités médicales de médecine et de chirurgie, ainsi qu'au moins une unité de surveillance continue^{**}. Les activités de soins intensifs ou de surveillance continue ne nécessitent, elles, pas d'autorisation d'activité de soins, mais doivent être inscrites au sein du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), conclu entre l'établissement et l'ARS, et donnent donc lieu à la délivrance d'une reconnaissance contractuelle.

Encadrement juridique du dispositif d'autorisations exceptionnelles

Le code de la santé publique définit, en outre, pour les activités soumises à autorisation, la possibilité d'autorisations temporaires que l'ARS peut délivrer aux établissements de santé pour une durée limitée, en cas de menace sanitaire grave constatée par le ministre chargé de la santé (articles L. 6122-9-1 et R. 6122-31-1). Il résulte de ces dispositions que des autorisations exceptionnelles dérogeant à l'ensemble des règles d'autorisations classiques (nombre

d'implantations, conditions d'implantation, conditions techniques de fonctionnement) peuvent être accordées par les directeurs généraux des ARS. Ainsi, dans le cadre de la crise du Covid-19, l'arrêté pris le 23 mars 2020^{***} (suivi de plusieurs arrêtés de prorogation) a permis la signature de plus d'une centaine d'autorisations temporaires de réanimation par les ARS, les dernières ayant pris fin au plus tard en 2023.

Réforme des autorisations de l'activité de soins critiques en 2023

Depuis le 1^{er} juin 2023, le Code de la santé publique soumet à autorisation l'activité de soins critiques^{****}. Les soins critiques couvrent les activités de prise en charge des patients « *qui présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital ou fonctionnel et pouvant impliquer le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléance* ». Sont donc^{****} dorénavant soumises à autorisation non seulement les unités de réanimation, mais aussi les unités qualifiées avant la réforme de soins intensifs, ainsi qu'une partie des prises en charge réalisées en unités de surveillance continue et correspondant à la définition des soins critiques. Cette réforme crée une architecture avec différentes mentions : (1) les unités de réanimation avec soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant ; (2) les soins intensifs polyvalents dérogatoires (sans présence contigüe de service de réanimation) ; (3) les soins intensifs de cardiologie, de neurologie vasculaire et d'hématologie. Les nouvelles autorisations de soins critiques issues de la réforme seront délivrées dans le cadre des nouveaux schémas régionaux de santé 2023-2028 définis par les ARS.

* Article R. 6122-25 du Code de la santé publique.

** Article R. 6123-38 du Code de la santé publique.

*** Arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de Covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire.

**** Décret n° 2022-690 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins critiques.

***** Instruction n° DGOS/R3/2023/47 du 6 avril 2023.

L'année 2021 est marquée par un recul du nombre de lits en réanimation (-3,8%), qui s'explique en partie par la fermeture de ceux ouverts temporairement pour faire face aux pics des premières vagues épidémiques² dans des établissements ayant une unité de réanimation pérenne (-70 lits), ainsi que par un moindre recours à des autorisations temporaires pour Covid-19 (-170 lits). En 2022, les capacités d'accueil diminuent encore davantage, répercussion d'une importante baisse du nombre de séjours en réanimation, qui s'explique principalement par des pics d'activité liés au Covid-19 de moindre intensité. Le nombre de lits baisse ainsi de 4,6 %, avec 150 lits de moins dans les établissements disposant d'autorisations pérennes et 120 lits de moins du fait de la disparition progressive des autorisations temporaires pour Covid-19. Cette diminution n'efface pas pour autant l'intégralité de la forte hausse du nombre de lits de 2020 : le nombre de lits de réanimation reste supérieur à ce qu'il était en 2019. Si l'on prend plus de recul temporel, l'évolution du nombre de lits en réanimation au cours de la dernière décennie est à mettre en regard de l'évolution, dans ce type d'unités, des motifs d'admission, des modes de prise en charge, ainsi que du profil des patients (Naouri, Jamme, 2024).

