



**MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ**

**Rapport annuel portant sur l'évolution des dépenses  
d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation  
pour l'année 2020**

**Comité économique  
de l'hospitalisation publique et privée**

Rapport annuel 2021 – Version 2

## Résumé du rapport

Conformément à l'article 32 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2020, l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée mentionné à l'article L.162-21-3 du code de la sécurité sociale devient désormais le **comité économique de l'hospitalisation publique et privée**.

Le rapport annuel du comité économique de l'hospitalisation publique et privée porte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation pour l'année 2020. Il est élaboré de façon concertée avec les fédérations représentatives des établissements de santé, l'assurance maladie et les services de l'Etat. Le comité a analysé les données d'activité de soins des établissements de santé et les dépenses engendrées par ces activités pour l'année 2020. Les données mobilisées sont produites par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM). Les résultats présentés au sein de ce rapport sont issus de traitements statistiques basés sur les données recueillies notamment dans le cadre du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et du Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM). Ces données ne portent que sur le seul champ régulé des établissements de santé.

## Table des matières

---

Table des matières .....	3
Introduction .....	4
1. Vue d'ensemble de l'ONDAM établissements de santé (ES) en 2020 .....	6
2. Sécurisation des financements assurance maladie face à la crise sanitaire .....	10
3. Analyse de l'activité MCO.....	14
3.1. Principes méthodologiques .....	14
3.2. Vue d'ensemble de l'activité MCO.....	14
3.3. Les séjours de médecine des établissements de santé du champ MCO .....	17
3.4. Les séjours de chirurgie des établissements de santé du champ MCO .....	18
3.5. Les séjours d'obstétrique des établissements de santé du champ MCO .....	22
3.6. L'activité d'hospitalisation à domicile.....	23
4. Analyse de l'activité des établissements de santé de soins de suite et de réadaptation (SSR) en 2020	28
4.1. Principes méthodologiques .....	28
4.2. Vue d'ensemble de l'activité SSR.....	28
4.3. L'hospitalisation complète en SSR.....	32
4.4. L'hospitalisation partielle en SSR.....	37
5. Analyse générale de l'activité des établissements de santé de psychiatrie.....	39
5.1. Vue d'ensemble de l'activité en psychiatrie.....	39
5.2. L'hospitalisation à temps complet en psychiatrie .....	42
6. Analyse détaillée des dépenses de la liste en sus en 2020 .....	44
6.1. Analyse sur le secteur ex-DG.....	46
6.2. Analyse sur le secteur ex OQN .....	54
7. Analyse spécifique sur les prises en charge hospitalière de la COVID-19 en 2020 .....	58
7.1. Principes méthodologiques .....	58
7.2. Résultats d'analyse .....	58
Conclusion .....	71
Liste des tableaux .....	72
Liste des figures.....	74
Annexes .....	76

## Introduction

---

**Ce rapport annuel porte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation pour l'année 2020. La pandémie de Covid-19 a eu un impact majeur sur notre pays et a particulièrement impacté notre système de santé.**

**Les efforts considérables fournis par les établissements de santé pour faire face à cette crise sans précédent ne peuvent totalement se refléter dans ce rapport. Aussi,** les données figurant dans ce rapport ne rendent qu'imparfaitement compte de la lourdeur des prises en charge, que ce soit du point de vue du nombre des journées d'hospitalisation, des personnels mobilisés dans ce cadre compte tenu de l'intensité des prises en charge ou encore des admissions d'une partie de ces patients en services de soins critiques ou de réanimation avec des durées de prise en charge dans ces services particulièrement élevées. Ce rapport ne saurait également ambitionner d'être le reflet exact des redéploiements capacitaires opérés par les établissements de santé publics et privés et leurs personnels pour tenir compte en temps réel de l'évolution de la situation sanitaire et assurer une reprise de l'activité hospitalière concomitamment à la poursuite de la crise sanitaire.

**Les membres du comité tiennent à souligner l'engagement de l'ensemble des personnels des établissements de santé publics et privés.**

Le comité économique de l'hospitalisation publique et privée est chargé du suivi des dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation et de la situation financière des établissements de santé publics et privés<sup>1</sup>.

Il est prévu notamment que le comité remette au Gouvernement et au Parlement un rapport annuel sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation.

Le présent rapport répond à cette obligation. Il a été élaboré de façon concertée avec les fédérations représentatives des établissements de santé (Fédération hospitalière de France FHF, Fédération de l'hospitalisation privée FHP, Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne FEHAP, Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer FNCLCC, Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile FNEHAD), l'assurance maladie (Caisse nationale de l'assurance maladie CNAM, Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole CCMSA, Sécurité sociale des indépendants SSI, et les services de l'Etat (Inspection générale de affaires sociales IGAS, Direction générale de l'offre de soins DGOS, direction de la sécurité sociale DSS, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DREES, Direction général de la santé DGS). Le secrétariat du comité économique de l'hospitalisation publique et privée est assuré par la DGOS.

L'année 2020 a été marquée par la survenue de la crise sanitaire liée à la pandémie Covid-19 et qui a nécessité la mise en place de mécanismes de sécurisation pour permettre aux établissements de santé de faire face aux conséquences financières de cette situation sans précédent. Le rapport 2021 s'inscrit dans ce contexte et présente l'analyse détaillée de l'activité 2020 telle que transmise par les établissements avec des sous-analyses portant sur les patients identifiés comme atteints de la Covid-19 et hospitalisés pour ce motif. Contrairement aux années précédentes, la valorisation de l'activité transmise ne correspond pas aux recettes perçues par les établissements de santé qui ont pu

---

<sup>1</sup> Article 32 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2020

bénéficiaire de la garantie de financement COVID. Le mécanisme mis en place et les bilans à date sont présentés dans le rapport.

Les conséquences de l'épidémie COVID-19 ont eu des répercussions sur l'ensemble des acteurs de soins. La mobilisation des établissements de santé face à la crise sanitaire, qu'ils soient du secteur public ou du secteur privé, a été entière et ne peut être remise en cause. Aussi, la majorité des analyses présentées dans cette édition du rapport 2021 répondent à une logique d'unicité du système de santé et en conséquence ne sont pas déclinées, comme dans les éditions précédentes, par secteur de financement ou catégorie juridique d'établissement.

## 1. Vue d'ensemble de l'ONDAM établissements de santé (ES) en 2020

---

### ❖ Contexte de l'année 2020

La construction initiale de l'ONDAM établissements de santé (ES) 2020 s'est réalisée ante crise sanitaire d'une part et a été marquée d'autre part par la première année de mise en œuvre du protocole d'accord entre l'Etat et les fédérations d'établissements de santé sur l'évolution des ressources des établissements de santé. Ce protocole a pour objectif de donner de la visibilité aux établissements sur l'évolution de leurs ressources sur la période 2020-2022 d'une part et d'autre part sur les engagements réciproques pris entre l'Etat et les fédérations<sup>2</sup> d'établissements signataires du protocole.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a ouvert la possibilité de conclusion d'un protocole « visant notamment à établir, pour des périodes ne pouvant excéder trois années civiles, les trajectoires relatives au montant des ressources pluriannuelles des établissements de santé publics et privés et les engagements réciproques afférents ». La loi a également modifié les missions de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée institué par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007. Renommé « comité économique de l'hospitalisation publique et privée », cette instance, qui regroupe des représentants de l'Etat, des organisations représentatives des établissements de santé et de l'assurance maladie, est désormais également chargée du suivi et de l'application du présent protocole.

Le protocole d'accord a été signé le 6 février 2020<sup>3</sup>.

Les engagements pris par l'Etat dans le cadre du protocole d'accord sur la pluri-annualité des financements des établissements n'ont pas été remis en cause par la crise sanitaire mais, des mesures exceptionnelles complémentaires ont dues être prises pour soutenir et accompagner les établissements de santé.

Dès le mois de mars 2020, des consignes nationales de déprogrammation ont été adressées à l'ensemble des établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, afin de limiter la saturation des services de réanimation et ainsi libérer des capacités de lits en soins critiques et pouvoir faire face à l'afflux de patients covid-19.

Il a notamment été demandé de « déprogrammer sans délai toutes les interventions chirurgicales non urgentes nécessitant un recours à la réanimation post-opératoire ou à la surveillance continue, en ayant une attention particulière aux patients suivis en cancérologie » (MINSANTE/CORRUSS n° 2020\_27) et plus généralement, « la déprogrammation de toute activité chirurgicale ou médicale non urgente, et sans préjudice de perte de chance pour les patients » (MINSANTE n° 2020\_29).

---

<sup>2</sup> Les engagements pris par les fédérations hospitalières portent sur la :

- 1) Transformation des modes de financement et amélioration des parcours de soins ;
- 2) Pertinence et qualité des soins ;
- 3) Politique de ressources humaines ;

<sup>3</sup> Protocole de pluriannualité : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/protocole\\_pluriannualite.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/protocole_pluriannualite.pdf)

Les établissements de santé ont subi pendant la période de la crise sanitaire une déformation importante de leur structure d'activité. Les processus de valorisation et de facturation de l'activité habituels ont également été très impactés. Aussi, il est apparu nécessaire de mettre en place des modalités de financement exceptionnelles, visant à sécuriser les recettes d'assurance maladie des établissements de santé sur la période.

Le dispositif proposé de garantie de financement COVID a visé à garantir un niveau plancher de recettes, établi à partir des recettes historiques, connu par avance par les établissements, et dans le même temps à prendre en compte de l'activité valorisée lorsqu'elle était supérieure à ce montant plancher.

Les modalités de mise en œuvre ont différé selon le statut de l'établissement :

- Pour les établissements de l'échelle ex-DG (établissements publics ou privés non lucratifs), dont le financement repose sur la valorisation mensuelle, un versement mensuel forfaitaire a été réalisé à partir des recettes de l'année précédente, puis des régularisations ont été effectuées au fil de l'eau afin de verser les compléments éventuels de recettes découlant d'une valorisation d'activité supérieure au niveau plancher,
- Pour les établissements de l'échelle ex-OQN et OQN (privés lucratifs ou non lucratifs), dont le financement repose sur la facturation au fil de l'eau, un système d'avances de trésorerie a été mis en place sur la base des recettes assurance maladie de l'année précédente (hors honoraires des praticiens libéraux) en complément de la continuité des facturations, lesquelles ont été comparées en fin de période garantie au niveau plancher et ont fait le cas échéant l'objet d'une régularisation compensatoire.

#### ❖ Les chiffres clés de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020

La Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) initiale pour 2020 a fixé l'objectif national de dépenses d'assurance maladie à 205,6 Md€, soit un taux de progression de 2,5% par rapport à 2019.

Concernant le sous-objectif relatif aux établissements de santé, la LFSS pour 2020 avait fixé l'objectif initial à 84,4 Md€, soit une progression de 2,4%. Cet objectif intégrait plusieurs mesures de périmètre dont notamment un transfert de l'ONDAM établissements de santé vers le 6<sup>ième</sup> sous-objectif de 23 M€ au titre du financement de l'EHESP et un transfert de 12 M€ au titre du financement du centre national de gestion (CNG).

L'ONDAM établissements de santé 2020 a fait l'objet de deux révisions successives lors de la présentation du projet de loi de financement de la sécurité sociale 2021 pour un total de 5,6 Md€. Ce rehaussement de l'ONDAM a permis la prise en compte de dépenses inhérentes à la crise pour assurer la couverture des surcoûts exceptionnels liés à la crise (achat de matériels et équipements de protection individuelle (EPI), réorganisation des établissements, frais de logistique des personnels, recrutements ponctuels, etc...), le financement des primes COVID, l'indemnisation des heures supplémentaires des personnels hospitaliers et la prise en charge des tests diagnostics dans les établissements de santé.

Ces financements ont également permis la mise en œuvre des mesures de revalorisations salariales du Ségur de la santé.

Au titre de l'ONDAM rectificatif l'ONDAM ES 2020 a été ajusté pour un montant de -0,4M€ pour prendre en compte des évolutions liées à des paramètres de construction.

❖ Les données d'exécution

Sur la base des données d'exécution 2020, le constat comptable fait état d'une sous-exécution de l'ordre de 250M€ par rapport à l'objectif rectifié portée par la liste en sus. Comparé à l'objectif initial, l'ONDAM ES est en sur-exécution de 5,3 Md€.

Par ailleurs, il convient de noter que le constat comptable tient compte du reversement de 250 M€ lié à la sous-exécution anticipée de la part tarifs du secteur ex-DG, ainsi que du reversement en dernière circulaire budgétaire de 144 M€ lié à la sous-exécution observée sur les enveloppes tarifaires (hors liste en sus) fin février 2021. Cette dernière a été mutualisée entre secteurs et champs d'activité afin d'abonder l'enveloppe de dotation pour compensation de la marge brute au titre de la neutralisation budgétaire des impacts de la crise COVID-19.

