

Analyses de l'activité hospitalière 2019-2020-2021 Impact de la crise sanitaire

M. Astier³, S. Baron¹, V. Biot², L. Chossegras³, MC. Clément¹, M. Saïd¹

Services :

¹*Classification, Information Médicale et Modèles de Financement (CIM-MF)*

²*Demandes, Accès, Traitements, Analyses (DATA)*

³*Financement et Analyse Economique (FAE)*

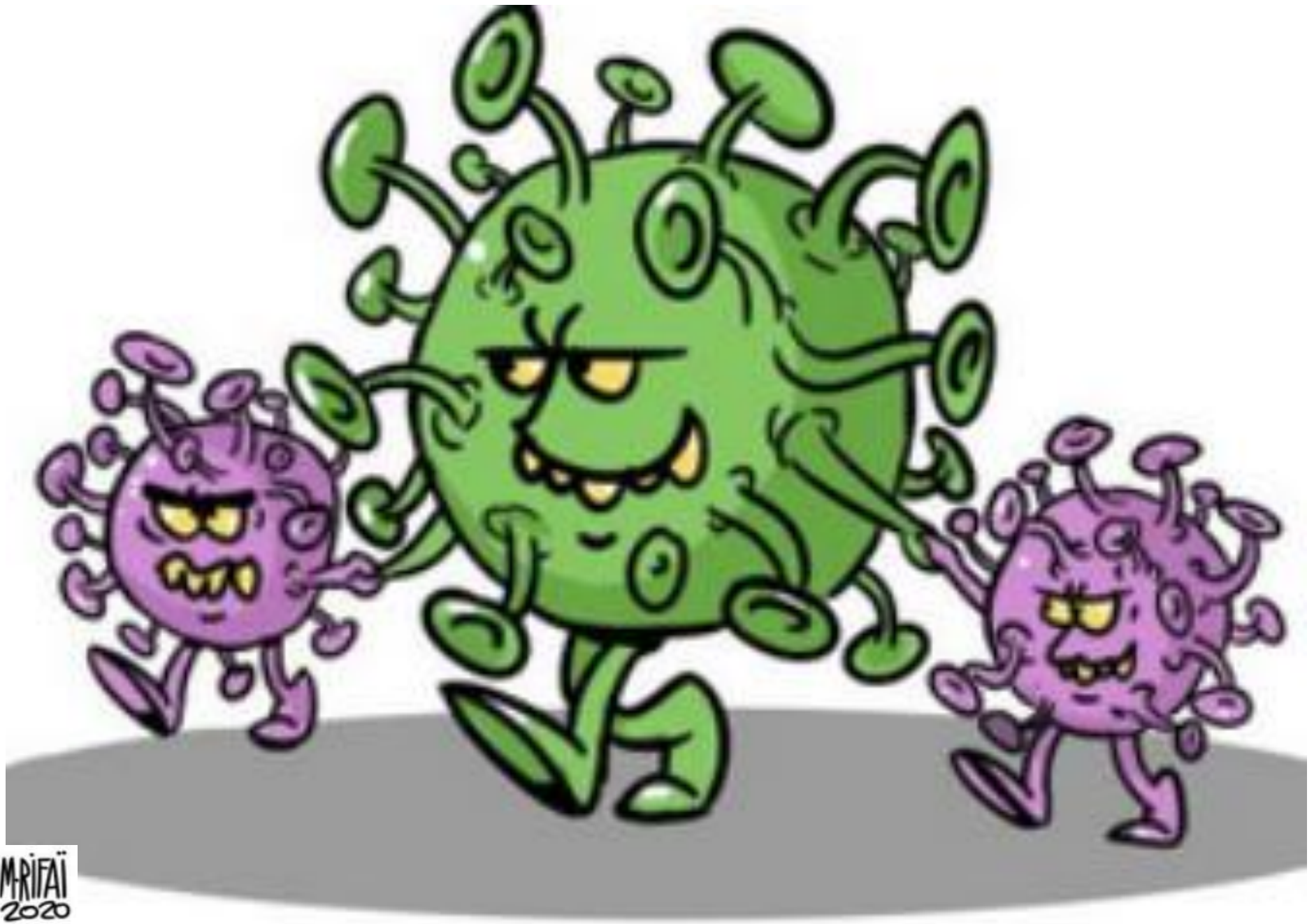
Congrès Adelf-Emois

31 mars 2022

Plan

- Contexte
- Résultats – Activité hospitalière Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO)
 - Méthodologie
 - Activité globale
 - Activité hors Covid
 - Activité Covid
- Résultats - Activité hospitalière, hors MCO
- Conclusion

Contexte



Contexte

- Un fort impact de la crise sanitaire sur l'activité hospitalière dès mars 2020...
 - Une nouvelle pathologie à prendre en charge
 - Tout en garantissant les prises en charge « essentielles » des autres pathologies
 - Garantir l'accès aux soins :
 - Réorganisation des soins intra hospitaliers
 - Stratégie de déprogrammation / report de l'activité
 - Garantir le suivi et la continuité des soins
- ... Qui a continué en 2021
 - La poursuite de la pandémie de Covid
 - Des périodes de déprogrammation / report d'activité
 - La gestion des impacts de la baisse d'activité 2020
 - Retards au diagnostic et à la prise en charge, moindre suivi
→ pathologies à des stades plus avancés
 - Accumulation du nombre de patients en attente de soins, etc.

Coronavirus (COVID-19)

PRISE EN CHARGE HORS COVID-19

Un nouveau coronavirus a été détecté en Chine fin décembre 2019. L'épidémie de coronavirus se propage depuis janvier 2020 et l'OMS a déclaré une situation de pandémie le 11 mars 2020. Les dernières mesures nationales pour éviter la diffusion du virus et assurer la prise en charge des personnes malades ont été annoncées par le Président de la République le 16 mars.

OBJECTIF

Cette fiche a pour objet d'apporter des orientations générales concernant le maintien du suivi et de la prise en charge des soins hors COVID dans un contexte de confinement et de mobilisation des professionnels de santé pour des prises en charge de personnes atteintes du COVID.

Pour les professionnels de santé, le recours à la téléconsultation est à privilégier, lorsque cela est pertinent et selon les règles en vigueur¹. Afin d'aider les professionnels à s'équiper, les solutions de télésoins sont référencées sur le site du Ministère des Solidarités et de la Santé.

Toutefois, certains soins et examens hors COVID ne peuvent être réalisés qu'en présentiel soit en cabinet de ville (ex. échographie de suivi de grossesse) ou en établissement de santé (ex. soins de dialyse, intervention chirurgicale urgente). Il convient de pouvoir maintenir ces activités indispensables pour les patients dès lors que la balance bénéfice/risque individuelle plaide en faveur de leur mise en œuvre. Il convient dans ce cas de maintenir un accès sécurisé à ces soins permettant d'éviter les risques de contamination dans le respect des procédures définies par le HCSP avec notamment la mise en œuvre de circuits séparés COVID- et COVID-.

1. Prises en charge chirurgicales urgentes ou ne pouvant être différées

Pour les prises en charge chirurgicales, l'objectif principal est de maintenir les interventions chirurgicales urgentes ou ne pouvant être différées, ce qui conduit à :

- Poser le principe de report des interventions chirurgicales programmées, sous réserve du point ci-dessous ;
- Assurer les prises en charge chirurgicales urgentes et les interventions qui ne peuvent pas être différées en raison de l'état de santé du patient si le report de l'intervention fait porter un risque trop important de perte de chance au regard de la balance bénéfice/risque, le cas échéant au regard des recommandations édictées par les sociétés savantes ;
- Privilégier l'ambulatoire quand cela est possible ;
- Adapter, le cas échéant, les traitements antidouleur des patients qui ne peuvent pas être pris en charge ;
- Limiter les risques de contamination des patients.


Selon le contexte local, des procédures de prise en charge adaptées au regard des ressources disponibles définissent :

- L'accueil adapté du patient à l'entrée dans la structure ;
- La séparation des flux de patients COVID- et COVID+ ou suspects ; accueil des patients avec, lorsque c'est possible au regard de l'état de santé du patient, interrogatoire type et remise de consignes ;
- Les modalités de réalisation et de retour des tests PCR de patients suspects.

¹ Avant 6 à la convention médicale



08/04/2020



Coronavirus (COVID-19)

FICHE ETABLISSEMENTS DE SANTE

RECOMMANDATIONS D'ORGANISATION

POUR LES PRISES EN CHARGE NON-COVID EN

CAS DE REPRISE EPIDEMIQUE DE COVID-19

La présente fiche a pour vocation de décrire la manière dont les établissements de santé doivent s'organiser pour maintenir une activité non-COVID en période de rebond épidémique.

Synthèse

Il convient que chaque établissement de santé dispose, le cas échéant par coopérations territoriales, d'une organisation progressive et adaptable en fonction du capacitaire organisé par paliers en réanimation, afin de :

- Garantir le maintien d'activités non-COVID en vue d'éviter les pertes de chances et d'assurer la continuité des soins ;
- Organiser, de manière collégiale et sur la base d'une analyse bénéfices/risques de la situation des patients, de nouvelles déprogrammations d'actes ou interventions si celles-ci sont rendues nécessaires au regard de la situation épidémique ;
- Envisager le **déport de certaines activités sur un autre site hospitalier** en utilisant, le cas échéant, le vecteur des autorisations exceptionnelles, afin de limiter les pertes de chances des patients ;
- Envisager la **possibilité de transferts**, y compris interrégionaux, de patients en situation de fortes pertes de chance.

Dans ce contexte de crise sanitaire, cette organisation doit impérativement s'effectuer en lien et en accord avec les recommandations de l'ARS qui assure la coordination régionale.

Contexte



- Objet de cette présentation : décrire les évolutions de l'activité hospitalière en 2020 et 2021 par rapport à l'année 2019
- Ce n'est pas :
 - Une comparaison entre l'activité attendue et l'activité réalisée
 - Une analyse de la perte de chance globale des patients liée à l'impact de la Covid-19 car pour cela, il faudrait :
 - A minima les données de soins de ville et de mortalité (CépiDC)
 - Un accès aux dossiers médicaux des patients ← informations plus précises sur le stade de la maladie, etc.
 - Du recul pour mesurer l'impact du report de certaines prises en charge

Résultats MCO

Méthodologie

Activité globale

Activité par prises en charge hors Covid

Activité Covid

Méthodologie

Périmètres des résultats présentés

2020

Bases scellées **sans** éléments sur 2021

2021

M09

Bases infra M09 **avec** éléments sur 2021
(M09 = janvier à septembre)

2021

M11

Bases infra M11 **avec** éléments sur 2021
(M11 = janvier à novembre)

Méthodologie

Généralités

- Sources de données : PMSI MCO
 - 2019 : y compris LAMDA
 - 2020 : bases infra annuelles M9 / M11 + bases scellées M12 2020
 - 2021 : bases infra annuelles M9 / M11 ⇒ ⚠ Exhaustivité / incomplétude des données
- Périmètre d'analyse :
 - Séjours MCO
 - Exclusions : Séances, séjours non valorisés par GHS (IVG), prestations inter-établissements, séjours groupés en erreur (CM90)
- Taux d'évolution calculés à champs constants :
 - D'établissements : Prise en compte des établissements ayant transmis des données sur toute la période d'étude (ouvertures, fermetures et fusions d'établissement intégrées)
 - Période de transmission : Les taux d'évolution infra-annuels comparent l'activité de 2 années selon la même période de transmission (ex : évolution M9 2019/M9 2021)
 - Version de classification des GHM identique sur toute la période d'étude

Méthodologie

Périmètre de l'activité Covid

- Identification dans le PMSI des prises en charge de la COVID-19 en phase aiguë
 - Code CIM10 U07.1 Maladie à coronavirus 2019 [COVID-19] et ses extensions :
 - U07.10 COVID-19, forme respiratoire, virus identifié
 - U07.11 COVID-19, forme respiratoire, virus non identifié
 - ~~○ U07.12 COVID-19, porteur de SARS-CoV-2 asymptomatique, virus identifié~~
 - ~~○ U07.13 Autres examens et mises en observation en lien avec l'épidémie COVID-19~~
 - U07.14 COVID-19, autres formes cliniques, virus identifié
 - U07.15 COVID-19, autres formes cliniques, virus non identifié
 - En position de DP et/ou DR
 - Hors hospitalisations de jour

Points d'attention

Interprétation des évolutions

Plusieurs phénomènes impactent l'évolution de l'activité MCO sur la période 2019-2021 :