Des autorisations temporaires en réanimation pour faire face à la crise sanitaire

Les besoins en lits de réanimation ont fluctué de manière inédite au cours de la crise sanitaire due au Covid 19, caractérisée par une

succession d'afflux ponctuels et massifs de patients au cours des différentes vagues épidémiques. Lors de la première vague (du 1^{er} mars au 5 juillet 2020), le nombre de patients en réanimation a atteint un pic de 9 200, soit un niveau près de deux fois plus élevé que le nombre maximal constaté depuis 2013 (graphique 2). Au cours de la période 2020-2022, les patients atteints de Covid-19³ représentent 11,3 % des personnes prises en charge et 21,1 % des journées d'hospitalisation en réanimation adulte, du fait de séjours en réanimation en moyenne plus longs (13,8 jours pour ces patients, contre 5,9 jours pour les autres). En infra-annuel, la proportion de patients malades du Covid-19 a atteint jusqu'à 60,9 % des patients en service de réanimation début avril 2020 et 50,0 % en avril 2021. Des autorisations temporaires en réanimation ont été délivrées afin de faire face à ce surplus de patients. Sur l'ensemble de la période 2020-2022, les services avec une autorisation temporaire ont pris en charge 2,0 % des patients en réanimation, une proportion qui s'est élevée à 5,5 % début avril 2020 et 4,1 % en avril 2021. Alors que la réanimation est habituellement peu présente dans le secteur privé lucratif (10,7 % des lits de réanimation en 2019) et non lucratif (5,5 %), l'ouverture de lits dans des services de réanimation avec des autorisations temporaires a majoritairement eu lieu dans le secteur privé, avec 200 lits supplémentaires dans le privé lucratif et 40 dans le privé non lucratif fin 2020, contre 130 lits supplémentaires dans le secteur public. Ainsi, fin 2020, le nombre de lits

2. Bien qu'il y ait eu plus de patients atteints du Covid-19 pris en charge en réanimation sur l'ensemble de l'année 2021 que 2020, la SAE est un instantané de la situation en fin d'année. Or, les tensions sur les capacités hospitalières étaient moindres au 31 décembre 2021 qu'au 31 décembre 2020.

3. Plusieurs types de diagnostics permettent d'identifier les pathologies dans le PMSI-MCO. Le « diagnostic principal » (DP) est le problème de santé qui a motivé l'admission du patient. Il peut être complété et précisé par un « diagnostic relié » (DR) qui a pour rôle, en association avec le DP et lorsque celui-ci n'y suffit pas, de rendre compte de la prise en charge du patient. Enfin les « diagnostics associés » (DA) sont relatifs à un autre problème de santé supposant une majoration de l'effort de soins et de l'utilisation des moyens. Dans cette publication sont considérés uniquement les patients atteints du Covid-19 qui sont passés dans une unité médicale avec pour diagnostic principal ou diagnostic relié à un diagnostic de Covid-19.

en réanimation a augmenté de 42 % dans le secteur privé lucratif, de 21 % dans le privé non lucratif, et de 12 % dans le secteur public. En définitive, le secteur privé a pris en charge, sur la période 2020-2022, 17,4 % des journées en réanimation des patients hors Covid-19 et 17,1 % des journées en réanimation des patients Covid-19, deux proportions très proches de celle observée sur 2019 avant la crise sanitaire (17,5 %) [tableau complémentaire B].

Par ailleurs, l'évolution du nombre de lits n'illustre que partiellement les dispositifs mis en place pour faire face à l'afflux de patients en réanimation. En effet, une partie de ces patients ont été pris en charge dans d'autres unités de soins critiques pour adultes sans requalification des lits, essentiellement en Île-de-France pendant la première vague de Covid-19 (Naouri, et al., 2022).