**Tableau 1 : Objectifs initiaux et exécution détaillée des sous-objectifs en 2020 (enveloppes ouvertes et fermées)**



	Objectifs 2020 initiaux	Objectifs 2020 rectifiés "arrêté tardif"	Constat 2020	Écarts par rapport aux objectifs initiaux	Écarts par rapport aux objectifs rectifiés
<b>ONDAM établissements de santé</b>	<b>84 383</b>	<b>89 978</b>	<b>89 726</b>	<b>5 343</b>	<b>-252</b>
<b>ODMCO EX-DG (public et EBNL) (hors liste en sus)</b>	<b>40 022</b>	<b>39 981</b>	<b>39 994</b>	<b>-28</b>	<b>13</b>
<i>part tarifs</i>	38 668	38 653	38 666	-2	13
<i>forfaits annuels</i>	1 353	1 327	1 328	-26	0
<i>liste en sus</i>				0	0
<b>ODMCO privé (hors liste en sus)</b>	<b>9 608</b>	<b>9 769</b>	<b>9 764</b>	<b>156</b>	<b>-5</b>
<i>part tarifs</i>	9 496	9 664	9 658	162	-6
<i>forfaits annuels</i>	113	106	107	-6	1
<b>Liste en sus</b>	<b>6 093</b>	<b>5 488</b>	<b>5 235</b>	<b>-858</b>	<b>-253</b>
<b>IFAQ MCO</b>	<b>332</b>	<b>332</b>	<b>344</b>	<b>12</b>	<b>12</b>
<b>MIGAC</b>	<b>7 335</b>	<b>12 844</b>	<b>12 826</b>	<b>5491</b>	<b>-18</b>
<b>ODSSR</b>	<b>8 933</b>	<b>9 221</b>	<b>9 196</b>	<b>263</b>	<b>-25</b>
<i>dont DAF SSR</i>	5 612	5 735	5 747	135	12
<i>dont OQN SSR</i>	2 144	2 147	2 152	7	4
<i>dont DMA OQN SSR</i>	262	272	272	10	0
<i>dont DMA DAF SSR</i>	641	615	614	-27	-1
<i>dont ACE SSR</i>	10	10	10	1	1
<i>dont MIGAC SSR</i>	196	373	338	142	-35
<i>dont IFAQ SSR</i>	68	68	62	-6	-6
<b>DAF PSY</b>	<b>9 250</b>	<b>9 444</b>	<b>9 463</b>	<b>214</b>	<b>19</b>
<b>DAF MCO</b>	<b>267</b>	<b>292</b>	<b>292</b>	<b>25</b>	<b>1</b>
<b>USLD</b>	<b>1 029</b>	<b>1 105</b>	<b>1 105</b>	<b>76</b>	<b>0</b>
<b>OQN PSY</b>	<b>818</b>	<b>808</b>	<b>808</b>	<b>-10</b>	<b>0</b>
<b>Dépenses non régulées</b>	<b>247</b>	<b>247</b>	<b>250</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
<b>FMESPP</b>	<b>449</b>	<b>449</b>	<b>449</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

*N.B. : les objectifs rectifiés correspondent aux prévisions d'exécution arrêtées dans le cadre du PLFSS 2021 dans sa partie rectificative. Cette estimation est confrontée au résultat comptable constaté au moment de la clôture des comptes de l'assurance maladie intervenant en mars de l'année N+1*

*ODMCO : Objectif de dépenses en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO)*

*MIGAC : dotation pour les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation*

*ODSSR : Objectif de dépenses en soins de suite et de réadaptation (SSR)*

*OQN : objectif quantifié national pour le SSR et la psychiatrie*

*DAF : dotation annuelle de financement pour le MCO, le SSR et la psychiatrie*

*USLD : objectif lié au financement des unités de soins longue durée*

*FMESPP : fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés*

*Source : DGOS et DSS*

## 2. Sécurisation des financements assurance maladie face à la crise sanitaire

### ❖ La mise en place de la garantie de financement pendant la crise du Covid-19

Dans le contexte de la crise sanitaire liée au Covid-19, le Gouvernement a pris des dispositions rapides pour soutenir les acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social au moyen de l'ordonnance n° 2020-309 du 25 mars 2020 relative à la garantie de financement des établissements de santé et aux régimes complémentaires obligatoires de sécurité sociale. Cette garantie de financement, reconduite jusqu'au 31 décembre 2021 par l'arrêté du 17 août 2021, visait deux objectifs majeurs en soutien des établissements de santé :

- A très court terme, éviter toute rupture de trésorerie,
- Sécuriser leurs financements assurance maladie issus de l'activité afin de leur donner de la visibilité budgétaire et de permettre ainsi leur engagement total dans la réponse à la crise.

La mise en place d'une garantie de financement pour sécuriser les recettes assurance maladie des établissements de santé pendant la période de la crise a constitué un levier essentiel du dispositif global de soutien aux acteurs sanitaires.

### ❖ Présentation et bilan du dispositif en 2020 :

La période du 1er mars au 31 décembre 2020 a été couverte par l'arrêté du 6 mai 2020 relatif à la garantie de financement des établissements de santé pour faire face à l'épidémie de Covid-19, lequel en fixait les modalités d'application. Il précisait notamment :

- Le périmètre d'application de la garantie ;
- Les modalités de calcul du niveau de la garantie ;
- Les modalités de fixation et de versement de la garantie et du complément de recettes liées à l'activité le cas échéant, selon les secteurs.

L'essentiel des établissements de santé ont eu recours au versement de la garantie de financement en complément de la valorisation de leur activité, à l'exception notable du champ de l'hospitalisation à domicile (HAD). Cette activité a connu une forte croissance pendant la crise du Covid-19 en raison de la forte mobilisation des établissements HAD en appui des structures d'hospitalisation complète. Au total, 81% des établissements du secteur ex-DG ont bénéficié de la garantie de financement (20% des établissements du champ HAD) et 68% des établissements du secteur OQN/ex-OQN en ont bénéficié (14% des établissements du champ HAD).

**Tableau 2 : Proportion d'établissements du secteur ex-DG ayant bénéficié de la garantie de financement**

	Nombre d'établissements à la valorisation d'activité	Nombre d'établissements à la garantie de financement	% d'établissements à la garantie de financement
SSR (DMA)	191	887	82%
HAD	111	28	20%
MCO	42	519	93%
<b>Total</b>	<b>344</b>	<b>1434</b>	<b>81%</b>

Source : ATIH/DGOS (données provisoires)

**Tableau 3 : Proportion d'établissements du secteur OQN et ex-OQN ayant bénéficié de la garantie de financement**

	Nombre d'établissements à la valorisation d'activité	Nombre d'établissements à la garantie de financement	% d'établissements à la garantie de financement
SSR	75	430	85%
PSY	54	148	73%
HAD	120	20	14%
MCO	409	647	61%
<b>ACE</b>	<b>125</b>	<b>418</b>	<b>77%</b>
<b>Total</b>	<b>557</b>	<b>1205</b>	<b>68%</b>

Source : CNAM/DGOS (données provisoires)

❖ Les délégations exceptionnelles liées à la crise sanitaire

La réponse du système hospitalier à la crise sanitaire engendrée par l'épidémie de Covid-19 a également nécessité une réorganisation profonde des établissements de santé, générant des surcoûts et une réduction de l'activité programmée, ainsi que des pertes de recettes annexes significatives pour les budgets des établissements de santé. Des délégations budgétaires exceptionnelles ont dès lors eu vocation à compenser les conséquences de la crise sanitaire ainsi qu'à reconnaître la mobilisation de l'ensemble des personnels des établissements de santé en complément du dispositif de garantie de financement.

Les établissements de santé sont intervenus dans le cadre de la stratégie de dépistage déployée nationalement. En compensation des dépenses engagées, 559 M€ ont été délégués en 2020 et le soutien budgétaire se poursuit à ce titre en 2021.

Il est à noter que pour 2021, les établissements sont également intervenus dans la montée en charge de la stratégie de vaccination. Les compensations associées sont en cours de délégation.

a) La prise en charge des surcoûts :

L'évolution hétérogène de la crise dans les régions et les différents rebonds ont nécessité le développement de dispositifs financiers adaptés au profil épidémique des vagues successives et aux besoins croissants des établissements depuis mars 2020.

Dès le printemps 2020, une « dotation forfaitaire de 1ère urgence » de 475 M€ ayant vocation à apporter rapidement des fonds aux établissements a été déléguée afin d'alléger les tensions que ces dépenses exceptionnelles accumulées pendant plusieurs mois avaient pu induire sur la trésorerie des hôpitaux les plus exposés à la crise.

Sur la base d'une enquête d'objectivation des impacts budgétaires de la crise sanitaire sur les établissements de santé, une enveloppe d'1,5 Md€ a été ajoutée dans l'ONDAM rectifié dans le texte initial du PLFSS pour 2021 destinée à couvrir la période du premier semestre.

Les surcoûts pris en compte dans le cadre de l'enquête recouvrent notamment, sur une période définie :

- Les frais d'investissement ciblés en lien avec la crise : aménagement des locaux, mise à niveau des systèmes d'information ou téléphonie, équipements biomédicaux dédiés....
- L'ensemble des postes de charges de personnel, à caractère médical, à caractère hôtelier et général ainsi que certaines charges financières impactées directement par la crise ;
- Les pertes de recettes éventuelles du fait de la crise, non couvertes par d'autres dispositifs.

En complément de la compensation du premier semestre, une seconde dotation forfaitaire de 500M€ a été versée en avance de phase au titre de la poursuite de l'épidémie sur le second semestre, de même qu'une enveloppe de 476M€ visant à compenser les pertes de recettes des autres produits de l'activité hospitalière sur la base de remontées d'activité.

Enfin, en fin d'exercice 2020, l'analyse en année pleine des impacts de la crise sanitaire sur les équilibres budgétaires des établissements de santé a fait l'objet d'une mission conjointe de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'Inspection générale des finances (IGAS et IGF) à la demande des ministres de la Santé et des comptes publics. Le dispositif final a conduit à déléguer plus de 1,2Md€ via le dernier arrêté national de délégation budgétaire de l'année (mars 2021) permettant la couverture l'ensemble des impacts en exploitation liés à la crise une fois les précédentes délégations prises en compte, sur la base d'une enquête déclarative ad hoc portant sur l'exécution budgétaire 2020 pour les établissements publics et privés.

Au total, ce sont près de 3,4 Md€ qui ont été mobilisés via ces dispositifs de crédits de dotations exceptionnelles liés à la crise au bénéfice des établissements de santé (cf. synthèse ci-après).

Des dispositifs d'accompagnement des établissements de santé sont poursuivis en 2021, compte tenu de la poursuite de la crise sanitaire. Ainsi, une enveloppe totale de 960M€ a été allouée sur cette base dès le mois de juillet visant à accompagner les impacts en surcoûts des 4 premiers mois 2021, et a été estimée à partir des montants observés sur 2020 de charges exceptionnelles liées à la COVID les plus récurrentes comme les surcoûts liés aux ressources humaines (RH) et surcoûts spécifiques (en particulier équipements de protection).

#### b) L'allocation d'une prime exceptionnelle aux professionnels des établissements de santé :

Afin de reconnaître l'engagement et la mobilisation des agents du système de santé pour faire face à l'épidémie de Covid-19, une prime exceptionnelle a été allouée en 2020 à l'ensemble des professionnels des établissements de santé, quelle que soit leur filière professionnelle et quel que soit leur statut.

Le montant de cette prime, désocialisée et défiscalisée, s'est élevé à 1500 euros pour les professionnels des établissements situés dans les 40 départements les plus touchés par la première vague de l'épidémie ou à 500 euros pour ceux des établissements des autres départements, avec la possibilité pour le responsable d'établissement de porter le montant de la prime à 1500 euros pour les services ou les professionnels impliqués dans la prise en charge de patients Covid-19 ou mobilisés par les circonstances exceptionnelles d'exercice induites par la gestion sanitaire de la pandémie dans les établissements n'étant pas situés dans les départements les plus impactés.

Cette mesure annoncée dès mars 2020 pour les établissements du secteur public a été élargie aux établissements des secteurs privé et privé à but non lucratif. Les critères ayant présidé à la répartition de la prime ont été les mêmes dans le secteur hospitalier public et privé.

Ainsi près de 1,2 millions de personnes travaillant dans les hôpitaux ont pu bénéficier de la prime Covid-19 (889 214 agents de la fonction publique hospitalière / 299 397 salariés des établissements privés à but lucratif et non lucratif) pour un montant d'1,25 Md€, dont 990 M€ versés aux établissements de santé publics et 260 M€ versés aux établissements de santé privés (EBL et EBNL) au titre de la prime Covid-19. Parmi les agents bénéficiaires de la prime, 65% ont perçu le montant maximum de 1500 euros et 35% ont perçu 500 euros.

**Tableau 4 : Synthèse des compensations déléguées en 2020**

Type de mesure	Items	Calendrier de délégation (circulaires budgétaires)	Montant	
MESURES 2020	Couverture des impacts budgétaires induits par la crise sanitaire (hors dispositif de la Garantie de Financement) (investissements, achat de matériel, recrutements, réorganisation des établissements, frais de logistique des personnels, pertes de recettes, etc...)		3 390	
		Dotation forfaitaire urgence	C1 (avril - mai)	475
		Compensation surcoûts 1er semestre 2020 (mars à juin)	C2 (oct)	722
		Dotation forfaitaire au titre de la poursuite de l'épidémie	C2 (oct)	500
		Compensation des pertes de recettes de T2 (MCO - PSY et SSR)	C2 et C3 (oct - déc)	476
		Compensation basée sur la neutralité budgétaire 2020	C4 (mars 2021)	1 217
	Stratégie de dépistage			559
		Prise en charge de tests diagnostiques RT-PCR	C2 (oct)	108
		Prise en charge de tests diagnostiques RT-PCR et tests antigéniques	C3 (déc)	164
		Prise en charge de tests diagnostiques RT-PCR	C4 (mars 2021)	287
	Primes exceptionnelles COVID			1 250
	<b>Total</b>			<b>5 199</b>

Source : DGOS

### 3. Analyse de l'activité MCO en 2020

---

#### 3.1. Principes méthodologiques

---

❖ Définition des patients Covid-19

Afin d'approcher l'impact de l'épidémie sur l'activité des établissements de santé, ont été considérés comme séjours de patients diagnostiqués COVID-19, l'ensemble des séjours avec un code CIM-10 relatif à la COVID-19 (U07.1, U07.10, U07.11, U07.14 ou U07.15) en position de diagnostic principal, ou relié.