- La crise sanitaire (+++)
 - Evolutions mensuelles : distinction des différentes phases épidémiques
 - Evolutions hors COVID : exclusion des séjours pour prise en charge de la COVID en phase aigüe



Mais aussi :

- Les effets calendaires

	2019	2020	2021
Nombre de jours	365	366	365
Nombre de jours ouvrés	251	253	254

Année bissextile

Séjours jours férié/WE = 34% de l'activité d'un jour ouvré

⇒ Surestimation des évolutions 2019/2020 et 2019/2021

⇒ Taux d'évolution corrigés (CJO)

- L'instruction gradation des soins en mars 2020
 - Report de l'activité externe vers l'activité d'hospitalisation
 - Impact à la hausse de l'activité de médecine ambulatoire

Résultats MCO

Méthodologie

Activité globale

Activité par prises en charge hors Covid

Activité Covid

Champ MCO

Principales conclusions (2020)



- L'impact des vagues de COVID est différent selon les activités de soins et les périodes
- La prise en charge (PeC) des patients COVID a contrebalancé une partie de la ↘ des séjours de médecine
- L'impact de la crise sanitaire se module par établissement selon
 - le volume d'hospitalisation des patients COVID
 - la structure d'activité
 - la région

Champ MCO

Bilan mensuel global, tous secteurs



1^{ère} vague / 1^{er} confinement
→ Diminution massive de l'activité



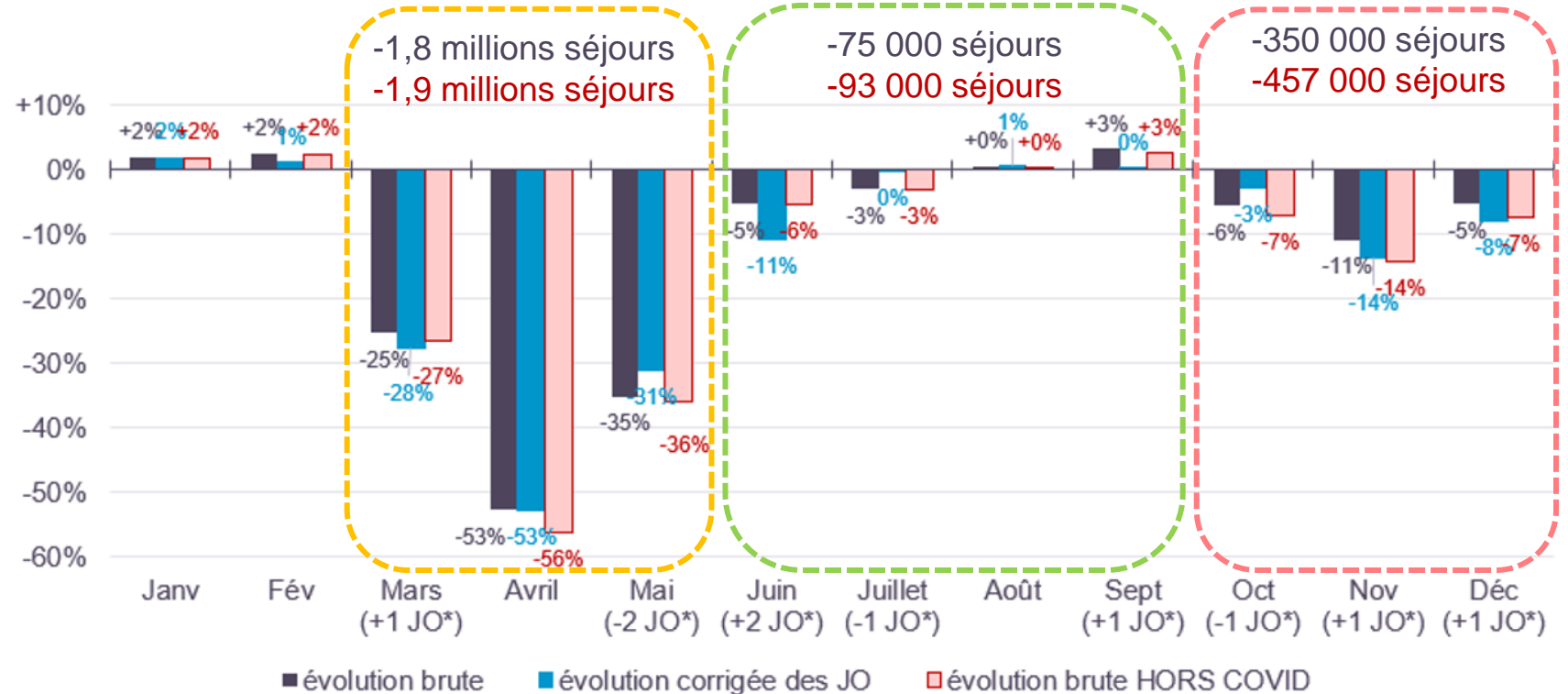
SARS-CoV-2

Juin à septembre
→ Reprise progressive de l'activité

2^{ème} vague / 2^{ème} confinement
→ Nouvelle diminution de l'activité mais moins massive qu'au printemps



SARS-CoV-2

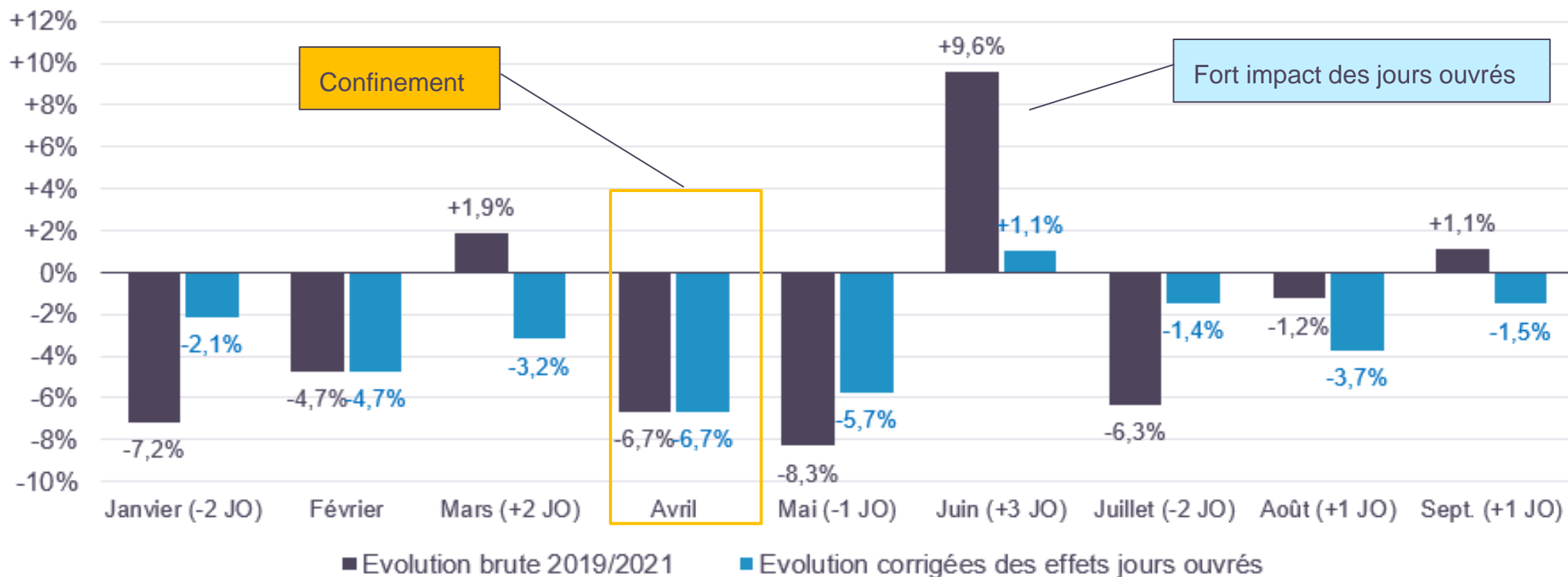
Evolution 2019/2020 du nombre de séjours
(hors séances) par mois de sortie

Évolution brute séjours 2019/2020 : -11,7% / \approx -2 190 000 séjours
Evolution Corrigée JO : -12,2%

Champ MCO

Tendances 2021

○ Evolutions mensuelles 2019/2021 en nombre de séjours (hors séances)



*JO= Jours ouvrés ; écarts entre 2019 et 2021

Champ MCO

Impact différent selon les case-mix (2020)

Ex-DG¹

	Nombre de séjours 2019 (en milliers)	Nombre de séjours 2020 (en milliers)	Evolution du nombre de séjours	Evolution du nombre de séjours HORS COVID	Contribution à la ↘ du secteur	Contribution à la ↘ du secteur HORS COVID
Chirurgie	2 574	2 097	-18,5%	-18,6%	35%	30%
Obstétrique	1 422	1 382	-2,8%	-2,8%	3%	3%
Médecine	6 683	6 017	-10,0%	-12,9%	48%	55%
Interventionnel	1 342	1 144	-14,7%	-14,7%	14%	12%
TOTAL	12 021	10 640	-11,5%	-13,1%	100%	100%

– La PeC des patients COVID a contrebalancé une partie de la ↘ des séjours de médecine

L'activité de médecine a cependant été impactée par les déprogrammations

Ex-OQN²

Chirurgie	3 259	2 821	-13,4%	-13,5%	54%	53%
Obstétrique	374	364	-2,7%	-2,7%	1%	1%
Médecine	959	888	-7,4%	-9,6%	9%	11%
Interventionnel	2 074	1 787	-13,8%	-13,8%	36%	35%
TOTAL	6 666	5 860	-12,1%	-12,4%	100%	100%

– L'impact de la crise sanitaire se module par établissement selon

- Le volume d'hospitalisation des patients COVID
- La structure d'activité

¹ Établissements publics et privés à but non lucratif

² Établissements privés commerciaux essentiellement



Champ MCO

Impact différent selon les case-mix (2021)

	Nombre de séjours (en milliers)		Evolution du nombre de séjours		Evolution du nombre de séjours HORS COVID
	2019	2021	2019/2020	2019/2021	
Chirurgie ambulatoire	2 326,0	2 396,9	-19,5%	+3,0%	+3,0%
Chirurgie en hospit complète	1 899,0	1 684,4	-17,6%	-11,3%	-11,4%
Chirurgie	4 225,0	4 081,4	-18,6%	-3,4%	-3,4%
Médecine en ambulatoire	1 567,0	1 792,3	-10,1%	+14,4%	+13,9%
Médecine en hospit. complète	4 037,0	3 613,2	-11,5%	-10,5%	-15,9%
Médecine	5 604,0	5 405,5	-11,1%	-3,5%	-7,6%
TOTAL	13 619,4	13 276,0	-13,9%	-2,5%	-4,2%

- Impact Covid sur les évolutions 2019/2021 de plus de 5 points sur la médecine en HC (-10,5% vs -15,9% hors Covid)
- Augmentation de l'ambulatoire (+3% chirurgie, +14,4% médecine)
- ⚠ → Attention : augmentation de la médecine ambulatoire majorée par la mise en œuvre de l'instruction gradation
- Baisse de l'ordre de -11% (2019/2021) de l'HC pour la chirurgie et la médecine

Champ MCO

Principales conclusions (2020)



- **L'impact des vagues de COVID est différent selon les activités de soins et les périodes**
 - **1^{ère} vague** : déprogrammation massive d'activités, notamment chirurgicales et interventionnelles
⇒ Forte de baisse de l'activité MCO
 - **Entre les 2 vagues** : évolution positive en chirurgie et en interventionnel (mais négative en médecine)
 - **2^{ème} vague** : baisse limitée de l'activité de chirurgie et d'interventionnel
- **La PeC des patients COVID a contrebalancé une partie de la ↘ des séjours de médecine**
- **L'impact de la crise sanitaire se module par établissement selon**
 - le volume d'hospitalisation des patients COVID
 - la structure d'activité
 - la région
- **Ce qui est vrai en général n'est pas toujours vrai en particulier...**

Résultats MCO

Méthodologie

Activité globale

Activité par prises en charge hors Covid

Activité Covid

Champ MCO

Conclusions au niveau des racines de GHM (2020)