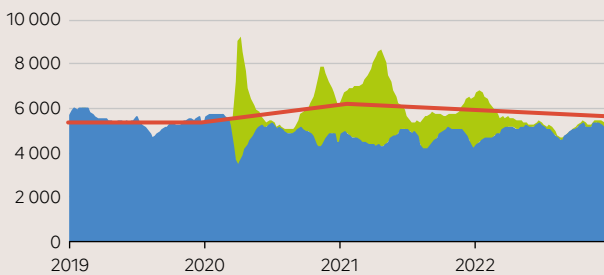
Une saturation des capacités habituelles en réanimation

Avant la crise sanitaire due au Covid-19, malgré la quasi-stagnation du nombre de lits, le taux d'occupation en réanimation avait légèrement baissé entre 2013 et 2019, passant de 89,1 % à 88,4 % (graphique 3).

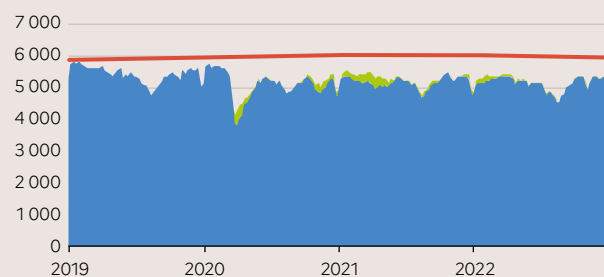
Graphique 2 Nombre de patients en soins critiques

■ Patients Covid-19 ■ Autres patients — Nombre de lits au 31/12

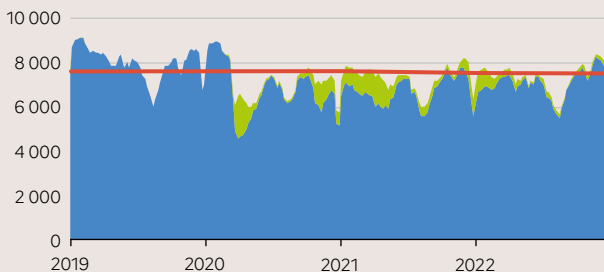
2a - En réanimation



2b - En soins intensifs



2c - En surveillance continue



Note > Les services de soins critiques adultes et pédiatriques sont ici considérés conjointement, car les données ne permettent pas de faire la distinction entre les services de soins intensifs pour adultes ou pédiatriques. Ne sont pas comptabilisés les soins critiques à destination des grands brûlés.

Lecture > En France, en moyenne sur la semaine du 11 avril 2020, 9 200 patients étaient hospitalisés en réanimation adulte ou pédiatrique, dont 5 600 avec un diagnostic de Covid-19.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA).

Sources > DREES, SAE 2019-2022, traitements DREES ; ATI, PMSI-MCO 2019-2022, traitements DREES.

> Études et Résultats n° 1299 © DREES

En 2020, la hausse du nombre de lits permet de compenser le surcroît d'activité et le taux d'occupation n'augmente que légèrement sur l'année, pour atteindre 89,2 %. Il augmente en revanche très fortement en 2021, où il atteint 94,9 %, avant de décroître de nouveau. En effet, en 2022, le nombre de séjours baisse plus fortement que le nombre de lits et le taux d'occupation atteint ainsi le niveau historiquement bas de 85,6 %.

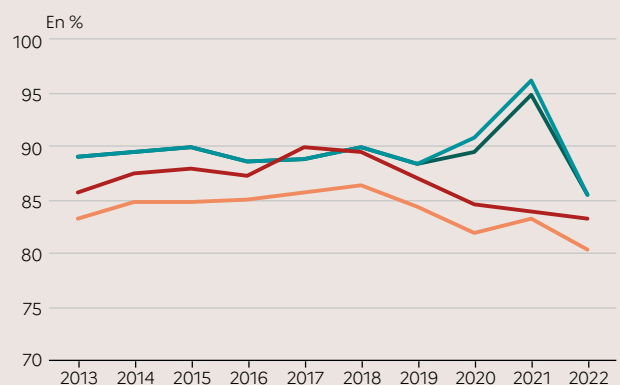
Une forte fluctuation des besoins en lits de réanimation à partir de mars 2020 et des disparités régionales