❖ Périodes retenues pour les analyses

Trois périodes en lien avec la circulation de la COVID-19 sur le territoire et avec les mesures appliquées pour lutter contre sa propagation ont été définies :

- De mars à mai 2020 correspondant à la survenue de la première vague épidémique de la pandémie COVID-19 en France. Cette période couvre le premier confinement national (17 mars – 10 mai) et se caractérise par des déprogrammations massives de soins non-urgents suite aux consignes nationales passées.
- De juin à septembre 2020 correspondant à la période entre les deux vagues épidémiques où les français peuvent peu à peu ressortir de chez eux et reprendre des activités.
- D'octobre à décembre 2020 correspondant à la seconde vague épidémique et aux nouvelles mesures visant à réduire la reprise épidémique (couvre-feu, second confinement...).

#### 3.2. Vue d'ensemble de l'activité MCO

---

En 2020, 16,5 millions de séjours en MCO ont été pris en charge par des établissements de santé. Ils ont concerné 11 millions de patients dont 1,7% classés patients COVID-19 selon la définition supra, soit environ 186 000 patients. Cela correspond à 2,5 millions de journées d'hospitalisation pour des patients classés COVID19 (3,6% du nombre de journées) avec un impact très marqué sur les services de réanimation (18,5% des journées) et de soins critiques (8,0% des journées). En retenant une définition plus large des patients pris en charge au titre de la COVID19 (incluant les hospitalisations de patients diagnostiqués positifs mais dont le motif de recours n'était pas la COVID-19), les séjours COVID19 sur le champ MCO ont concerné 2.2% des patients accueillis soit environ 244 000 patients.

Ce chiffre doit être apprécié au regard des variations très fortes selon la période de l'année et selon la zone géographique considérée. Il ne reflète pas non plus la lourdeur des prises en charge, du point de vue du nombre de journée d'hospitalisation, des personnels mobilisés dans ce cadre compte tenu de l'intensité des prises en charge ou encore des admissions d'une partie de ces patients en services de soins critiques ou de réanimation avec des durées de prise en charge dans ces services particulièrement élevées. Ces différents points sont détaillés dans le présent rapport.

L'année 2020 est marquée des diminutions du nombre de patients (-1,3 million), du nombre de séjours (-2,2 millions) et du nombre de journées (-7,7 millions). Ces diminutions sont proches de 13% lorsqu'il s'agit de séjours et patients non-COVID.

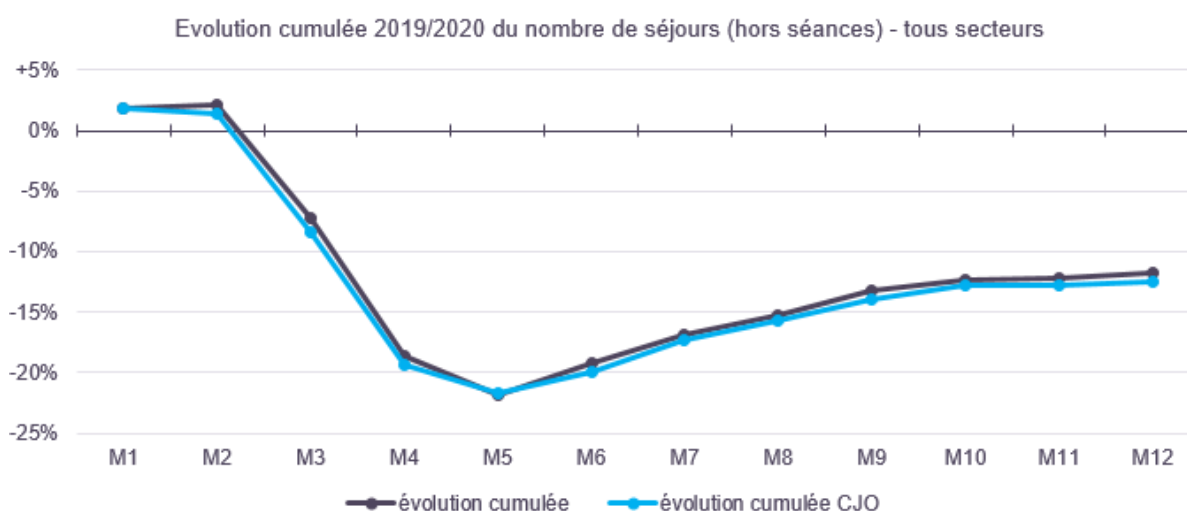
**Tableau 5 : Evolutions en MCO 2019/2020**

Unité	Évolution 2019/2020	Evolution 2019/2020 hors COVID
Patients	-10,6% (-1,3 million de patients)	-12,2% (-1,5 million de patients)
Séjours	-11,7% (-2,2 millions de séjours)	-12,9% (-2,4 millions de séjours)
Journées d'hospitalisation	-10,0% (-7,7 millions de journées)	-13,3% (-10,2 millions de journées)

Source : ATIH

Ces baisses ne sont pas uniformes sur l'année mais suivent des dynamiques différentes selon les périodes liées à l'épidémie Covid-19 et selon les régions.

**Figure 1 : Evolution cumulée 2019/2020 du nombre de séjours (hors séances) – tous secteurs**



Source : ATIH

En effet, lors de la première vague épidémique, l'activité MCO a chuté très fortement jusqu'à atteindre -22% d'évolution cumulée en nombre de séjours en mai et -1,8 millions de séjours pour la première période définie en partie 3.1.

Sur la deuxième période, la reprise d'activité s'engage mais est fortement ralentie avec la survenue de la troisième période correspondant à la deuxième vague épidémique.

## Figure 2 : Evolution 2020-2019 du nombre de séjours (hors séances) – tous secteurs

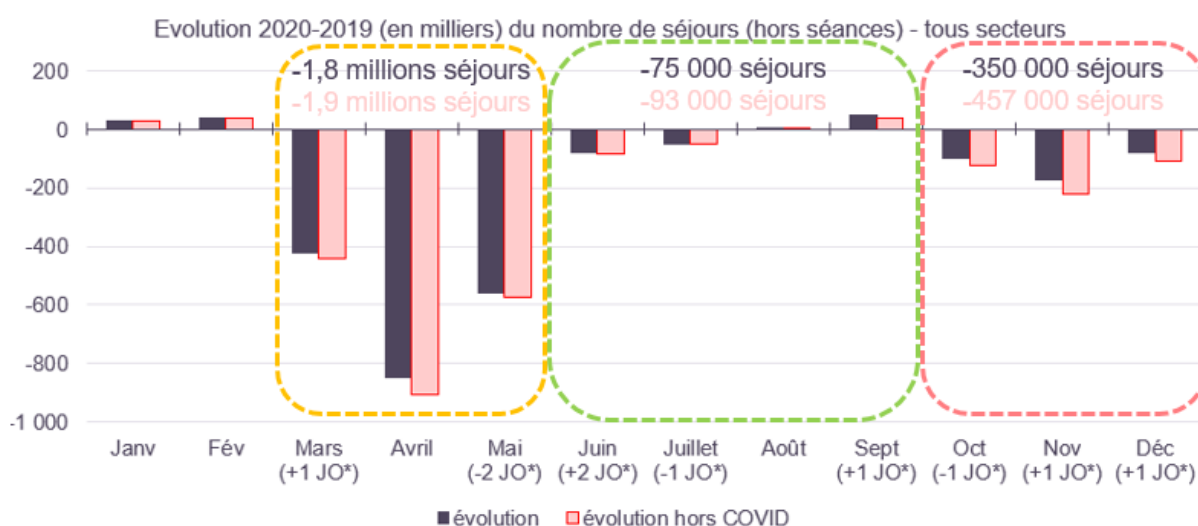
Source : ATIH

En 2020, environ 219 000 séjours sur les 16,5 millions de séjours ont concerné la prise en charge de patients COVID-19.

99% des séjours COVID-19 étaient des séjours de médecine et 89% ont été groupés en affections de l'appareil respiratoire. Entre 2019 et 2020, cette catégorie de séjours a augmenté de 7%. En retirant les séjours COVID-19, l'évolution de cette catégorie de séjours serait en baisse de 13,1%.

Les catégories d'activité de soins de médecine et chirurgie sont marquées par des diminutions importantes. Les séjours de chirurgie ont diminué de 15,7% par rapport à 2019 et ont contribué à 42% à la décroissance globale. Pour la médecine, la baisse est de l'ordre de 10% avec une contribution à la décroissance évaluée à 34%. A contrario, la baisse des séjours en obstétrique (-2,8%) reste dans la tendance des années antérieures.

Tableau 6 : Evolutions en MCO par catégories d'activité de soins 2019/2020



	Nombre de séjours 2020 (en milliers)	Evolution 2019/2020 du nombre de séjours	Evolution 2019/2020 du nombre de séjours HORS COVID	Contribution à la décroissance 2019/2020
Chirurgie en hospit complète	2 194	-16,0%	-16,1%	19%
Chirurgie ambulatoire	2 724	-15,4%	-15,4%	23%
<b>Chirurgie</b>	<b>4 918</b>	<b>-15,7%</b>	<b>-15,7%</b>	<b>42%</b>
Obstétrique mère*	988	-3,0%	-3,0%	1%
Obstétrique enfant**	758	-2,5%	-2,5%	1%



<b>Obstétrique</b>	<b>1 746</b>	<b>-2,8%</b>	<b>-2,8%</b>	<b>2%</b>
Médecine en ambulatoire	2 046	-5,4%	-5,7%	5%
Médecine en hospit. Complète	4 858	-11,3%	-15,1%	28%
<b>Médecine</b>	<b>6 904</b>	<b>-9,7%</b>	<b>-12,5%</b>	<b>34%</b>
Technique interventionnelle	2 931	-14,2%	-14,2%	22%
<b>TOTAL</b>	<b>16 500</b>	<b>-11,7%</b>	<b>-12,9%</b>	<b>100%</b>

Source : ATIH

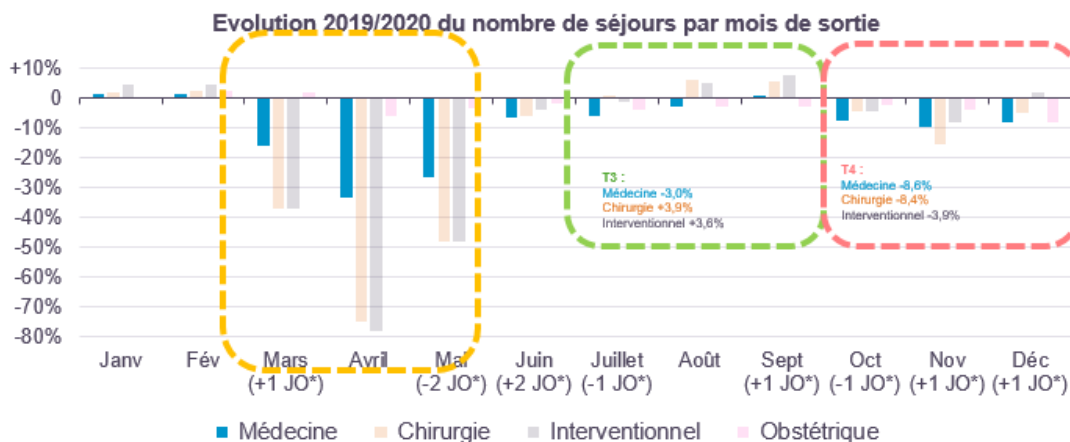
### 3.3. Les séjours de médecine des établissements de santé du champ MCO

Au sein de l'activité MCO, environ 6,9 millions de séjours ont été réalisés en médecine, ce qui représente une évolution de -9,7% par rapport à 2019. Sans les séjours COVID-19, la diminution aurait été plus importante et aurait atteint 12,5%. Concernant la médecine, la baisse d'activité a majoritairement concerné l'hospitalisation complète : -1,3% pour les séjours d'hospitalisation complète versus -5,4% pour les séjours en ambulatoire.

Il est à noter qu'entre les deux vagues, l'activité de médecine n'a pas repris à son niveau d'avant crise. En effet, durant cette période, le nombre de séjours de médecine est resté inférieur à celui observé durant cette même période en 2019, seul le mois de septembre affiche une faible évolution positive.