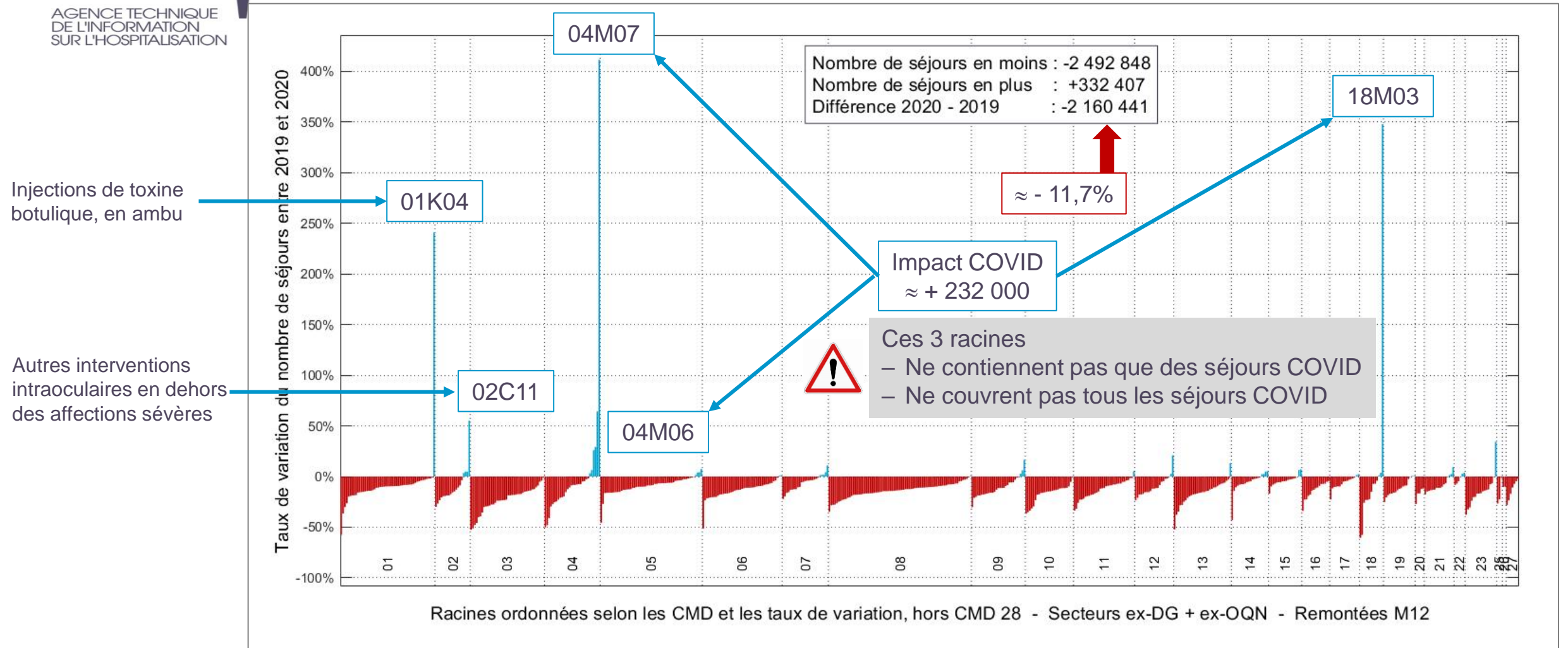


○ Au niveau des racines, le bilan est très contrasté

- **Les hausses** sont rares : 20 racines parmi les 592 racines avec au moins 1 000 séjours en 2019
 - Les plus fortes hausses concernent la COVID
 - Certaines hausses sont des impacts de changements de modalités de financement
 - Certaines hausses sont des effets collatéraux de la COVID

Champ MCO

Illustration au niveau des racines de GHM (2020)



Champ MCO

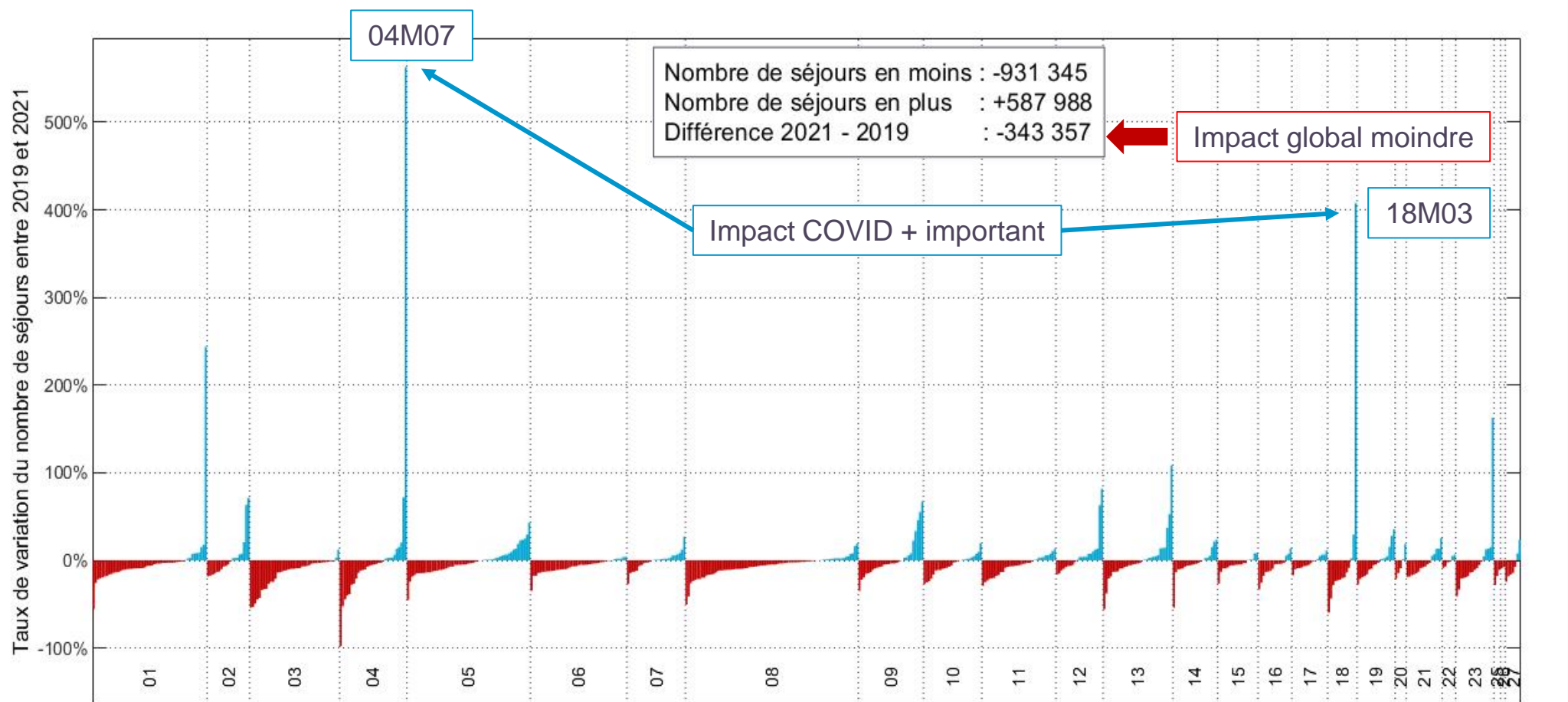
Illustration au niveau des racines de GHM (M9 2021)

atih

AGENCE TECHNIQUE
DE L'INFORMATION
SUR L'HOSPITALISATION

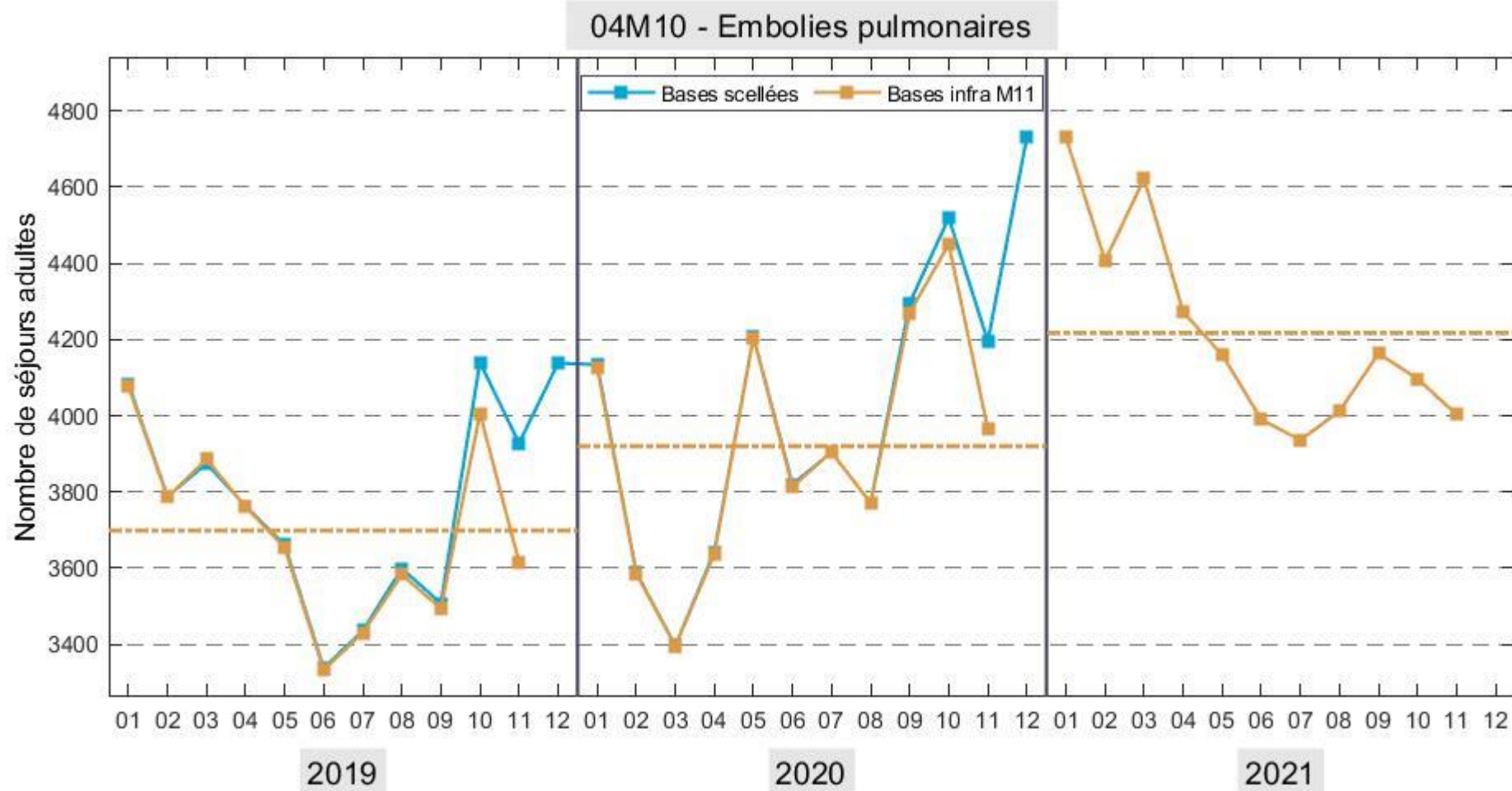
Des activités qui ↗
par rapport à 2019

Encore beaucoup
d'activités qui ↘
par rapport à 2019



Des effets collatéraux de la Covid-19

Le cas des embolies pulmonaires



Champ MCO

Conclusions au niveau des racines de GHM (2020)