Les taux d'occupation annuels et nationaux ne reflètent que partiellement les tensions exercées sur les capacités en réanimation pour adultes, qui présentent d'importantes disparités infra-annuelles et régionales. Fin mars 2020, le nombre de lits nécessaires a ainsi représenté 140 % du nombre de lits disponibles au 31 décembre de l'année précédente au niveau national, allant jusqu'à 250 % pour la région Île-de-France et 226 % pour la région Grand Est (graphique 3 et tableau complémentaire C). En plus des leviers décrits précédemment, l'augmentation du nombre de transferts de patients entre les services de réanimation de différents établissements de santé a permis d'alléger les tensions capacitaires dans les régions les plus affectées, en déplaçant les patients vers des services moins saturés, en particulier pendant la première vague de l'épidémie (Sanchez, et al., 2021).

Le nombre de patients atteints de Covid-19 en réanimation pendant la première vague est très concentré dans les régions Grand Est et Île-de-France. Le ratio du nombre de lits nécessaires sur le nombre de lits disponibles à la fin de l'année précédente a ainsi été moins important pour les autres vagues dans ces deux régions, et tout au long de l'épidémie dans les autres régions métropolitaines. Néanmoins, les vagues suivantes se sont également traduites par de fortes augmentations des besoins en nombre de lits sur l'ensemble du territoire

Graphique 3 Taux d'occupation en soins critiques

— Réanimation — Réanimation hors autorisations temporaires
— Soins intensifs — Surveillance continue



Note > Les services de soins critiques adultes et pédiatriques sont ici considérés conjointement, car les données ne permettent pas de faire la distinction entre les services de soins intensifs pour adultes ou pédiatriques. Ne sont pas comptabilisés les soins critiques à destination des grands brûlés.

Lecture > En 2021, chaque lit de réanimation a été en moyenne occupé 94,9 % des journées durant lesquelles il était disponible.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA).

Sources > DREES, SAE 2013-2022, traitements DREES ; ATI, PMSI-MCO 2013-2022, traitements DREES.