**Figure 3 : Evolution 2020-2019 du nombre de séjours par mois de sortie**

Source : ATIH

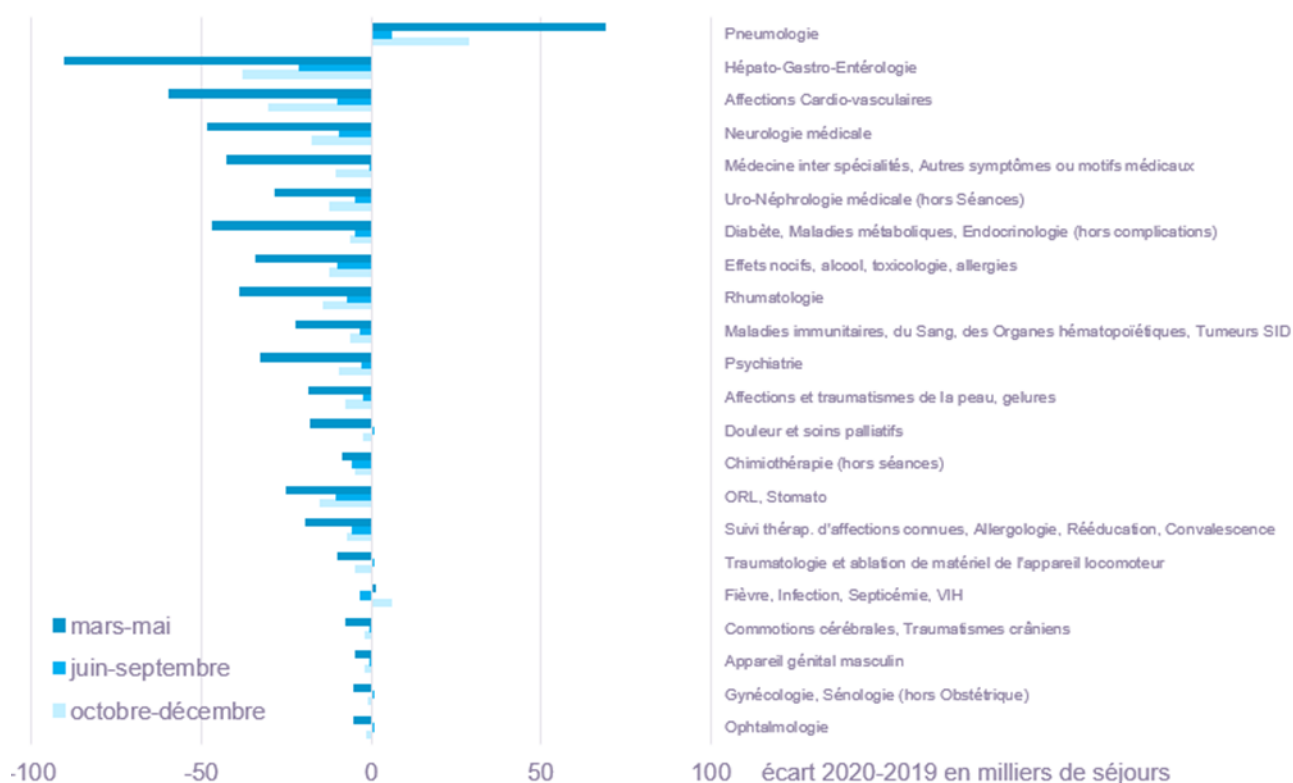


En regardant plus finement la répartition des séjours, on constate que le groupe de planification évoluant le plus fortement est le groupe « Pneumologie » qui regroupe la majorité des séjours liés à la COVID-19.

Les autres groupes de planification affichent des évolutions négatives, à quelques exceptions près comme par exemple le groupe de planification des prises en charge relatives aux fièvres, infections pour la période octobre-décembre.

Parmi les groupes de planification affichant les évolutions les plus négatives, sont présents les groupes « Affections gastro-entérologie » et « Affections cardio-vasculaires ».

**Figure 4 : Evolution 2020-2019 du nombre de séjours par groupe de planification**



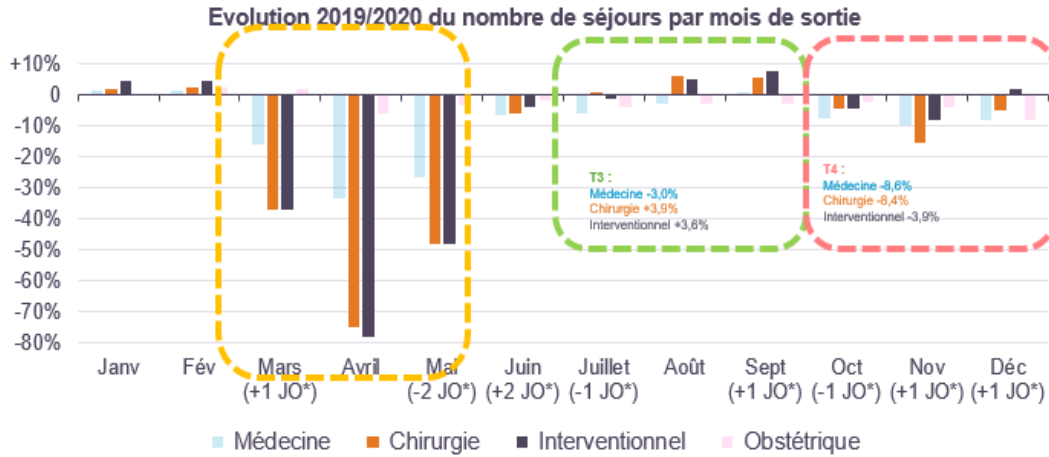
*Précision méthodologique : seuls les groupes de planification de plus de 50 000 séjours annuels sont représentés. Ils sont triés par nombre décroissant de séjours 2020 (source : ATIH)*

### 3.4. Les séjours de chirurgie des établissements de santé du champ MCO

En 2020, environ 4,9 millions de séjours ont été réalisés en chirurgie, ce qui représente une évolution de -15,7% par rapport à 2019. Les séjours COVID-19 étant pour 99% des séjours de médecine, les évolutions de séjours de chirurgie hors séjours COVID-19 ne sont pas que faiblement modifiées.

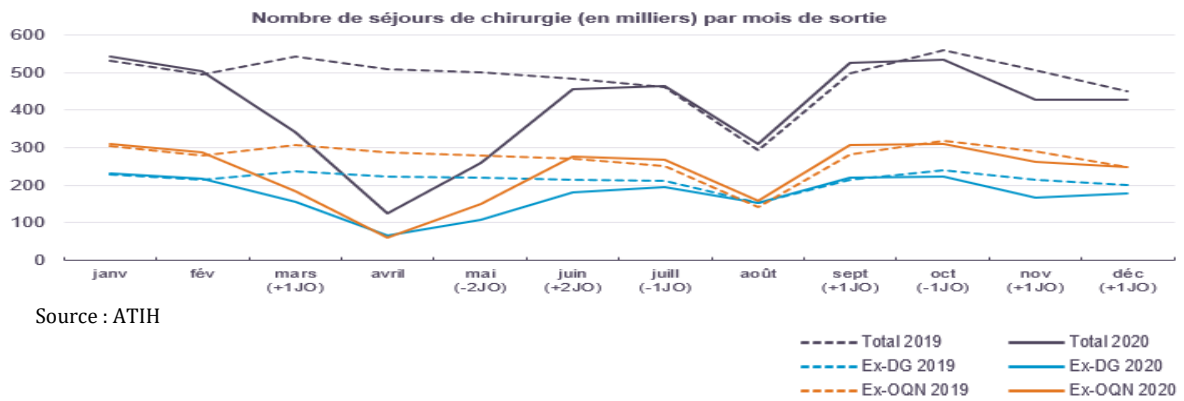
Les déprogrammations massives des soins hospitaliers non urgents ont davantage concerné l'activité chirurgicale et interventionnelle. La baisse de ces prises en charge explique les deux tiers de la décroissance de l'activité MCO.

**Figure 5 : Evolution 2020-2019 du nombre de séjours par mois de sortie**



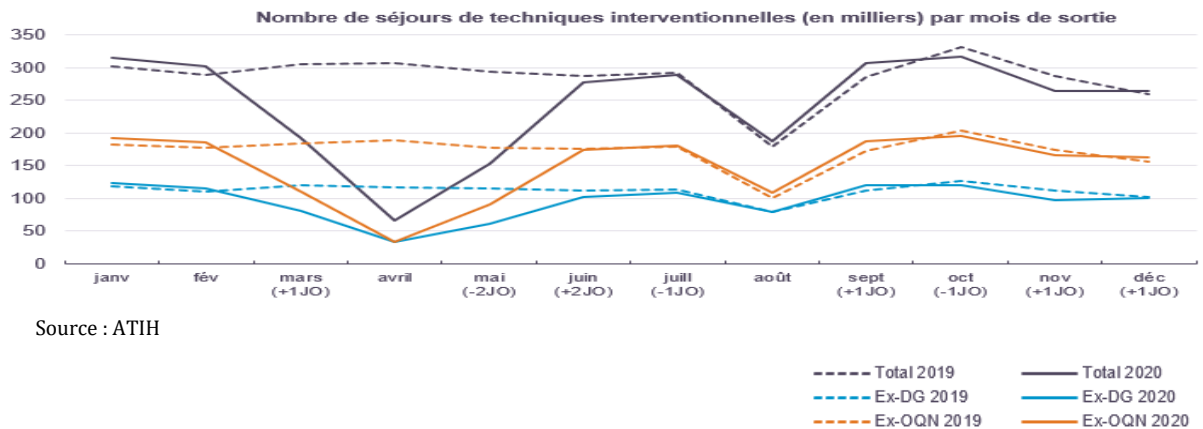
Source : ATIH

**Figure 6 : Nombre de séjours de chirurgie par mois de sortie**



Source : ATIH

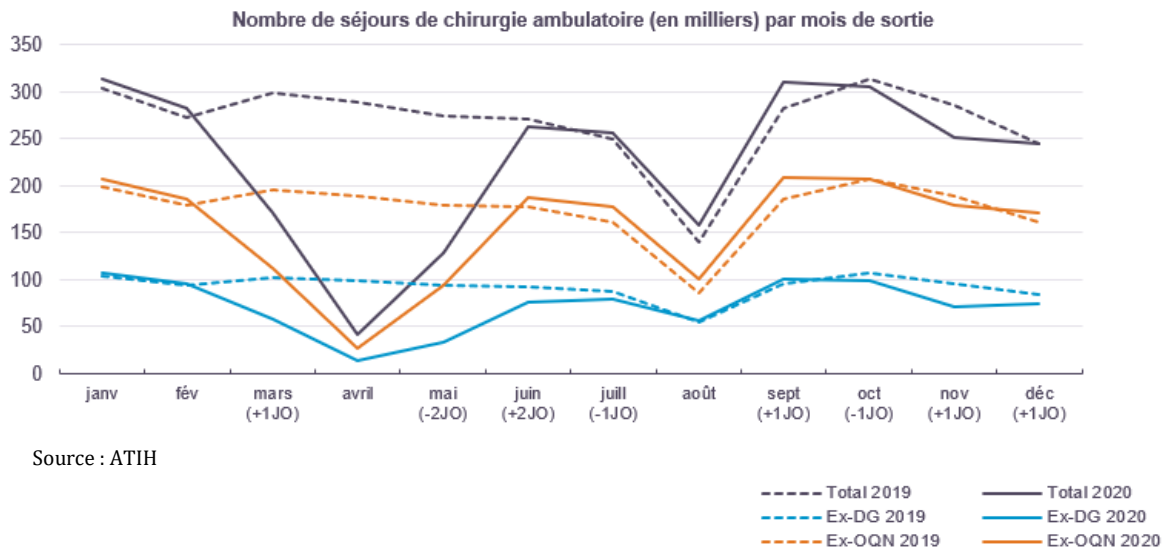
**Figure 7 : Nombre de séjours de techniques interventionnelles par mois de sortie**



Source : ATIH

Les données par mois de sorties montrent que la chute de l'activité de chirurgie ambulatoire a été particulièrement marquée et massive en avril 2020 puis qu'il y a eu reprise d'activité pendant la période estivale où l'activité 2020 a été très proche de celle de 2019.