○ Au niveau des racines, le bilan est très contrasté

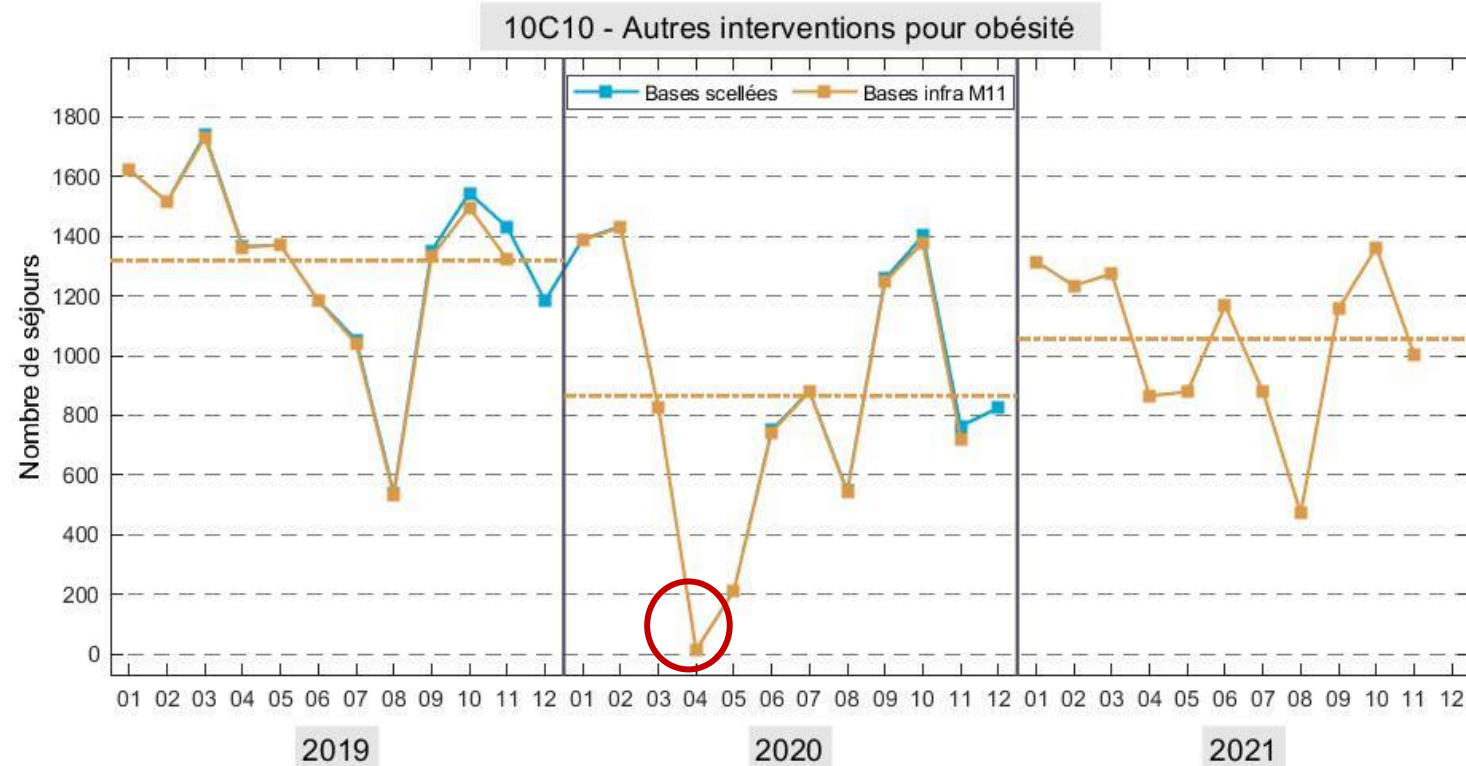
- Les hausses sont rares : 20 racines parmi les 592 racines avec au moins 1 000 séjours en 2019
 - Les plus fortes hausses concernent la COVID
 - Certaines hausses sont des effets collatéraux de la COVID
 - Certaines hausses sont des impacts de changements de modalités de financement
- **Les consignes de report** des activités programmées qui pouvaient l'être semblent avoir été respectées

Champ MCO

Quelques résultats particuliers



- Certaines prises en charge ont été **quasiment à l'arrêt en avril 2020**
- Exemple : toutes les chirurgies de l'obésité (10C09/10C10/10C13)



Champ MCO

Conclusions au niveau des racines de GHM



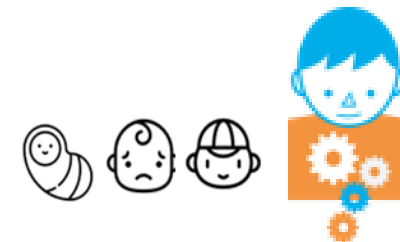
○ Au niveau des racines, le bilan est très contrasté

- Les hausses sont rares : 20 racines parmi les 592 racines avec au moins 1 000 séjours en 2019
 - Les plus fortes hausses concernent la COVID
 - Certaines hausses sont des impacts de changements de modalités de financement
 - Certaines hausses sont des effets collatéraux de la COVID
- Les consignes de report des activités programmées qui pouvaient l'être semblent avoir été respectées
- **Les plus fortes baisses semblent refléter un impact collatéral positif des mesures sanitaires prises contre la Covid-19**
 - Infections diverses (méningites, otites, bronchiolites, gripes, gastroentérites)
 - Interventions chirurgicales liées habituellement à ces infections (otites)

→ Illustration en pédiatrie

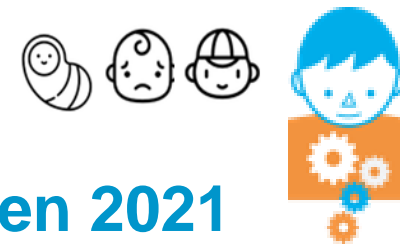
Champ MCO

Quelques résultats particuliers



○ Pédiatrie : un bilan 2020 +/- « alarmant » selon le périmètre

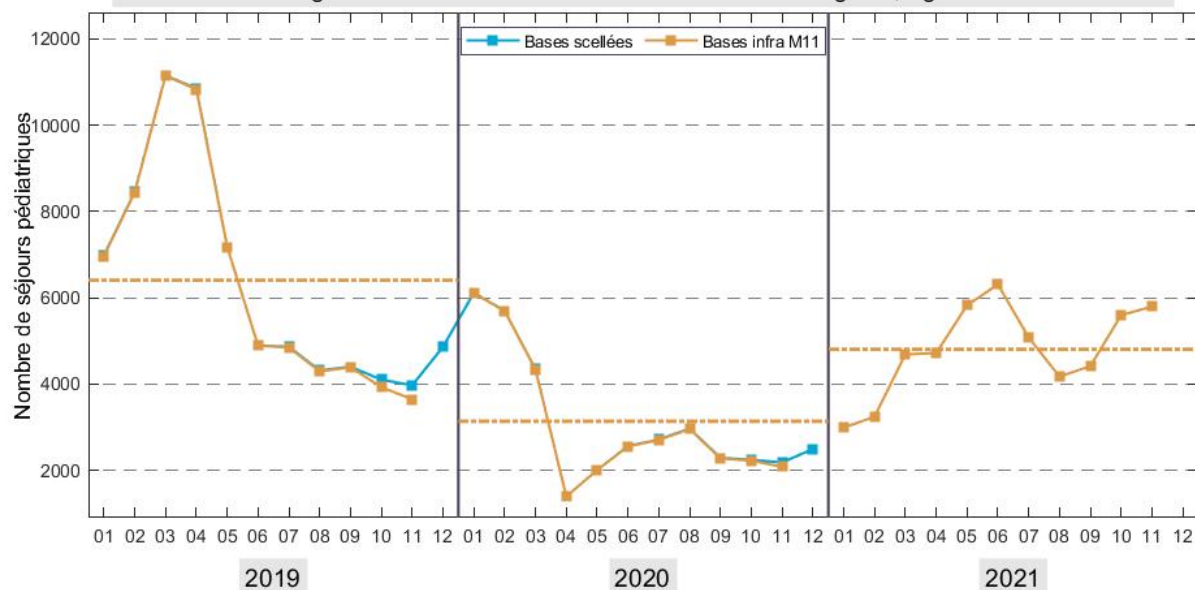
Champ	Risque de perte de chance (a priori)	Groupes de racines	Nombre de séjours 2019	Nombre de séjours 2020	Evolution en nb de séjours 20/19
Médecine	Sans risque : infections saisonnières	<i>Gastrointestinales</i>	76 698	37 355	-51%
		<i>Pulmonaires</i>	112 671	71 496	-37%
		<i>ORL</i>	41 289	24 457	-41%
		<i>Neurologiques</i>	11 845	6 271	-47%
		TOTAL "Sans risque"	242 503	139 579	-42%
	Hors racines de GHM "sans risque"	648 709	566 207	-13%	
TOTAL Médecine			891 212	705 786	-21%
Chirurgie	Faible : interventions non-urgentes	<i>ORL</i>	124 832	68 775	-45%
		<i>Ophtalmologiques</i>	14 070	10 700	-24%
		<i>Circoncisions</i>	69 112	50 502	-27%
	TOTAL "Sans risque"	208 014	129 977	-38%	
Hors racines de GHM "Sans risque"	257 925	218 764	-15%		
TOTAL Chirurgie			465 939	348 741	-25%
Technique interventionnelle	Faible : interventions non-urgentes de la bouche et des dents		141 896	103 848	-27%
		Hors racine de GHM "Sans risque"	81 116	68 298	-16%
TOTAL Interventionnel			223 012	172 146	-23%
TOTAL <i>(hors séances et Obstétrique)</i>	Hors racines de GHM "Sans risque"		987 750	853 269	-14%
TOTAL			1 580 163	1 226 673	-22%



Champ MCO (pédiatrie)

Une reprise variable des infections saisonnières en 2021

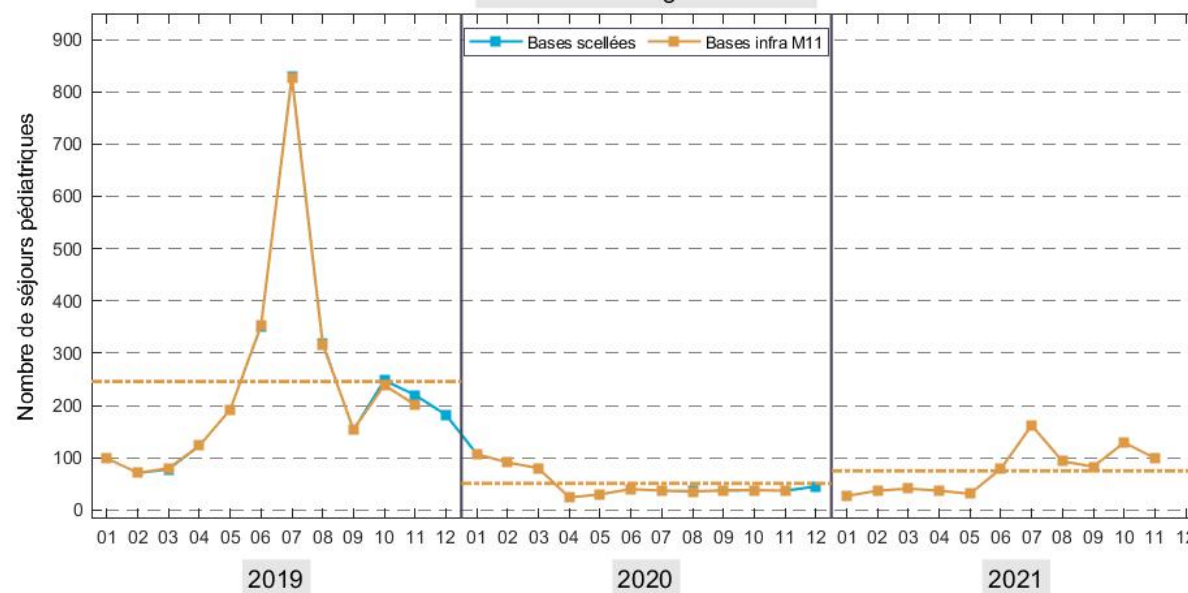
06M02 - Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge inférieur à 18 ans

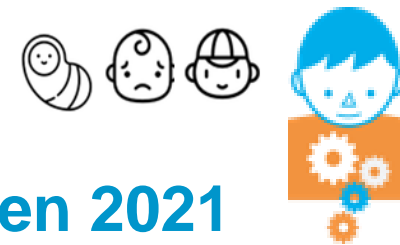


Reprise des gastroentérites depuis juin 2021 : à partir de juin 2021, le nombre de séjours par mois est supérieur, à mois équivalent, à celui de 2019

Pas de reprise des méningites virales observée en 2021 → efficacité des gestes barrières envers ce virus « fragile »