> Études et Résultats n° 1299 © DREES

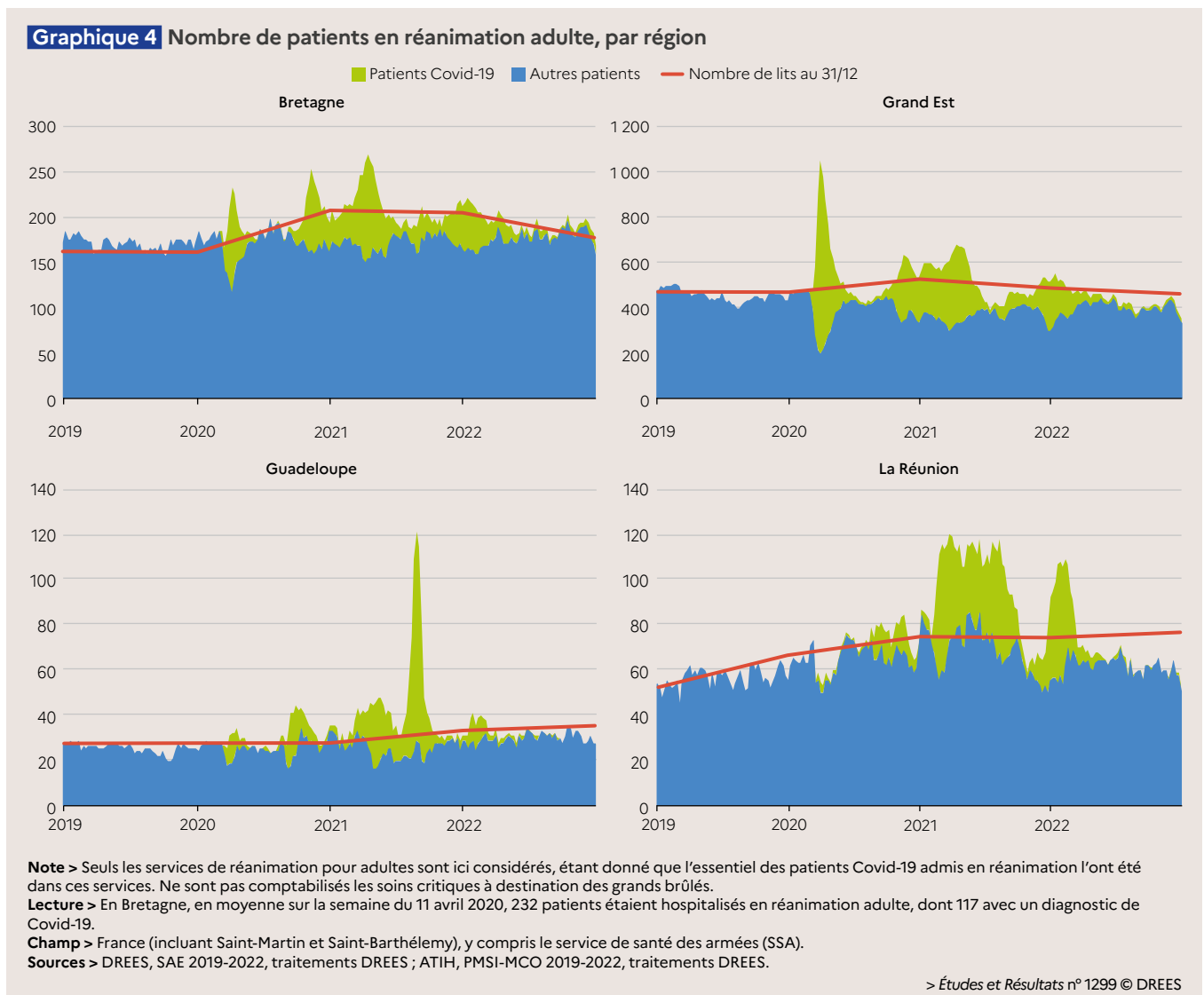
métropolitain entre octobre 2020 et juillet 2022 (*graphique 4*). Ils dépassent ainsi, dans certaines régions, 150 % du nombre de lits disponibles au 31 décembre de l'année précédente. La dernière vague d'ampleur au niveau national est observée au début de l'année 2022, à la suite de l'émergence du variant Omicron.

Les départements et régions d'outre-mer (DROM) ont été impactés plus tardivement que la France métropolitaine, avec des vagues épidémiques plus marquées à partir de 2021. Le rapport entre le nombre maximal de patients en réanimation et les capacités initiales est encore plus important dans toutes ces régions qu'en France métropolitaine, à l'exception de La Réunion. Chaque DROM a été affecté avec une temporalité différente. La Réunion a connu deux vagues épidémiques significatives : entre février et septembre 2021 et au début de l'année 2022, tandis que Mayotte n'a connu qu'une seule vague majeure, très concentrée dans le temps mais très intense, à partir de février 2021. Au pic de cette vague, 30 patients ont été hospitalisés en réanimation pour une capacité habituelle de seulement 6 lits. Si la Guadeloupe a connu des vagues épidémiques d'intensité modérée en 2020 et début 2021, la plus forte augmentation du nombre de patients hospitalisés en réanimation arrive tardivement, avec un pic fin août 2021, lors duquel 125 patients ont été hospitalisés simultanément

en réanimation, pour une capacité habituelle inférieure à 30 lits. La Martinique connaît elle aussi son plus fort pic épidémique fin août 2021, mais avec une vague s'étalant sur une plus longue durée, jusqu'en février 2022. Enfin, la Guyane se distingue par plusieurs vagues d'intensité modérée entre l'été 2020 et le début de l'année 2022.