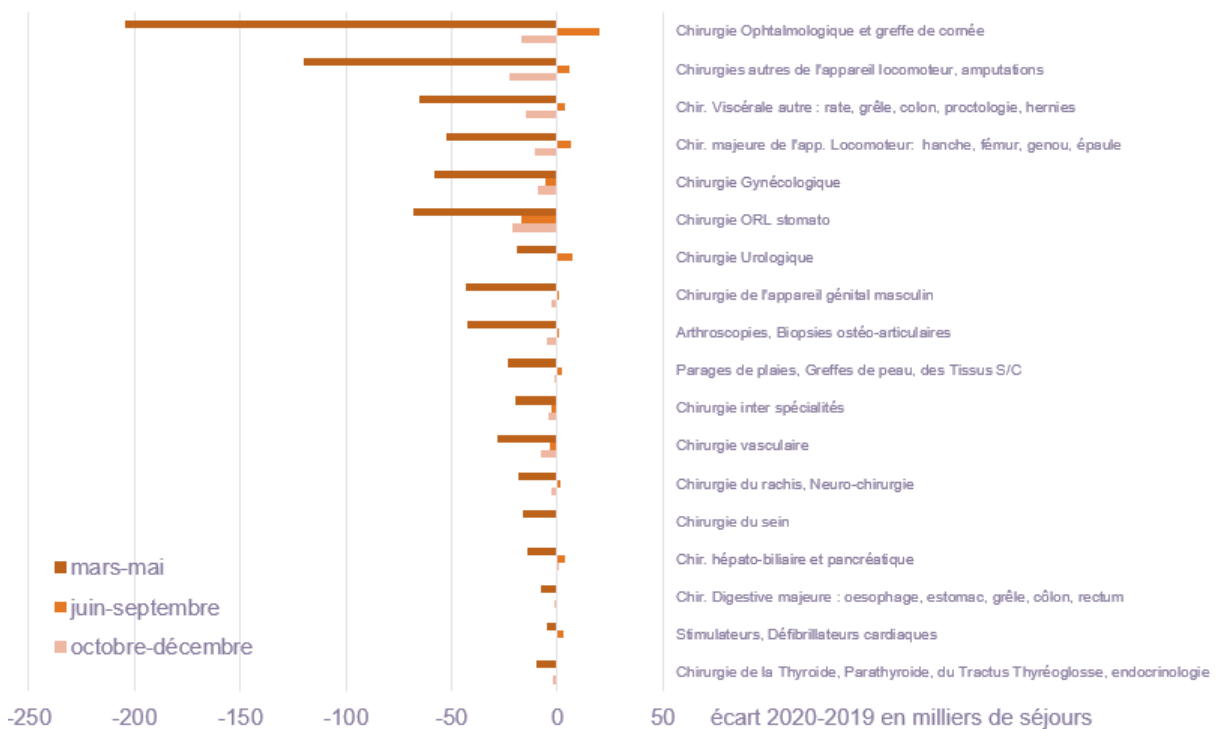
**Figure 8 : Nombre de séjours de chirurgie ambulatoire par mois de sortie**



Source : ATIH

De même que pour l'activité de médecine, l'évolution des séjours de chirurgie a été étudiée par groupes de planification. Comme le montre le graphique ci-dessous, l'activité chirurgicale au sein des groupes de planification a évolué différemment selon les périodes liées à l'épidémie. Si les évolutions sont fortement négatives lors de la première période, la situation entre les deux vagues ou pendant la troisième période est plus contrastée. Certains groupes restent en deçà de leur niveau 2019 quelle que soit la période, comme les chirurgies vasculaires. Pour d'autres groupes, l'activité a été dynamisée notamment en période 2 comme c'est le cas pour la chirurgie ophtalmique et les greffes de cornées.

**Figure 9 : Nombre de séjours de chirurgie par groupe de planification**



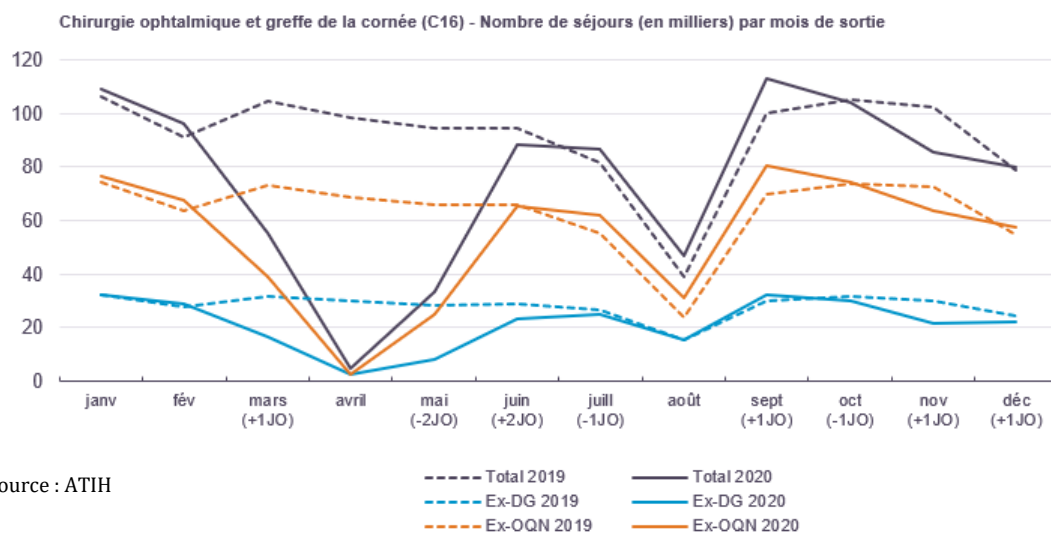
Source : ATIH

*Précision méthodologique : seul les groupes de planification de plus de 10 000 séjours annuels sont représentés. Ils sont triés par nombre décroissant de séjours 2020*

### Illustrations sur le groupe planification des séjours de chirurgie ophtalmologique

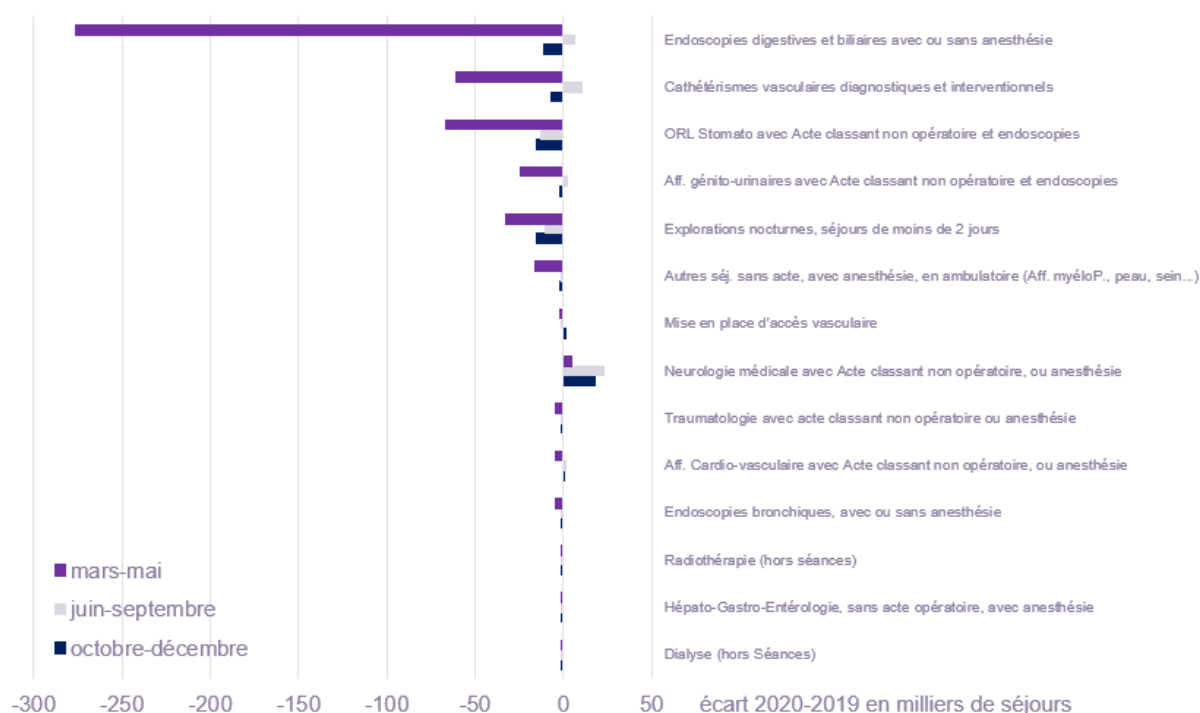
A noter que l'activité de ce groupe de planification était constituée pour plus de 80% de l'activité correspondant à la racine de GHM « 02C05 Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie » en 2019. L'analyse par mois de sortie de ce groupe de planification permet de visualiser les dynamiques différentes selon les périodes liées à l'épidémie. En effet, lors de la première période, l'activité de ce groupe diminue très fortement jusqu'à atteindre un nombre de séjour proche de zéro en avril puis l'activité reprend dans la deuxième période, entre les deux vagues épidémiques, dépassant l'activité de 2019 en août (+21% par rapport à août 2019) et septembre (+12,8% par rapport à septembre 2019). L'activité se retrouve de nouveau en diminution lors de la troisième période, même si celle-ci est moins marquée que la première.

**Figure 10 : chirurgie ophtalmique et greffe de la cornée - nombre de séjours par mois de sortie**



Comme pour la chirurgie, les dynamiques par groupe de planification sont contrastées selon les périodes pour les techniques interventionnelles.

**Figure 11 : Techniques interventionnelles par groupe de planification**



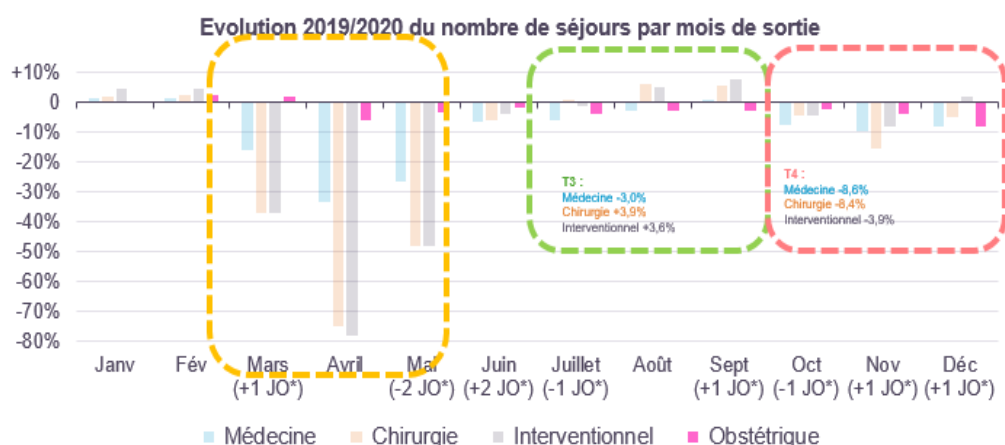
Source : ATIH

*Précision méthodologique : seul les groupes de planification de plus de 10 000 séjours annuels sont représentés. Ils sont triés par nombre décroissant de séjours 2020*

### 3.5. Les séjours d'obstétrique des établissements de santé du champ MCO

En 2020, environ 1,7 millions de séjours ont été réalisés en chirurgie, ce qui représente une évolution de -2,8% par rapport à 2019.

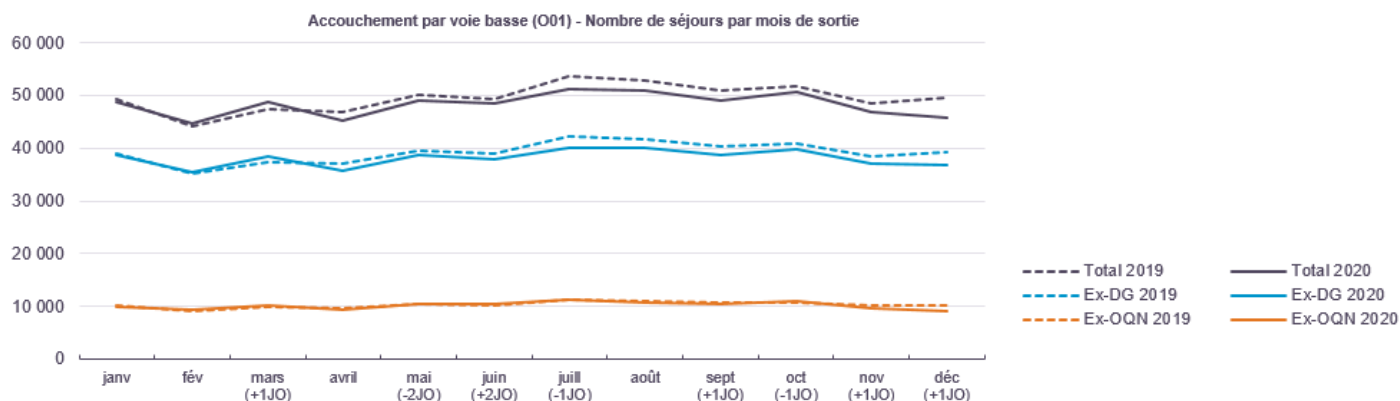
**Figure 12 : Evolution 2019/2020 du nombre de séjours par mois de sortie**



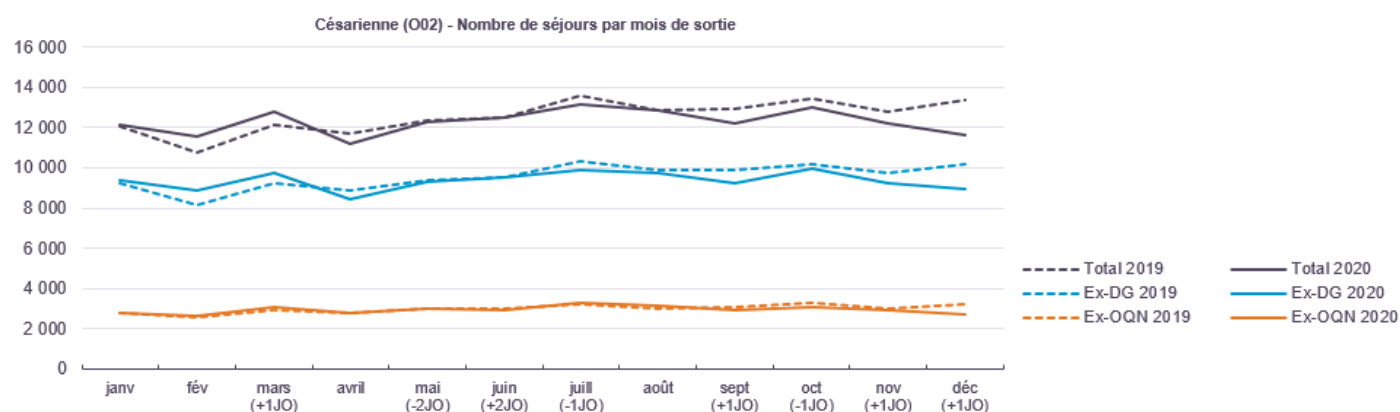
Source : ATIH

L'impact de la crise sanitaire sur l'activité obstétrique est peu marqué en 2020. La diminution annuelle observée entre 2019 et 2020 reste dans la baisse tendancielle de la natalité ces dernières années.