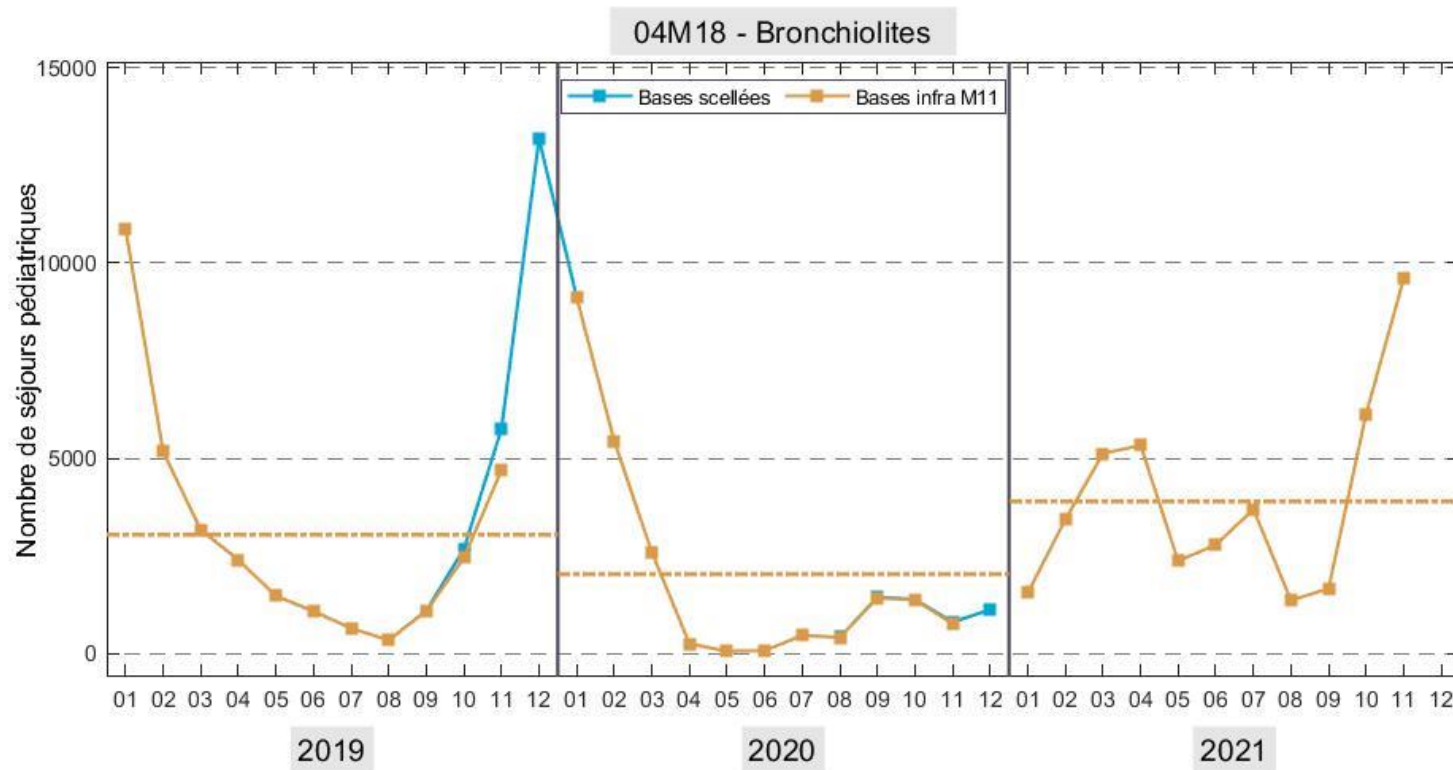
01M04 - Méningites virales





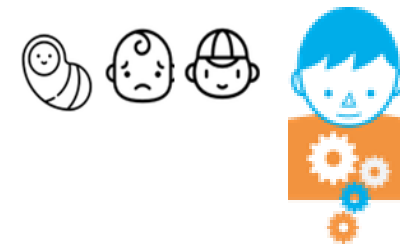
Champ MCO (pédiatrie)

Une reprise variable des infections saisonnières en 2021



Une reprise des bronchiolites avec

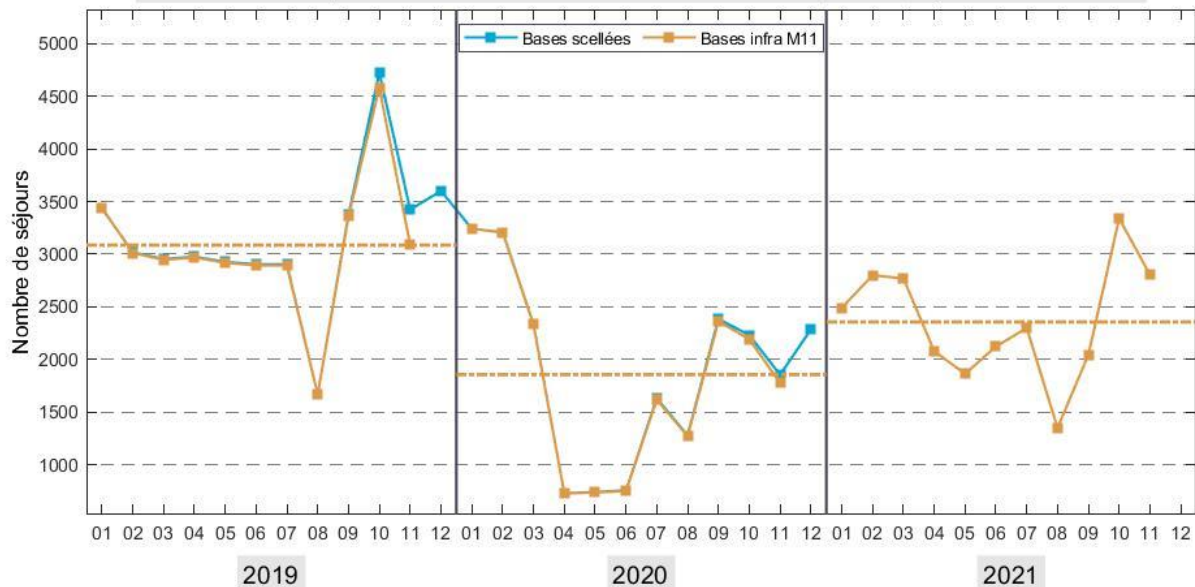
- un décalage de l'épidémie saisonnière entre février et avril 2021
- un pic moins haut qu'en 2019 mais qui a duré plus longtemps
- et une reprise dès octobre pour l'épidémie hivernale



Champ MCO (pédiatrie)

Un impact sur l'activité chirurgicale

03M03 - Otites moyennes et autres infections des voies aériennes supérieures, âge inférieur à 18 ans

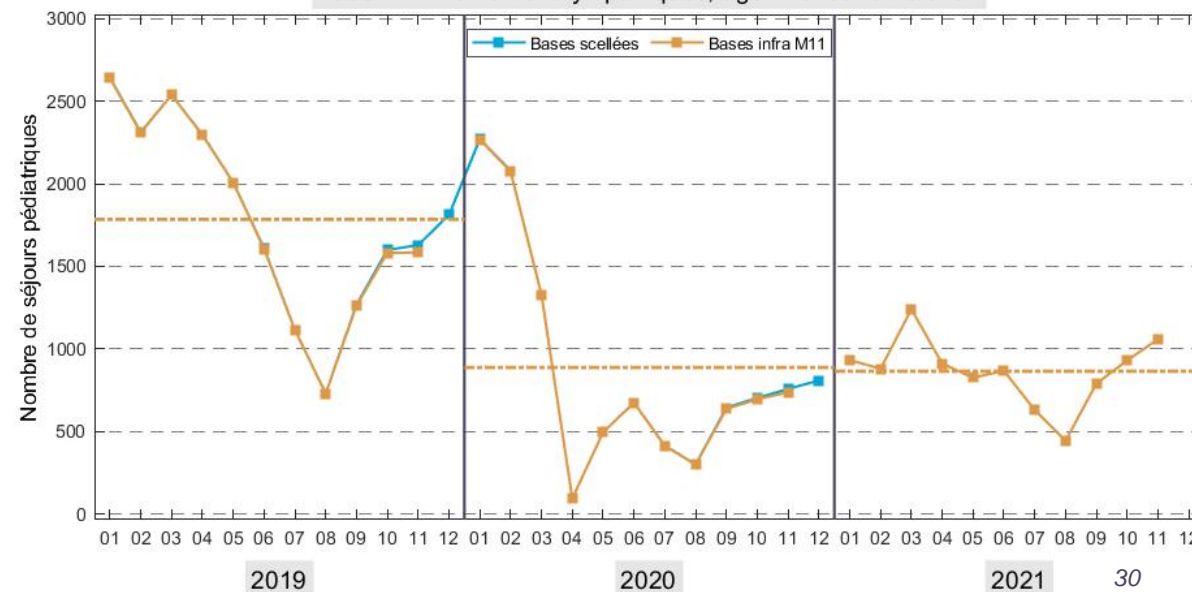


Baisse des interventions ORL chez l'enfant en lien avec les infections saisonnières : pose de drains tympaniques



Un nombre d'infections ORL inférieur en 2020 et 2021 par rapport à 2019

03C14 - Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans



Champ MCO

Conclusions au niveau des racines de GHM



○ Au niveau des racines, le bilan est très contrasté

- Les hausses sont rares : 20 racines parmi les 592 racines avec au moins 1 000 séjours en 2019
 - Les plus fortes hausses concernent la COVID
 - Certaines hausses sont des impacts de changements de modalités de financement
 - Certaines hausses sont des effets collatéraux de la COVID
- Les consignes de report des activités programmées qui pouvaient l'être semblent avoir été respectées
- Les plus fortes baisses semblent refléter un impact collatéral positif des mesures sanitaires prises contre la Covid-19
 - Infections diverses (méningites, otites, bronchiolites, gripes, gastroentérites)
 - Interventions chirurgicales liées habituellement à ces infections (otites)

→ Illustration en pédiatrie

Les analyses sur le risque pour les patients lié à la baisse d'activité hospitalière permettent (entre autres) de mettre de la cohérence médicale dans toutes ces évolutions

Analyse du risque lié à la baisse d'activité

Exemple en cardiologie

Insuffisance
cardiaque et
choc

Maladies
coronaires

PeC médicale

Chirurgie
(pontages)

Interventionnel
coronaire

05K05 Endoprothèses vasculaires avec infarctus du myocarde

05K06 Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde

05K10 Actes diagnostiques par voie vasculaire

A T U

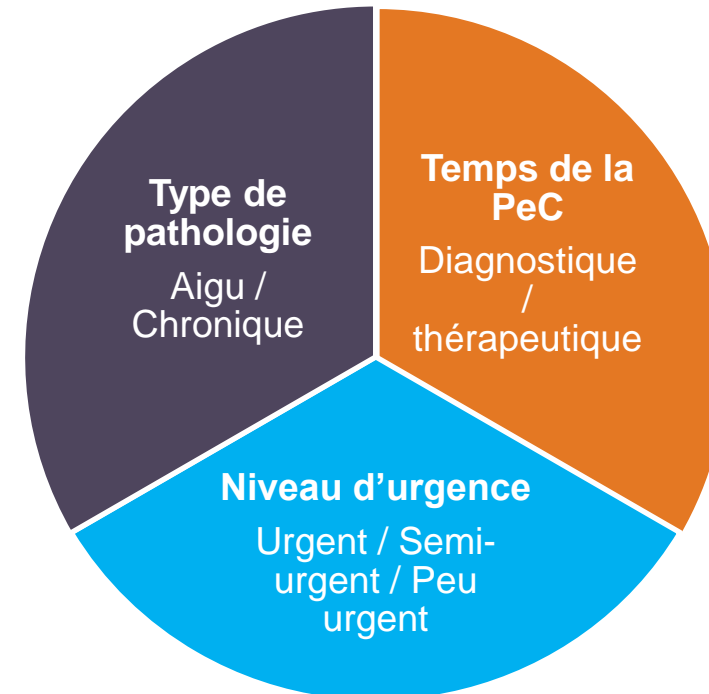
C T SU

A/C D?