Des taux d'occupation en surveillance continue et en soins intensifs en baisse depuis 2020

L'évolution du nombre de lits de réanimation s'est faite, depuis 2020, au prix de réorganisations entre les différentes unités de soins critiques. La progression régulière du nombre de lits en surveillance continue et en soins intensifs entre 2013 et 2019 s'est interrompue avec la crise sanitaire, du fait de la requalification d'une partie d'entre eux en lits de réanimation. En surveillance continue, le nombre de lits avait progressé en moyenne de 1,4 % par an entre 2013 et 2019, avant de baisser de 1,4 % en 2020, puis de 0,4 % en 2021, et de stagner en 2022 (*graphique 1*). En soins intensifs, le nombre de lits a augmenté de 1,6 % en moyenne annuelle de 2013 à 2019. Cette progression s'est ralentie pour les années 2020 et 2021, avec une hausse de 0,6 % pour chacune de ces deux années, suivie d'une baisse de 1,0 % en 2022.



4. Les données sur la Bretagne, le Grand Est et les cinq DROM sont disponibles dans le fichier de données associé à cette étude.

Entre 2013 et 2019, parallèlement à l'augmentation du nombre de lits, les taux d'occupation ont progressé pour les soins intensifs et la surveillance continue. Le taux d'occupation est ainsi passé de 77,3 % en 2013 à 79,4 % en 2019 pour la surveillance continue, et de 85,7 % en 2013 à 86,5 % en 2019 pour les soins intensifs. En 2020, le fort surcroît d'activité observé en réanimation ne s'observe que très peu dans les autres services de soins critiques (*graphique 2*). Les taux d'occupation ont, au contraire, fortement baissé en soins intensifs et en surveillance continue depuis 2020, du fait d'une baisse générale

d'activité en médecine, chirurgie et obstétrique et odontologie (MCO) [Toutlemonde, 2022]. Cette baisse s'explique en particulier par un grand nombre de déprogrammations, notamment en chirurgie et autres procédures invasives, afin de libérer des lits pour les patients atteints de Covid-19 (Naouri, 2021 ; Naouri, 2023). Ce niveau d'activité se maintient à cet étiage en 2021 et 2022 (*graphique 3*). ●



Télécharger les données associées à l'étude

Mots clés : **Établissements de santé** **SAE**

Pour en savoir plus

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

Deltour, Q., Khaoua, H. (2022, mai). Parcours hospitaliers des patients atteints du Covid-19 lors de la quatrième vague de Covid-19 que lors de la troisième. 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.

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., Jamme, M. (2024). L'évolution des séjours en réanimation entre 2014 et 2022 marquée par l'apparition du Covid-19. DREES, *Études et Résultats*, à paraître.

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.

Naouri, D., et al. (2022, décembre). Covid-19 : profils et trajectoires de prise en charge des patients dans l'année qui suit leur sortie de soins critiques. DREES, *Études et Résultats*, 1248.

Naouri, D., et al. (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.

Sanchez, M.-A., et al. (2021). Impact of ICU transfers on the mortality rate of patients with COVID-19: insights from comprehensive national database in France. *Ann Intensive Care*, 11, p. 151.

Toutlemonde, F. (dir.) (2022, juillet). *Les établissements de santé – Édition 2022*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.

> Publications
drees.solidarites-sante.gouv.fr

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

> Nous contacter
DREES-INFO@santer.gouv.fr

> Contact presse
DREES-PRESSE@santer.gouv.fr

Directeur de la publication : Fabrice Lenglard

Responsable d'édition : Valérie Bauer-Eubriet

Chargée d'édition : Élisabeth Castaing

Composition et mise en pages : Drapeau Blanc

Conception graphique : DREES

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources

ISSN électronique 1146-9129 • AIP 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@santer.gouv.fr