**Figure 13 : Accouchement par voie basse - Nombre de séjours par mois de sortie**



**Figure 14 : Césarienne - Nombre de séjours par mois de sortie**



Source : ATIH

### 3.6. L'activité d'hospitalisation à domicile

Dans le cadre de la crise sanitaire, les établissements d'HAD ont été mobilisés en amont, comme alternative à l'hospitalisation complète en MCO ou SSR mais aussi en aval, afin de raccourcir les durées de séjour en hospitalisation conventionnelle pour des patients atteints de la Covid-19 et pour tout autre patient présentant une pathologie éligible à l'HAD (prises en charge de soins complexes coordonnées par une équipe pluridisciplinaire).

En 2020, 254 100 séjours ont été réalisés dans le cadre de l'hospitalisation à domicile. Ils ont concerné 151,4 milliers de patients dont 9,6% classés patients COVID-19. Les évolutions très marquées en HAD sont expliquées en partie par la prise en charge de patients COVID-19 : en effet les établissements d'hospitalisation à domicile ont suivi les patients atteints du Covid-19 ne requérant

pas de soins en réanimation ou en surveillance continue 24H/24 mais présentant l'une des caractéristiques suivantes (note du 14 mai 2020<sup>4</sup>) :

- Manifestations respiratoires nécessitant une surveillance rapprochée ;
- Existence de comorbidités nécessitant une surveillance renforcée ;
- Situation de complexité psychosociale (patients isolés, vulnérables, précaires, etc.).

Dans ce cadre, l'HAD a pu notamment assurer la surveillance des patients, la mise en place d'une oxygénothérapie, l'administration des médicaments de la réserve hospitalière, la réalisation de soins palliatifs, la surveillance médicale incluant une assistance respiratoire ou une réadaptation pluridisciplinaire.

**Tableau 7 : Evolutions en HAD 2019/2020**

Périmètre	Nombre 2020 (en milliers)	Evolution 2020/2019	Evolution 2020/2019 Hors prise en charge COVID
Séjours	254,1	+16,0% (+35 100 séjours)	+9,4% (+20 700 séjours)
Patients	151,4	+20,0% (+25 300 patients)	+9,6% (+12 100 patients)
Journées	6 535,5	+10,9% (+641 000 journées)	+7,3% (+432 000 journées)

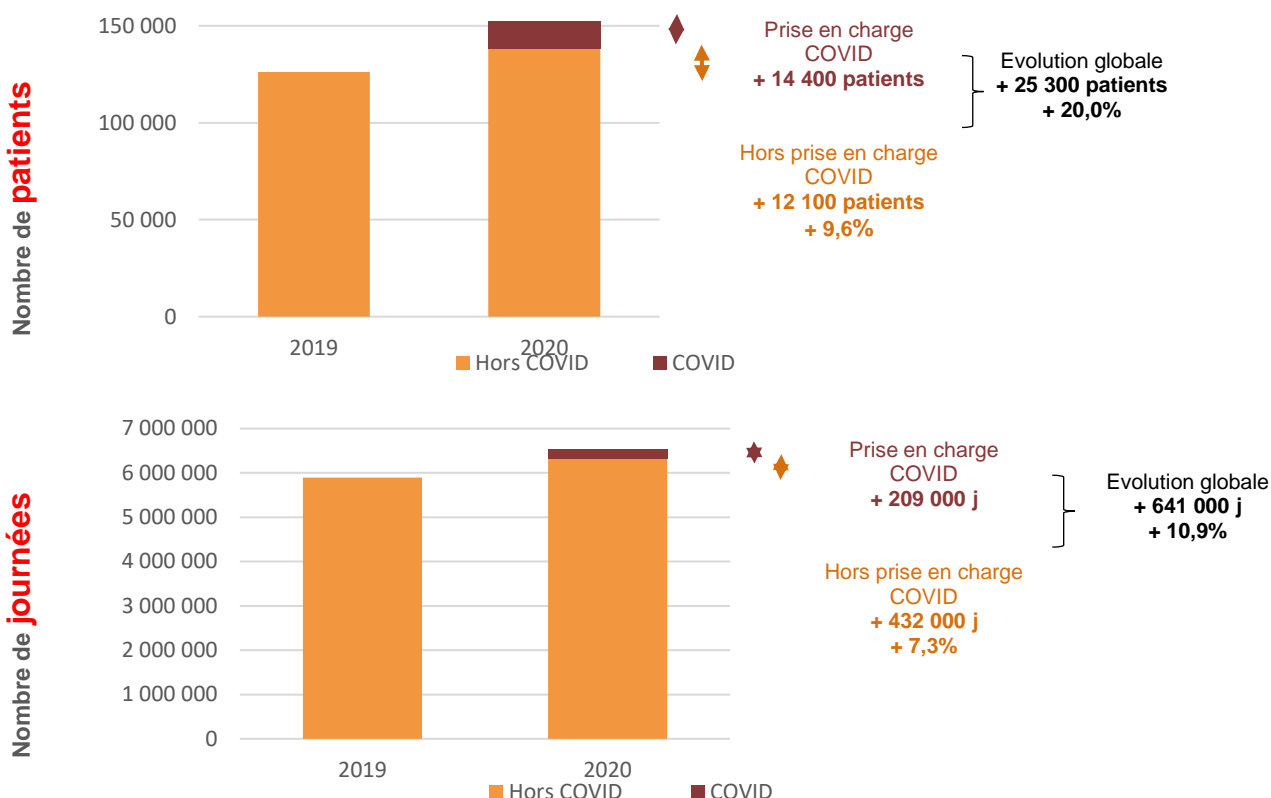
Source : ATIH

641 000 journées d'hospitalisation à domicile ont eu lieu en 2020 en plus par rapport à 2019 dont 209 000 liées aux prises en charge des patients COVID-19. En 2020, pour le secteur HAD, l'impact des patients COVID-19 est un peu moins marqué en nombre de journées qu'en nombre de patients.

<sup>4</sup> <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/prise-en-charge-had-covid-19.pdf>



**Figure 15 : nombre de patients et journées en HAD en 2019 et 2020**

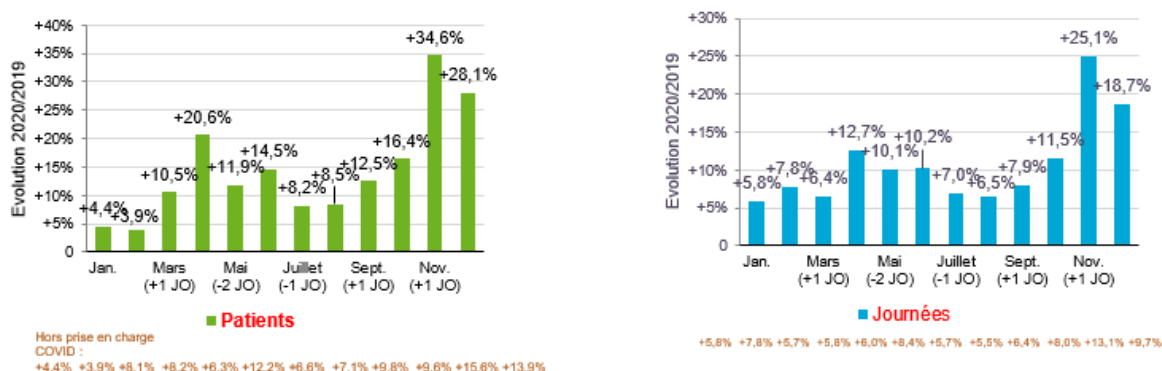


Source : ATIH

En 2020 l'hospitalisation à domicile affiche une dynamique importante quels que soient la période ou le mois de soins. A noter que les évolutions par mois sont impactées par la variation calendaire entre les deux exercices (un jour ouvré n'étant pas équivalent à un jour non ouvré en terme d'activité).

Les taux de progression sont particulièrement importants lors des vagues épidémiques notamment la seconde (presque 30% de patients en plus en novembre et décembre 2020 par rapport à 2019). Il est à noter que même sans prendre en compte les patients COVID-19, les évolutions restent élevées pour le champ de l'hospitalisation à domicile.

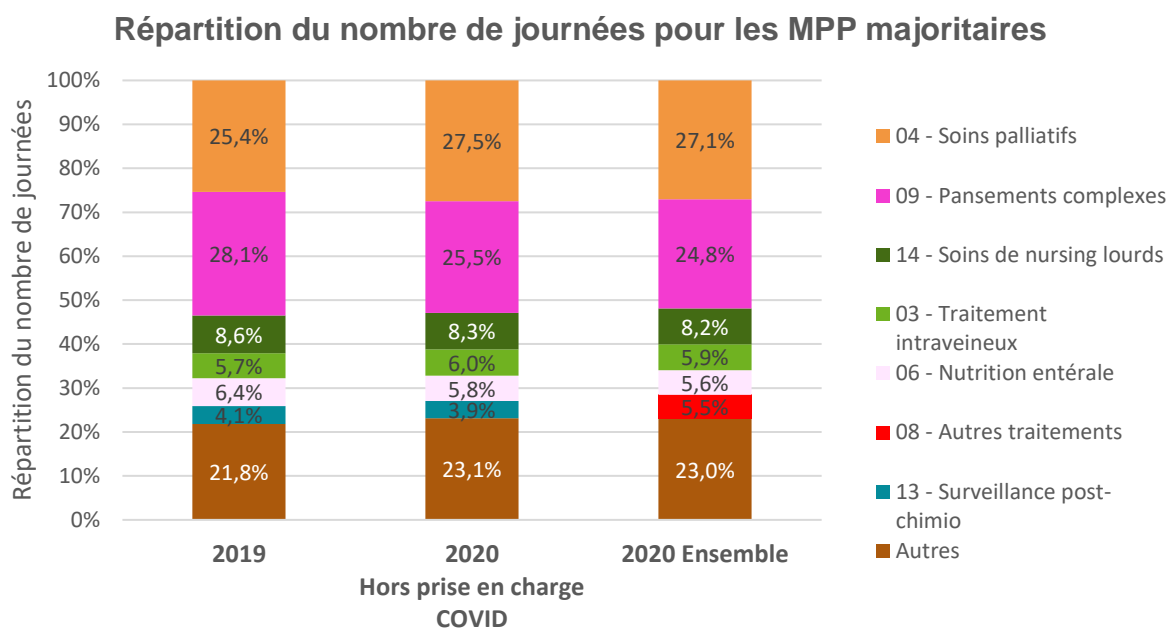
**Figure 16 : Evolution de nombre de patients et journées en HAD par mois**



Source : ATIH

La structure de l'activité à domicile selon les modes de prises en charge principaux s'est légèrement modifiée en 2020 traduisant une petite évolution dans le recours à l'HAD. En effet, depuis plusieurs années, les soins palliatifs (MPP 04) et pansements complexes (MPP 09) concentrent la moitié de l'activité d'HAD mais en 2020, en excluant les prises en charge de la COVID-19 pour être comparable à 2019, si la part des soins palliatifs progresse de +2,1 points pour atteindre plus de 27%, la part des soins liés aux pansements complexes diminue de -2,6 points et ne contribue plus à la croissance pour 2020.