Troubles du
rythme

Remplacement
valvulaire

Transplantation
cardiaque

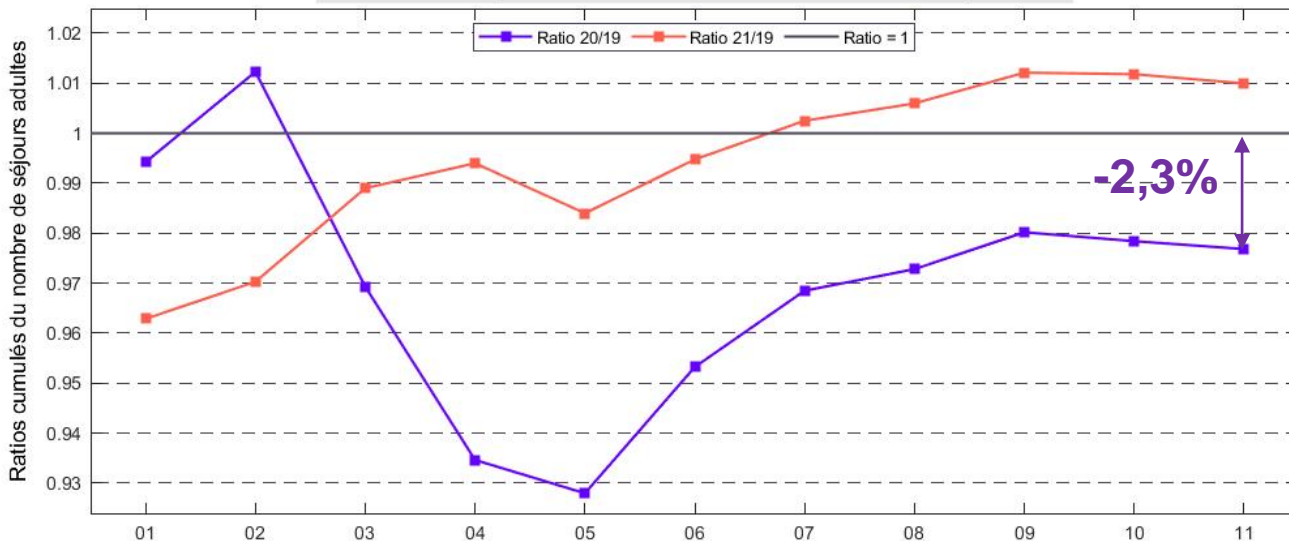


Analyse du risque lié à la baisse d'activité en cardiologie

Pose d'endoprothèse vasculaires (adultes)



05K05 - Endoprothèses vasculaires avec infarctus du myocarde

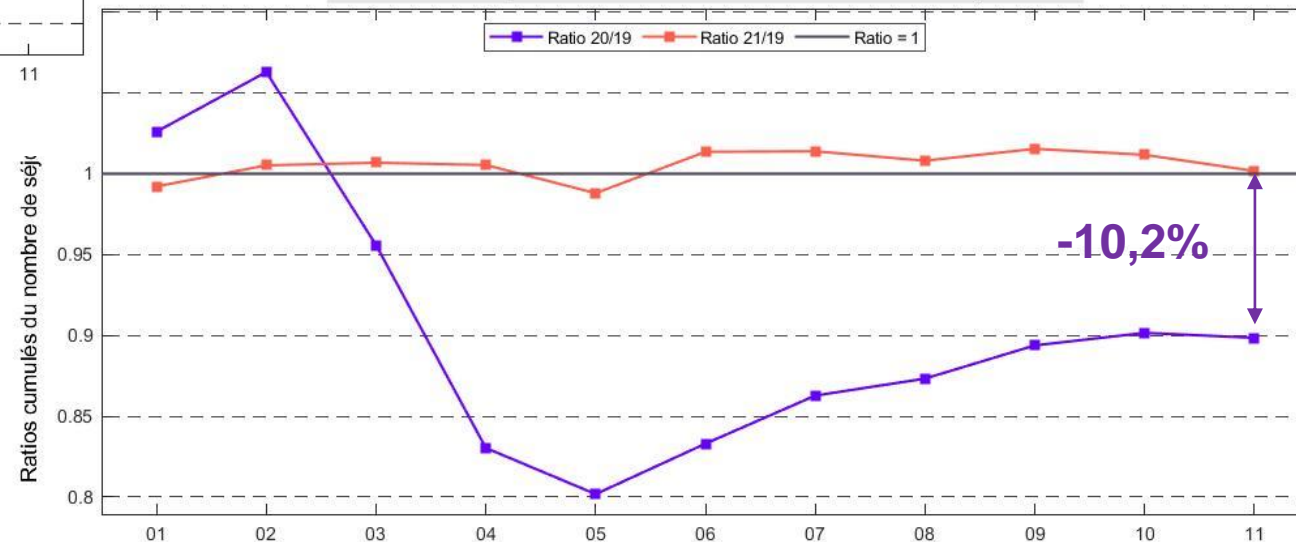


Bilan à M11 : $n_{2019} = 54\,500$, $n_{2020} = 53\,237$, $n_{2021} = 55\,043$ -- Taux_{20/19} = -2.3%, Taux_{21/19} = 1%

Une partie de la baisse d'activité en 2020, entre autres avec infarctus du myocarde, pourrait être liée à une moindre exposition à certains facteurs de risque cardiovasculaires due aux mesures de confinement.

Baisse d'activité lors du 1^{er} confinement avec une reprise dès le mois de juin 2020
Baisse plus prononcée pour les endoprothèses sans infarctus du myocarde → Activité d'urgence vitale a été la plus conservée

05K06 - Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde



Bilan à M11 : $n_{2019} = 150\,149$, $n_{2020} = 134\,907$, $n_{2021} = 150\,405$ -- Taux_{20/19} = -10.2%, Taux_{21/19} = 0.2%

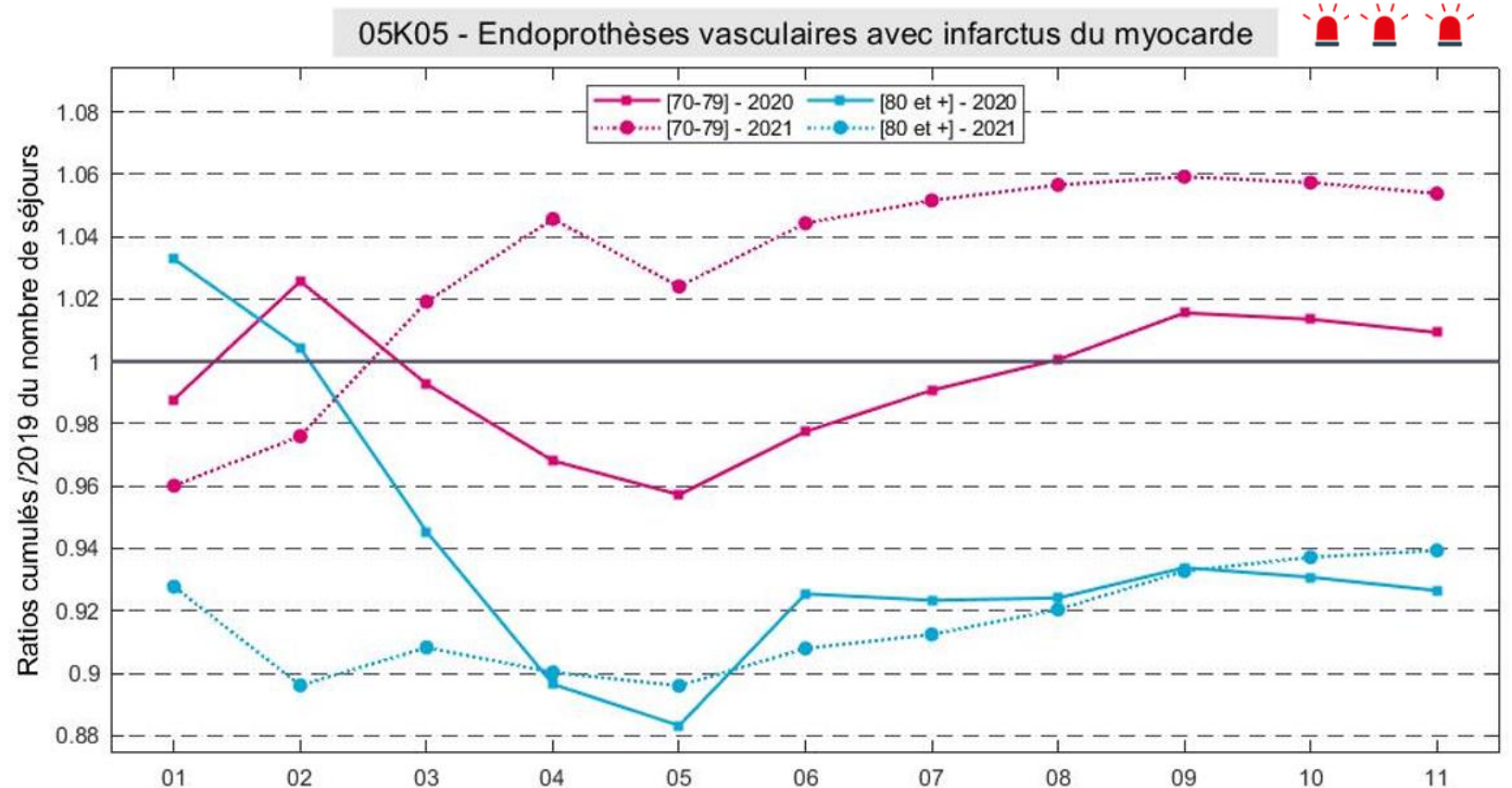
Analyse du risque lié à la baisse d'activité en cardiologie

Pose d'endoprothèse vasculaires (adultes)

Évolutions de l'activité :

- Plus forte baisse pour les 80 ans et +
- Plus forte hausse pour les 70-79 ans

Évolutions par classe d'âge à comparer avec évolution de la pyramide des âges de la population française.



[70-79] : $n_{2019} = 12\ 068$, $n_{2020} = 12\ 180$, $n_{2021} = 12\ 718$
 [80 et +] : $n_{2019} = 11\ 104$, $n_{2020} = 10\ 288$, $n_{2021} = 10\ 431$

Résultats MCO

Méthodologie

Activité globale

Activité par prises en charge hors Covid

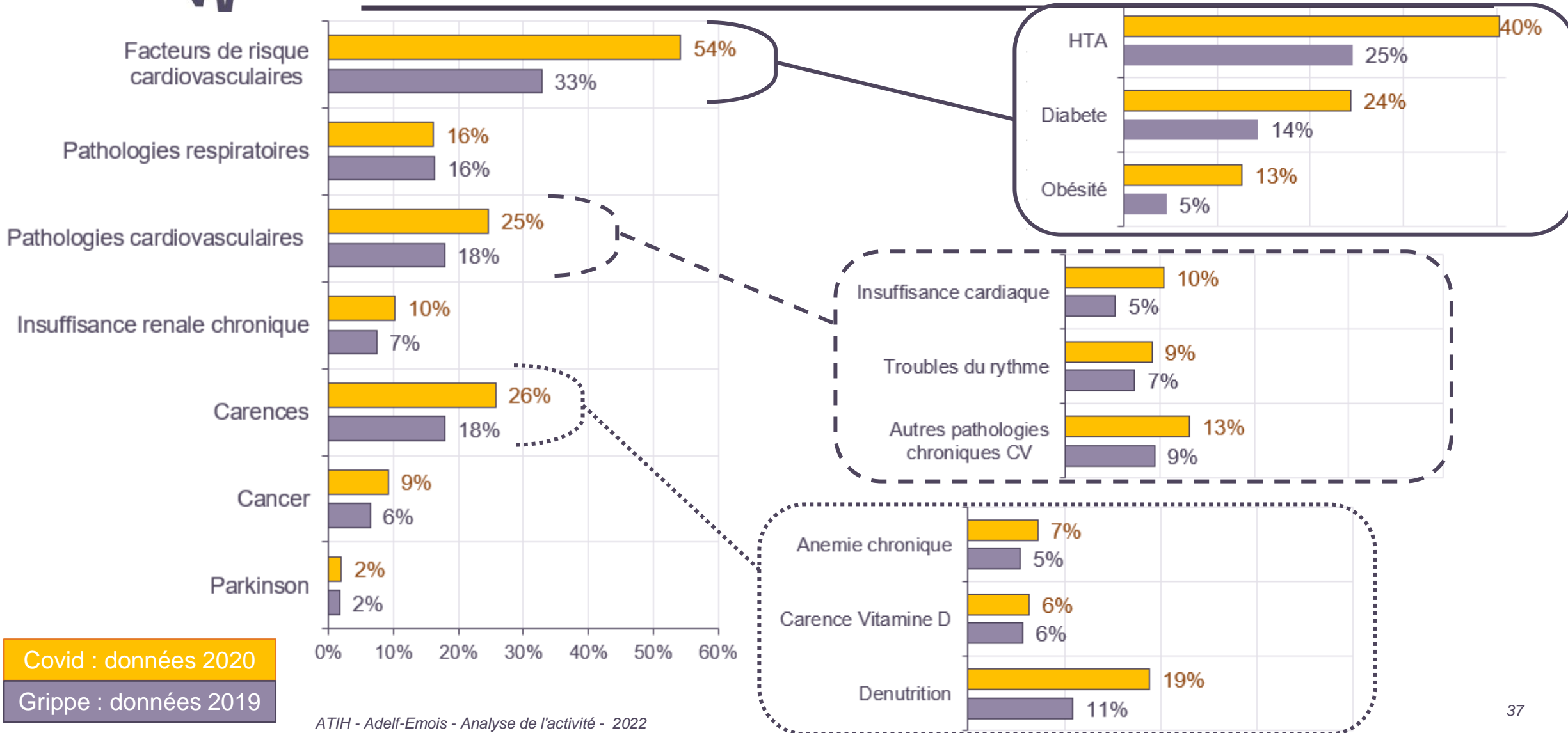
Activité Covid

Méthode

Les sources de données hospitalières liées à la COVID-19

- **Deux principales sources de données pour l'analyse de l'activité hospitalière liée à la covid-19**
 - SI-Vic : Outil de pilotage en temps réel de la crise ← rapidité de l'information
 - PMSI : Outil de référence pour l'analyse de l'activité hospitalière ← fiabilité de l'information
- **Les possibilités d'analyses supplémentaires permises par le PMSI pour les courts séjours (MCO)**
 - La sélection des patients dont le motif d'admission est la prise en charge de la Covid-19 :
 - En écartant les hospitalisations de patients testés positifs à la Covid-19 mais asymptomatiques ou dont le motif de recours à l'hospitalisation n'était pas la Covid-19
 - En se centrant sur les hospitalisations complètes
 - La distinction des types de soins critiques → possibilité :
 - D'individualiser les prises en charge en réanimation, soins intensifs et soins continus peuvent être individualisées
 - D'analyser finement les actes réalisés au cours du séjour (intubation, etc.)
 - D'analyser chronologiquement le parcours de soins du patient
 - L'analyse des comorbidités et complications : en exploitant les diagnostics associés codés au cours du séjour

Fréquences des comorbidités chez les patients hospitalisés pour COVID et Grippe

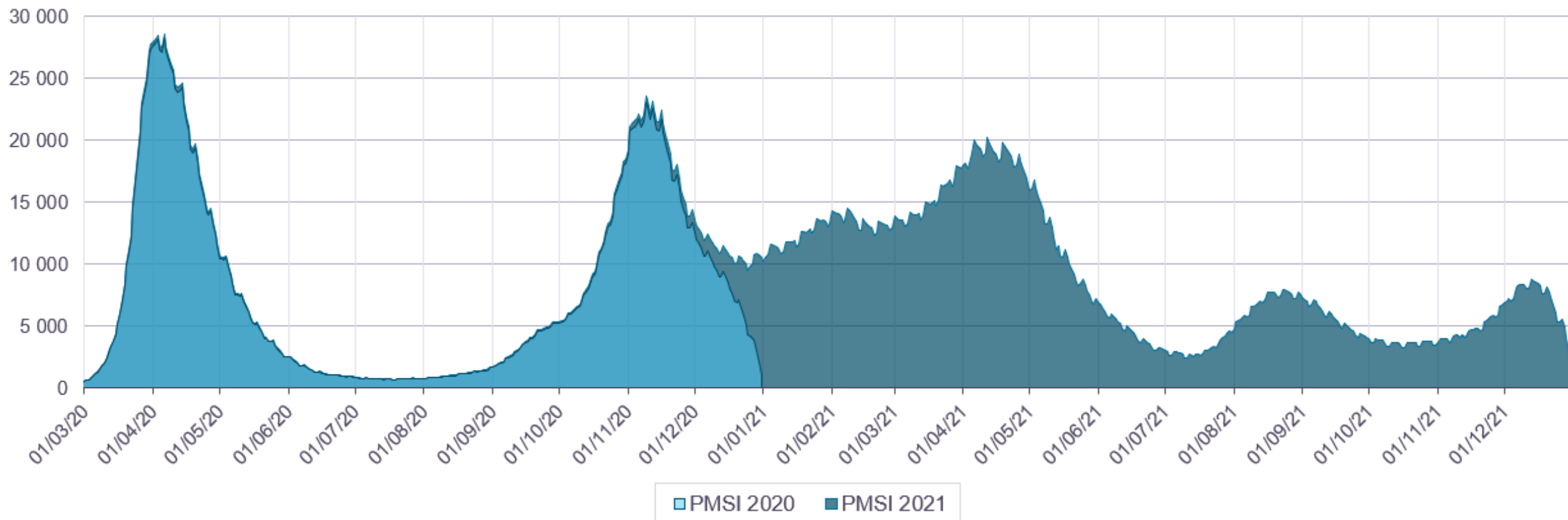


Covid : données 2020

Grippe : données 2019

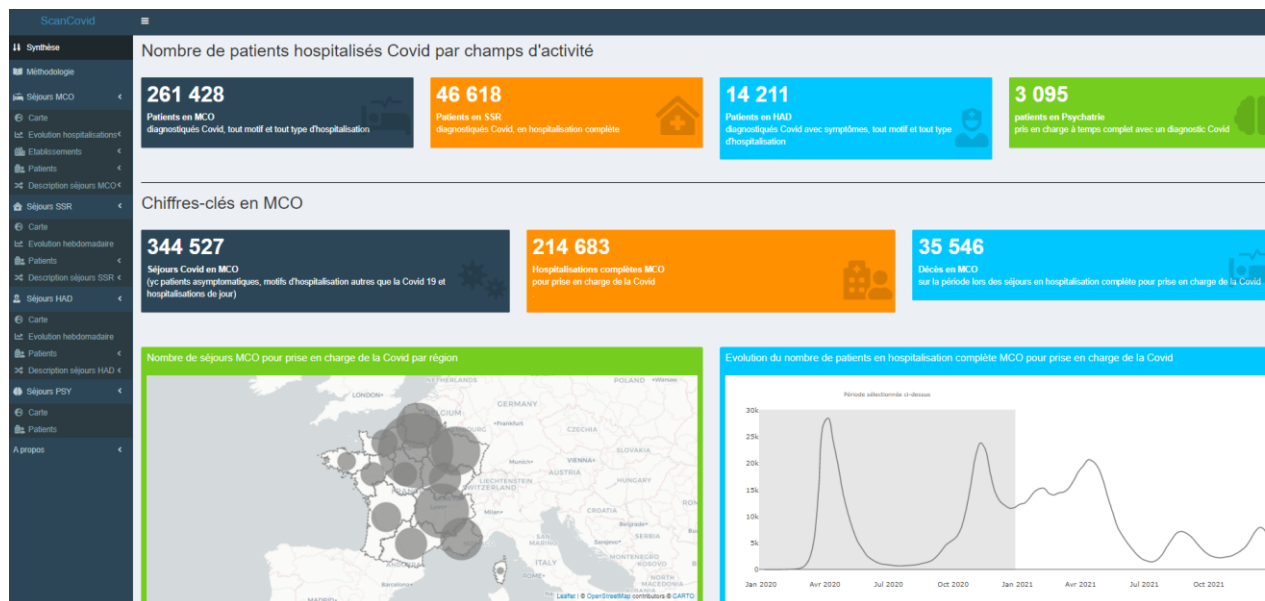
Occupation hospitalière des patients COVID-19 en 2021

Nombre quotidien de patients en cours d'hospitalisation en MCO pour COVID-19, du 2 mars 2020 au 31 décembre 2021 - données PMSI MCO 2020 et 2021



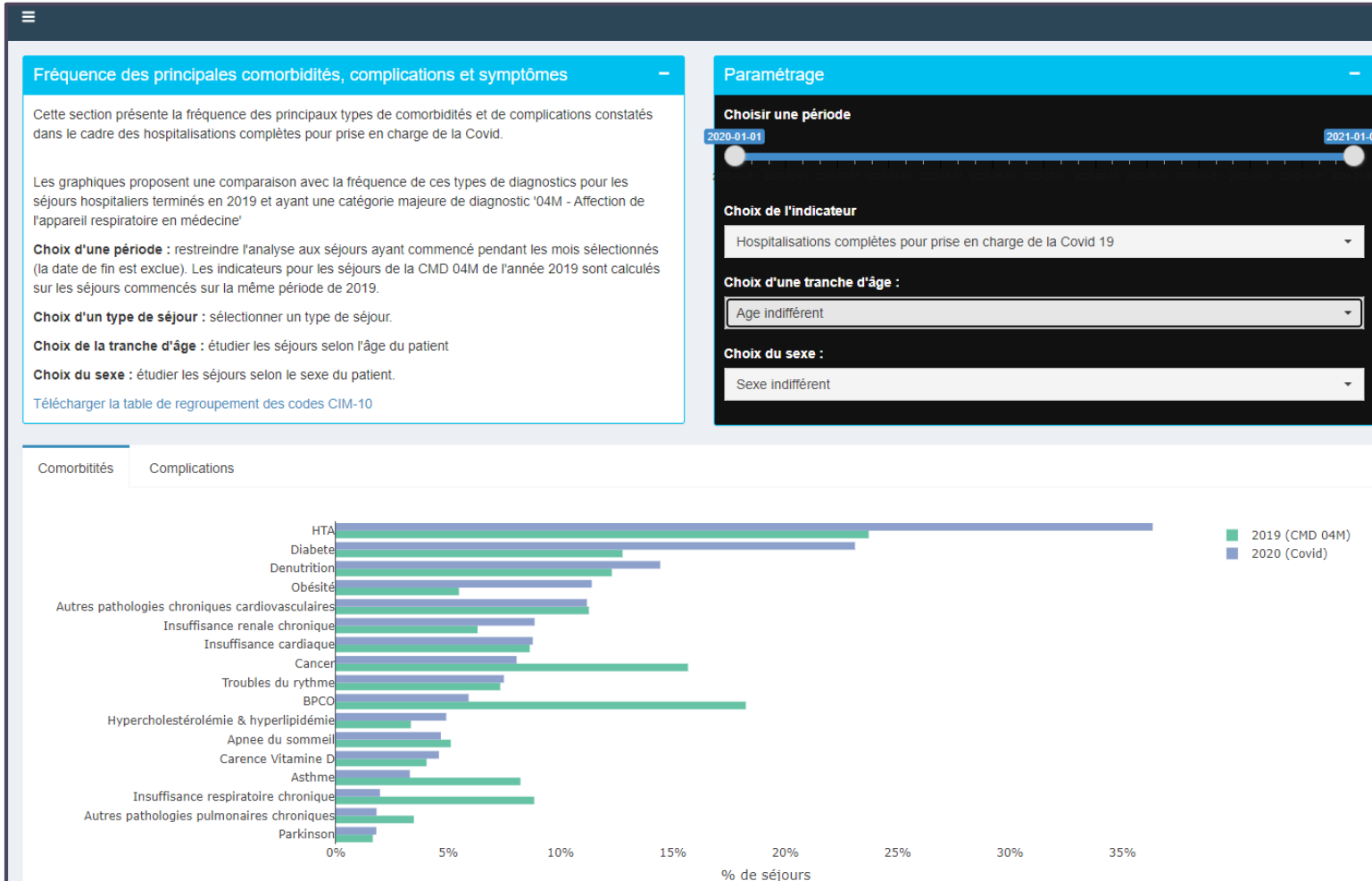
Envie d'analyser l'activité Covid au cours de l'année et dans tous les champs ?