**Figure 17 : Répartition du nombre de journées pour les modes de prises en charge principaux majoritaires**



Source : ATIH

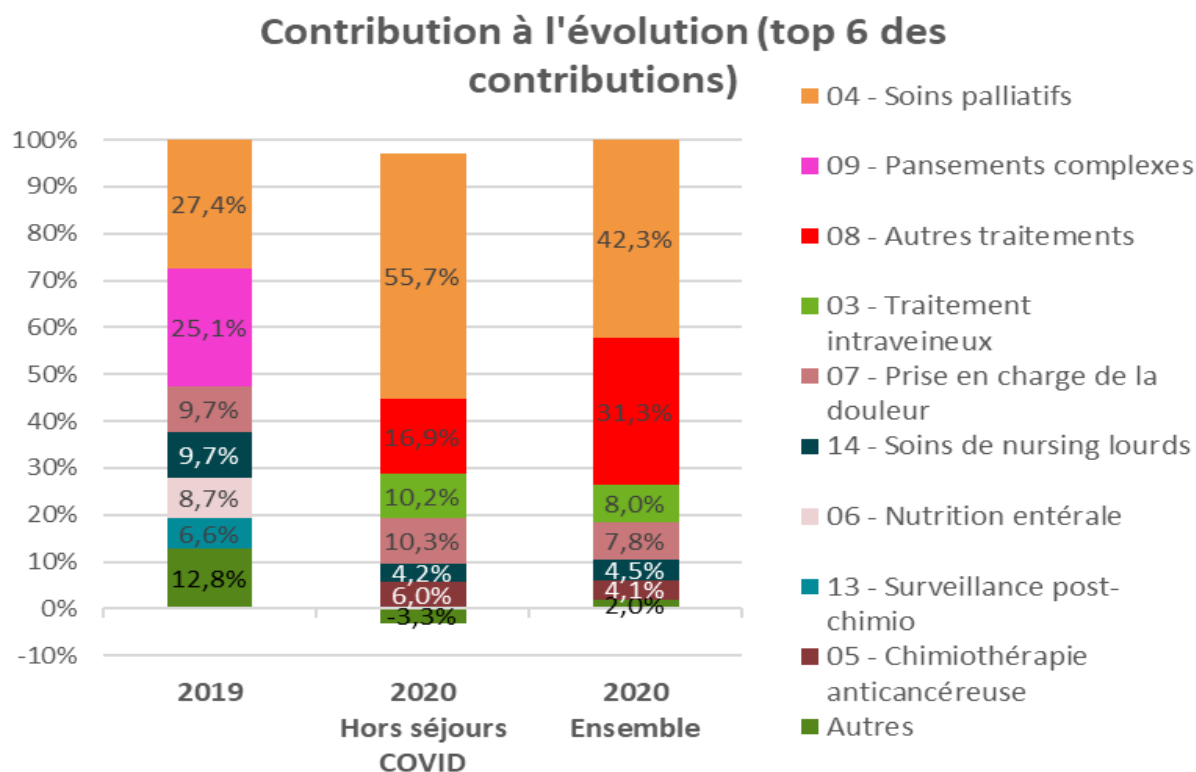
#### Mode de prise en charge « Autres traitements » (MPP 08)

Cette catégorie a été définie pour les prises en charges de patients nécessitant un suivi médico-soignant spécifique pour des traitements exceptionnels ou peu fréquents ne pouvant être complètement décrites par aucun des autres MPP.

Dans le cadre de l'épidémie Covid-19, il a été demandé de coder les situations de surveillance en MPP 08 avec diagnostic principal COVID et en cas de complication de coder celle-ci en diagnostic complémentaire.

Ainsi, le mode de prise en charge « autres traitements » contient 68,8% de journées avec un diagnostic COVID et par conséquent est en forte progression (+128,3%) par rapport à 2019. En 2020, il représente 5,5% des journées en HAD et contribue pour près d'un tiers à la croissance de l'activité d'HAD.

**Figure 18 : Contribution des modes de prises en charge à l'évolution 2019 et 2020**



Source : ATIH

Les interventions des équipes de l'HAD en EHPAD se sont renforcées en 2020

26 700 résidents en EHPAD ont été pris en charge par les équipes d'HAD en 2020 soit presque 12 000 résidents de plus qu'en 2019. En 2020, presque 18% des patients ayant eu une hospitalisation à domicile étaient des résidents d'EHPAD, soit une progression de la part de +7 points par rapport à 2019. Ainsi, les prises en charge en EHPAD contribuent à presque la moitié de la croissance de l'HAD en nombre de patients. En journées, le constat est moins important, puisque les hospitalisations à domicile des patients d'EHPAD sont courtes. Ainsi, en 2020, les résidents en EHPAD ont bénéficié de 127 000 journées de plus en HAD, dont 119 000 étaient consacrées à la prise en charge de la COVID-19.

## 4. Analyse de l'activité des établissements de santé de soins de suite et de réadaptation (SSR) en 2020

### 4.1. Principes méthodologiques

#### ❖ Identification des journées de prise en charge COVID-19

Ont été identifiées comme journées de prise en charge COVID-19, tous les résumés hebdomadaires de sortie anonymes (RHA) avec un diagnostic COVID-19 quelle que soit sa position (finalité principale de la prise en charge, manifestation morbide principale, étiologie principale ou diagnostic associé). En complément, ont été exclus les patients asymptomatiques (U07.12) et les personnes contacts ou coexposées (U07.13).

Ainsi, un séjour pour prise en charge de la COVID-19 est comptabilisé dès lors qu'il a au moins un RHA avec un diagnostic COVID-19 renseigné.

### 4.2. Vue d'ensemble de l'activité SSR

En 2020, 872 000 patients ont été pris en charge par des établissements de santé SSR dont 5,4% ont été classés COVID-19 selon la définition supra.

Les séjours en hospitalisation complète et les journées en hospitalisation partielle en SSR connaissent de fortes diminutions en 2020 (resp. -15,2% et -32,7%). Hors prises en charge COVID, l'évolution du nombre de séjours en hospitalisation complète passe à -20,1%.

**Tableau 8 : Evolutions en SSR 2019/2020**

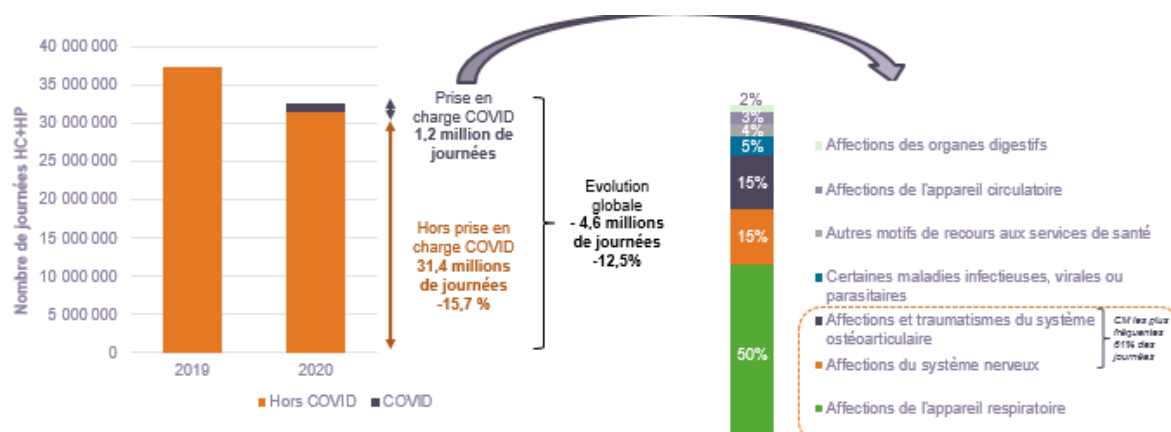
	Nombre en milliers (2020)	Évolution 2019/2020
Séjours en HC	878,2	-15,2% (-157 300 séjours)
	827,2	-20,1% hors prise en charge COVID (-208 200 séjours)
Journées en HP	3 088,5	-32,7% (-1,5 millions de journées)

Source : ATIH

En nombre de journées cumulées (hospitalisation complète et partielle), la baisse s'évalue à -12,5% soit environ 4,6 millions de journées.

1,2 millions de journées ont été classées COVID : elles se concentrent pour moitié sur des prises en charge d'affections de l'appareil respiratoire.

**Figure 19 : Prises en charge en hospitalisation complète et partielle**

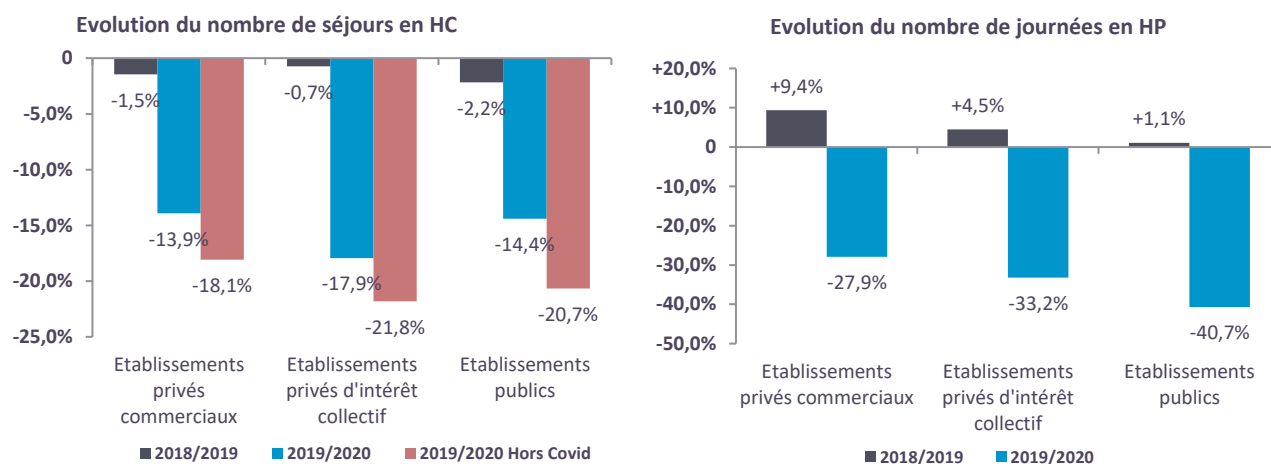


Source : ATIH

Par ailleurs, les analyses montrent que la diminution d'activité a touché l'ensemble des établissements quelle que soit leur catégorie juridique.

Cependant, si pour l'hospitalisation complète, la baisse du nombre de séjours est assez homogène entre catégorie (-18% pour les EBL, -22% pour les EBNL et -21% pour les EPS), pour l'hospitalisation partielle, elle est plus prononcée pour les établissements publics de santé (-28% pour les EBL, -33% pour les EBNL et -41% pour les EPS).

**Figure 20 : Evolution du nombre de séjours et journées en hospitalisation complète et partielle par catégorie juridique**

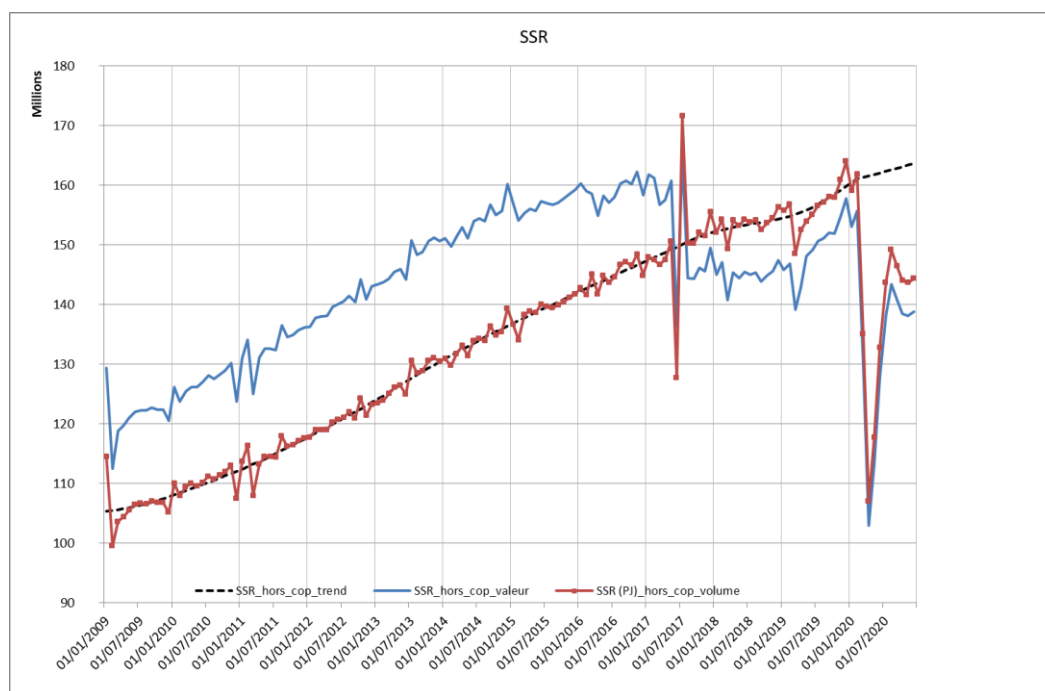


Source : ATIH

❖ Données de facturation pour les établissements du secteur OQN

Sur les bases des données de facturation des établissements privés du régime général (comprenant l'ancien régime social des indépendants RSI), pour la France métropolitaine, il est constaté une forte diminution des dépenses sur 2020 avec un très fort impact lors de la première vague épidémique.