<https://scancovid.scansante.fr/scancovid/>



ScanCovid : exemple de restitution (1/2)

Proportion de séjours selon le type de comorbidités (identifiées via les diagnostics CIM 10)



Choix d'une période (ex. comparaison 1^{ère} et 2^e vague)

Type de séjour

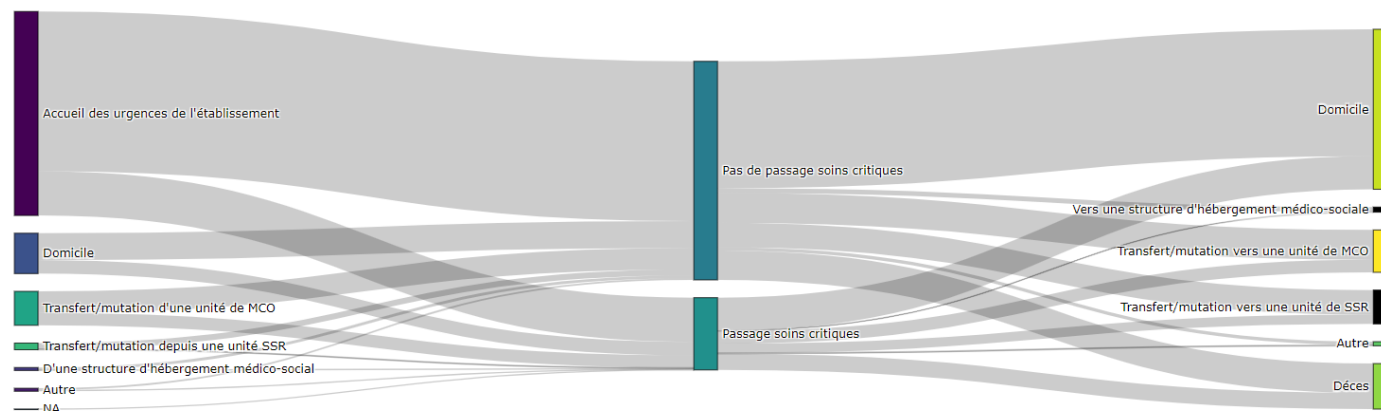
Tranche d'âge des patients

Sexe des patients

Mise à jour réactive de la restitution et possibilité de télécharger les données

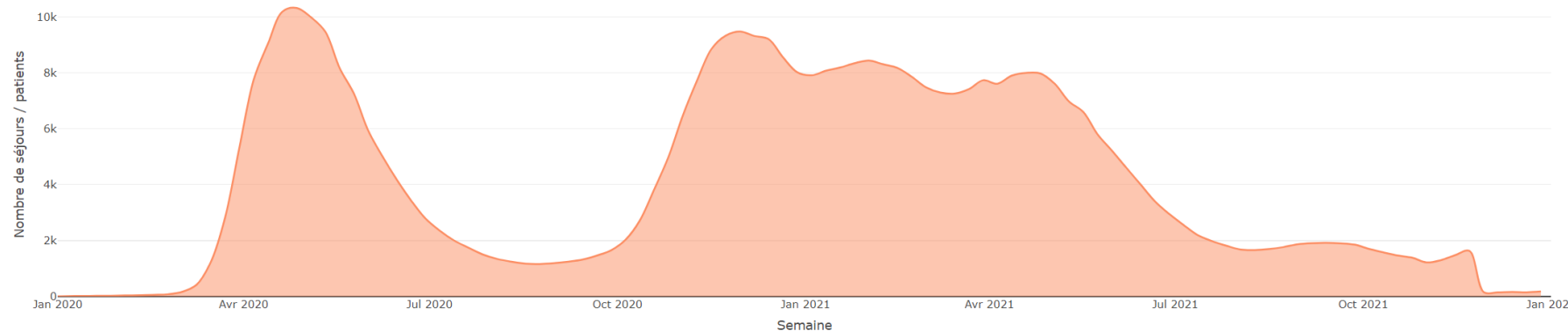
ScanCovid : exemples de restitution (2/2)

- Flux simplifié des entrées, sorties et passages en soins critiques des séjours MCO en hospitalisation complète pour PeC Covid (France entière uniquement)



- Nb de patients Covid avec symptômes hospitalisés en SSR par jour

Evolution hebdomadaire



Activité hospitalière hors MCO

Impact de la pandémie de Covid-19 sur...

L'activité d'hospitalisation à domicile (HAD) 2020



14 000 patients Covid-19
soit 9% des patients HAD



6,6 millions de journées
↗ 11%

- Forte mobilisation des structures d'HAD durant la crise
 - La moitié de l'augmentation d'activité en nombre de patients concerne les patients COVID
 - Soutien des suites d'hospitalisations MCO hors Covid-19
 - Renforcement des prises en charge en EHPAD
- Amplification de la dynamique d'activité observée ces dernières années
 - Sans intégrer la prise en charge des patients pour Covid-19 l'évolution du nombre de journées est de +7,3% entre 2019 et 2020

Impact de la pandémie de Covid-19 sur...

L'activité de soins de suite et réadaptation (SSR) 2020

872 000
patients hospitalisés en SSR

↘ -15%

soit 13 pour 1 000 habitants



47 000
patients Covid-19

soit 5% des patients SSR



29,6 millions ↘ -10%
de journées de présence en
hospitalisation à temps
complet

3,1 millions ↘ -33%
de journées de présence
en hospitalisation
à temps partiel

L'impact la pandémie de Covid-19 diffère selon le type d'hospitalisation et les périodes de l'année 2020

- **Hospitalisation complète**
 - Prise en charge des patients atteints de la Covid-19 : a contrebalancé une partie de la baisse des journées, notamment pour les personnes âgées de 70 ans et plus
 - Une majeure partie de la baisse d'activité est la conséquence de la baisse d'activité en MCO
- **Hospitalisation partielle**
 - Consignes de déprogrammation de toutes les activités d'hospitalisation de jour qui ne génèrent pas de perte de chance pour les patients
 - Arrêt quasi total de l'activité au mois d'avril : **70% de la baisse est concentrée sur la première vague**

Impact de la pandémie de Covid-19 sur...

L'activité de psychiatrie à temps complet ou partiel

2020

atih

AGENCE TECHNIQUE
DE L'INFORMATION
SUR L'HOSPITALISATION

389 000
patients hospitalisés
en psychiatrie

soit 6 pour 1 000 habitants

↘ -7%



3,2 millions
de venues à temps
partiel

↘ -34%

18,1 millions
de journées de présence
à temps complet


↘ -5%

- Prises en charge à temps partiel
 - Diminution du nombre de journées de présence particulièrement marquée
=> consignes de fermeture des hôpitaux de jour lors de la première vague épidémique
 - Baisse des venues d'une journée plus accentuée que celle des venues d'une demi-journée
- Prises en charge à temps complet
 - Baisse du nombre de patients à temps complet mais augmentation de la durée moyenne de prise en charge d'environ +2 jours entre 2019 et 2020
→ Maintien en hospitalisation des patients avec les durées de prise en charge les plus longues

Impact de la pandémie de Covid-19 sur...

L'activité de psychiatrie hospitalière en ambulatoire 2020

atihAGENCE TECHNIQUE
DE L'INFORMATION
SUR L'HOSPITALISATION

2 millions
de patients pris en charge
en ambulatoire  -5%

20,5 millions d'actes
en ambulatoire  -4%

- Ambulatoire (DGF)
 - Baisse d'activité moins marquée que pour les prises en charge à temps partiel
- Impact à plus long terme : conséquences psychiques de la COVID dans la population ?

Conclusion

Bilan après 2 années de crise sanitaire

Facteurs ayant facilité les analyses



MERCI !

- La réactivité des DIMs
 - Maintien des transmissions des données du PMSI... voire même une augmentation de leur fréquence pour le MCO dans le cadre du *Fast-track*
 - Pas de baisse constatée de la qualité du codage
- La mise en œuvre de nouveaux flux de transmissions pour une mise à disposition rapide des données PMSI
 - 21/04/2020 : *Fast track* PMSI
 - 21/07/2020 : modification de l'arrêté PMSI → extension de ses missions dans un objectif de veille sanitaire

Bilan après 2 années de crise sanitaire

Limites et difficultés rencontrées



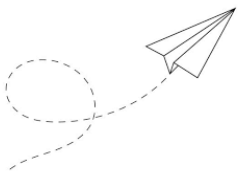
- Pas de système national de veille sanitaire au niveau hospitalier
 - Pas d'échantillon représentatif de l'activité hospitalière au niveau établissement ou territoire
 - Besoin de solliciter tous les établissements de santé pour les remontées d'information
 - Pas de possibilité de « redressement » de l'activité transmise
- Recueil PMSI
 - Codage PMSI en fin de séjour
 - Décalage incompressible entre la prise en charge du patient et la mise à disposition des données
 - Impact d'autant plus important que les prises en charge sont longues
 - Évolution du périmètre en mars 2020 due à l'instruction gradation
- Complexité de l'interprétation médicale
 - Analyse des déprogrammations dépendante des pathologies et des variabilités territoriales
 - Impact de la non prise en charge très difficile à estimer

Bilan après 2 années de crise sanitaire

Perspectives

Les outils qui seraient utiles pour analyser l'activité hospitalière en (ou hors) période de crise...

- Affiner les modèles pour la prise en compte de l'impact des jours ouvrés
- Développer un ou des modèles de prédiction de l'activité hospitalière
- Travailler sur des catégorisations de l'activité hospitalière qui pourraient être utiles en temps de crise : lourdeur de la prise en charge, activité non reprogrammable / reprogrammable, etc.
- Mettre en œuvre un système de veille sanitaire pour l'activité hospitalière



Pour aller plus loin...



Analyse de l'activité hospitalière 2020

<https://www.atih.sante.fr/analyse-de-l-activite-hospitaliere-2020>

The image is a screenshot of the ScanCovid web application. It features a world map on the left and a line graph on the right showing data trends over time. The text 'Outil de visualisation interactif des données hospitalières' is overlaid on the map. Below the map, there are two buttons: 'Accéder à la version publique' and 'Connexion Plage'. The 'A propos' and 'Connexion' sections are visible at the bottom of the screenshot.

ScanCovid
Outil de visualisation interactif des données hospitalières

Informations en accès libre
Accéder à la version publique

Informations en accès avec identifiants
Connexion Plage

A propos
ScanCovid est une application de restitution et d'analyse des séjours Covid remontés par les établissements de santé français dans le programme de médicalisation des systèmes d'information.

Connexion
Des données complémentaires sont accessibles aux acteurs de la santé (établissements, ARS, organismes nationaux) disposant d'un identifiant sur la plateforme de gestion des applications de l'ATIH (Plage)

17h30 - Atelier ScanSanté

Salle Santenay Chablis

<https://scancovid.scansante.fr/scancovid/>

**Agence technique de l'information
sur l'hospitalisation**

13, rue Moreau 75012 Paris
Téléphone : 01 40 02 75 63
Fax : 01 40 02 75 64

www.atih.sante.fr

ANNEXES

Historique des process PMSI accélérés

2020



Décret permettant le Fast Track PMSI

21 avril

Avril



Début du Fast Track PMSI

27 avril

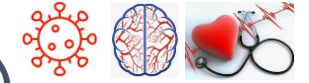
Mai



1^{ère} remontée de données du Fast Track PMSI

4 mai

Juin



Extension à tous les séjours hospitaliers

1^{er} juin



Fin de l'état d'urgence sanitaire national

Fin du Fast Track

1^{er} lien avec la conso de soins primaires



11 juin

Juillet



Arrêté modifiant le processus PMSI classique process



Naissance de la transmission accélérée du PMSI

21 juillet

Aout



1^{ère} remontée accélérée de données du PMSI

6 août

2021

Avril



1^{ère} remontée bimensuelle d'information en psychiatrie

14 avril

Analyse du risque de perte de chance en cardiologie

Regroupement	Racine de GHM	Libellé racine de GHM	Type de pathologie	Temps de la prise en charge	Niveau d'urgence	
Insuffisance cardiaque et choc	05M09	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire	Aigue	Thérapeutique	Urgent	
<i>Interventionnelle coronnaire</i>	05K05	Endoprothèses vasculaires avec infarctus du myocarde	Aigue	Thérapeutique	Urgent	
	05K06	Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde	Chronique	Thérapeutique	Semi-urgent	
	05K10	Actes diagnostiques par voie vasculaire	Aigue/Chronique	Diagnostique	Urgent/Semi-urgent/Peu urgent	
Maladies coronaires	<i>Prise en charge chirurgicale (Pontages)</i>	05C04	Pontages aortocoronariens avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie	Aigue/Chronique	Thérapeutique	Urgent/Semi-urgent
		05C05	Pontages aortocoronariens sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie	Aigue/Chronique	Thérapeutique	Semi-urgent
	<i>Prise en charge médicale</i>	05M04	Infarctus aigu du myocarde	Aigue	Thérapeutique	Urgent
		05M06	Angine de poitrine	Aigue	Thérapeutique	Urgent
	05M16	Athérosclérose coronarienne	Chronique	Thérapeutique	Peu urgent	
Troubles du rythme	05C14	Poses d'un stimulateur cardiaque permanent avec infarctus aigu du myocarde ou insuffisance cardiaque congestive ou état de choc	Aigue	Thérapeutique	Urgent	
	05C19	Poses d'un défibrillateur cardiaque	Aigue	Thérapeutique	Urgent	
	05K19	Traitements majeurs de troubles du rythme par voie vasculaire	Chronique	Thérapeutique	Peu urgent	
	05K20	Autres traitements de troubles du rythme par voie vasculaire	Chronique	Thérapeutique	Peu urgent	
Remplacement valvulaire	05C02	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle et avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie	Chronique	Thérapeutique	Semi-urgent	
	05C03	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie	Chronique	Thérapeutique	Semi-urgent	
	05K21	Poses de bioprothèses de valves cardiaques par voie vasculaire	Chronique	Thérapeutique	Semi-urgent	
Transplantation cardiaque	05K15	Surveillances de greffes de cœur avec acte diagnostique par voie vasculaire	Chronique	Suivi/contrôle	Peu urgent	
	27C05	Transplantations cardiaques	Chronique	Thérapeutique	Urgent	