**Figure 21 : Evolution des dépenses du champ SSR – secteur OQN**



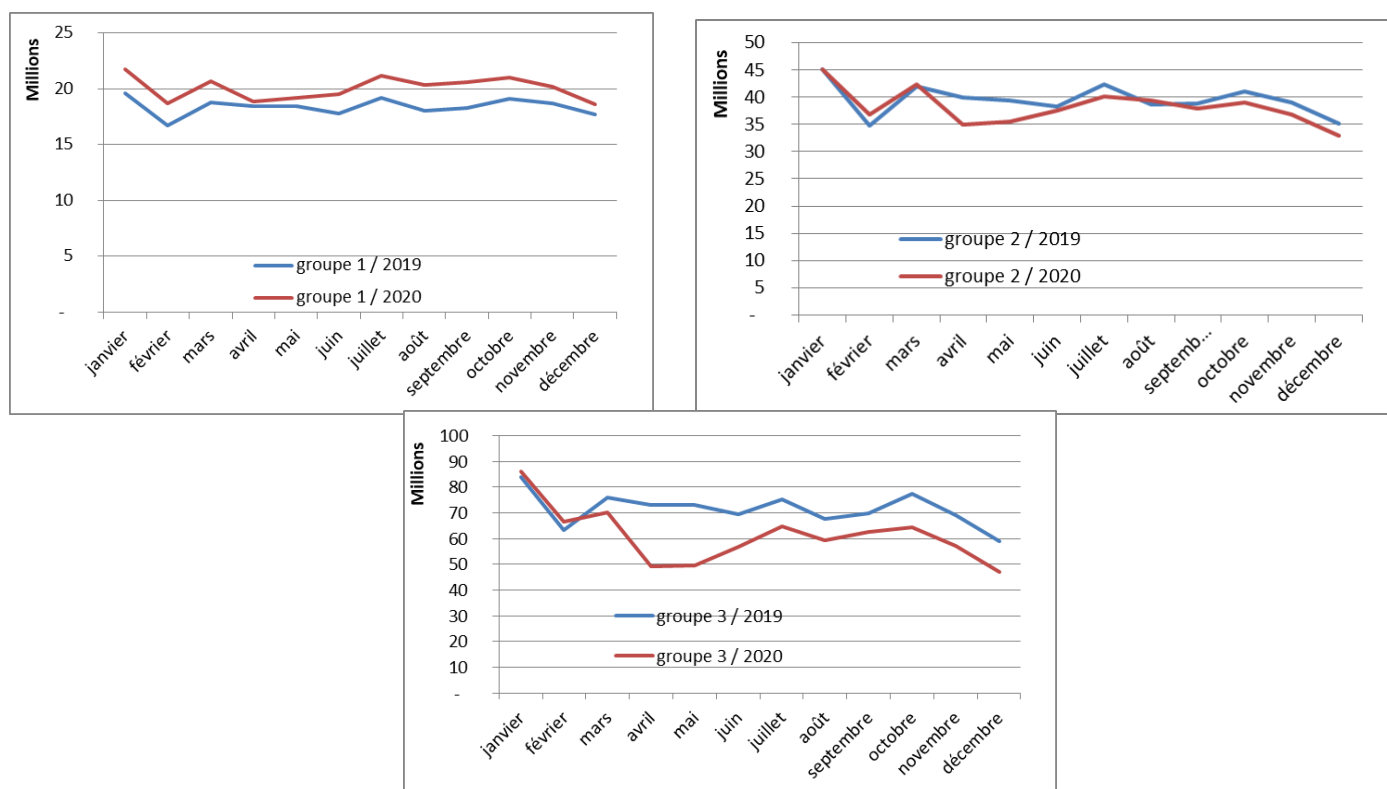
Source : CNAM

Comme précisé en partie 2, le mécanisme de garantie de financement a permis de limiter la perte de recettes pour les établissements qui ont connu une baisse d'activité en 2020 par rapport à 2019. Seuls 15% des établissements privés en SSR ont eu une activité égale ou supérieure à celle de 2019 et n'ont pas touché la garantie de financement. La majorité des établissements (58%) ont été très impactés par la crise sanitaire avec un niveau de recettes inférieur d'au moins 10% par rapport à 2019.

Les graphiques ci-après montrent le suivi mensuel de la facturation en date de soins selon 3 groupes déterminés par leur niveau de recettes 2020.

Le groupe 1 correspond aux établissements qui ont gardé une dynamique en 2020 et qui par conséquent n'ont pas bénéficié de la garantie de financement. L'impact de la crise pour ces derniers a été assez faible. A noter qu'ils concentrent 13 % des dépenses SSR. Le groupe 2 correspond aux établissements qui ont été impactés modérément par la crise (26% des établissements ; 30% des dépenses SSR), c'est-à-dire avec un niveau de facturation 2020 entre 90% et 100% du niveau 2019. Et enfin le groupe 3 qui concentre 58% des établissements (57% des dépenses) est le groupe des établissements qui a été plus fortement touché par la crise sanitaire (niveau 2020 < 90% du niveau 2019). Le graphique montre que la première vague a été très importante et malgré une reprise durant l'entre deux vagues, le niveau 2019 n'est pas rattrapé.

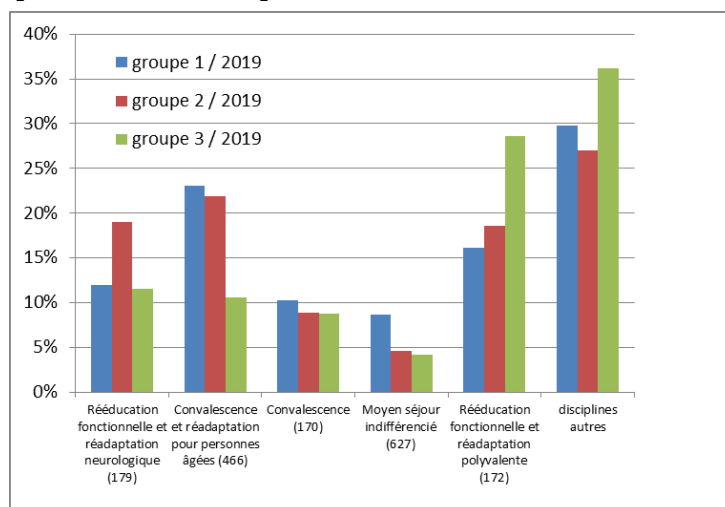
**Figure 22 : Evolution des dépenses du champ SSR par groupe d'activité – secteur OQN**



Source : CNAM

Un des éléments pouvant expliquer que le niveau de recettes des établissements ait été plus ou moins impacté en 2020 réside dans le case-mix de l'établissement. Le graphique ci-dessous montre la répartition des disciplines médico-tarifaires au sein de chaque groupe en 2019. On constate notamment que les groupes 1 et 2 en 2019 présentaient une activité importante relative à la convalescence et la réadaptation des personnes âgées ainsi que la rééducation fonctionnelle et réadaptation polyvalente. En lien, le tableau 9 indique les évolutions des disciplines médico-tarifaires entre 2019 et 2020.

**Figure 23 : Répartition des disciplines médico-tarifaires au sein de chaque groupe en 2019**



Source : CNAM

**Tableau 9 : Evolution des dépenses relatives aux disciplines médico-tarifaires**

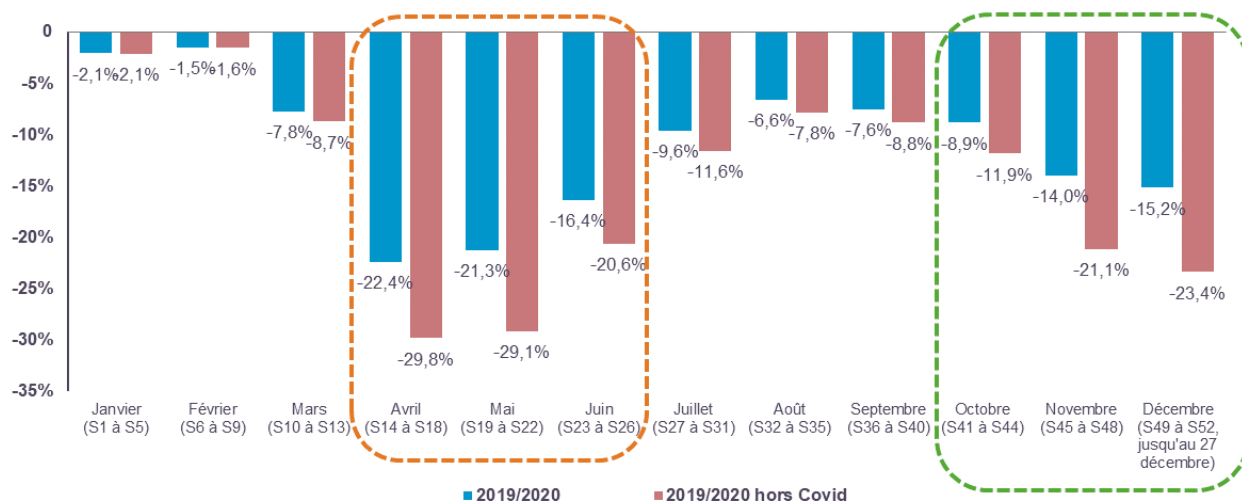
Mode de traitement	discipline de prestation	2019	2020	Ecart 2020-2019	Evol 2020/2019
HOSPITALISATION COMPLETE	REEDUCATION FONCTIONNELLE ET READAPTATION NEUROLOGIQUE	224 943 251	237 462 900	12 519 649	6%
HOSPITALISATION COMPLETE	AUTRE CURE MEDICALE SPECIALISEE POUR TOUS AGES	57 625 551	57 168 489	- 457 063	-1%
HOSPITALISATION COMPLETE	CONVALESCENCE ET READAPTATION POUR PERSONNES AGEES	286 368 414	283 369 438	- 2 998 976	-1%
HOSPITALISATION COMPLETE	REEDUCATION DES AFFECTIONS RESPIRATOIRES	51 177 276	45 874 875	- 5 302 401	-10%
HOSPITALISATION COMPLETE	REEDUCATION FONCTIONNELLE ET READAPTATION MOTRICE	58 643 459	53 254 246	- 5 389 213	-9%
HOSPITALISATION COMPLETE	AUTRES REEDUCATIONS FONCTIONNELLES ET READAPTATIONS	57 197 189	50 206 692	- 6 990 497	-12%
HOSPITALISATION COMPLETE	REPOS-CONVALESCENCE INDIFFERENCIES	57 176 271	48 603 287	- 8 572 985	-15%
HOSPITALISATION COMPLETE	REEDUCATION DES MALADIES CARDIO-VASCULAIRES	77 601 808	67 353 006	- 10 248 803	-13%
HOSPITALISATION COMPLETE	MOYEN SEJOUR INDIFFERENCIE	89 530 048	73 706 099	- 15 823 949	-18%
HOSPITALISATION COMPLETE	CONVALESCENCE	170 290 728	147 819 003	- 22 471 725	-13%
HOSPITALISATION DE JOUR	REEDUCATION FONCTIONNELLE ET READAPTATION POLYVALENTE	98 302 279	65 720 217	- 32 582 062	-33%
HOSPITALISATION COMPLETE	REEDUCATION FONCTIONNELLE ET READAPTATION POLYVALENTE	350 695 518	310 184 443	- 40 511 075	-12%

Source : CNAM

### 4.3. L'hospitalisation complète en SSR

L'hospitalisation complète présente une baisse annuelle de -9,6% en nombre de journées en 2020 par rapport à 2019 (-13,3% hors patients COVID) et de -15,2% de séjours (-20,1% hors patients COVID). Mensuellement les plus fortes baisses sont constatées lors des deux vagues épidémiques avec les évolutions proches de -20% mais il est à noter que même entre les deux vagues, l'activité n'est pas marquée par une reprise au niveau de 2019.

**Figure 24 : Evolutions mensuelles du nombre de journées en hospitalisation complète en SSR**

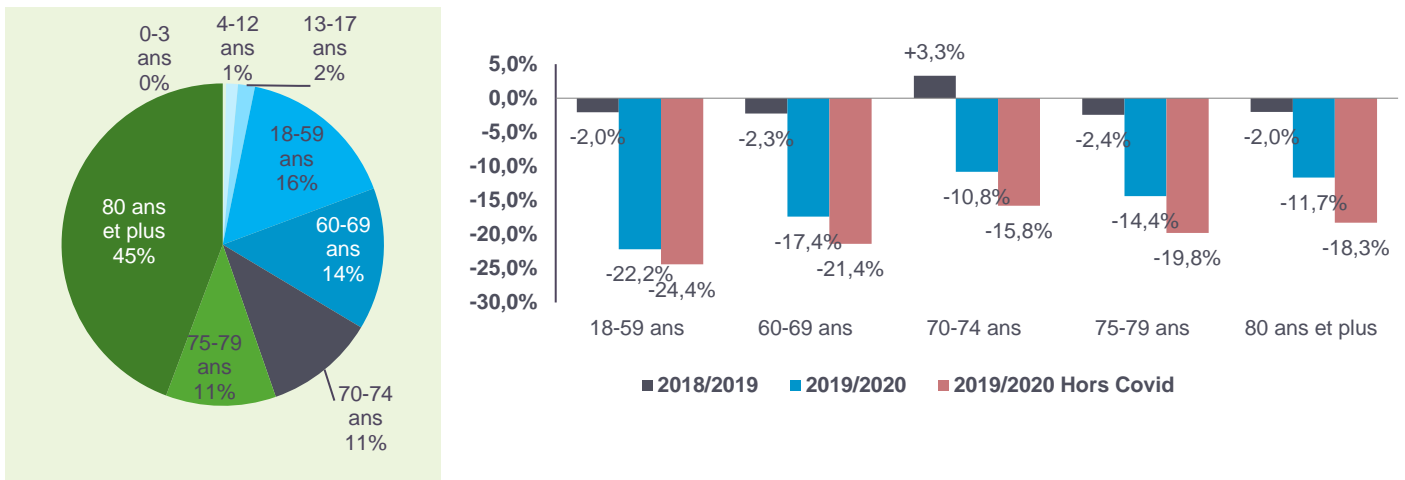


Source : ATIH

La baisse du nombre de séjours s'observe pour toutes les classes d'âge ; elle est un peu plus prononcée chez les patients âgés de 18 à 59 ans (-22% en nombre de séjours par rapport à 2019). Les prises en charge COVID concernant principalement des patients âgés de plus de 70 ans, les évolutions annuelles relatives à ces classes d'âges sont un peu moins marquées (entre -15% et -11%).



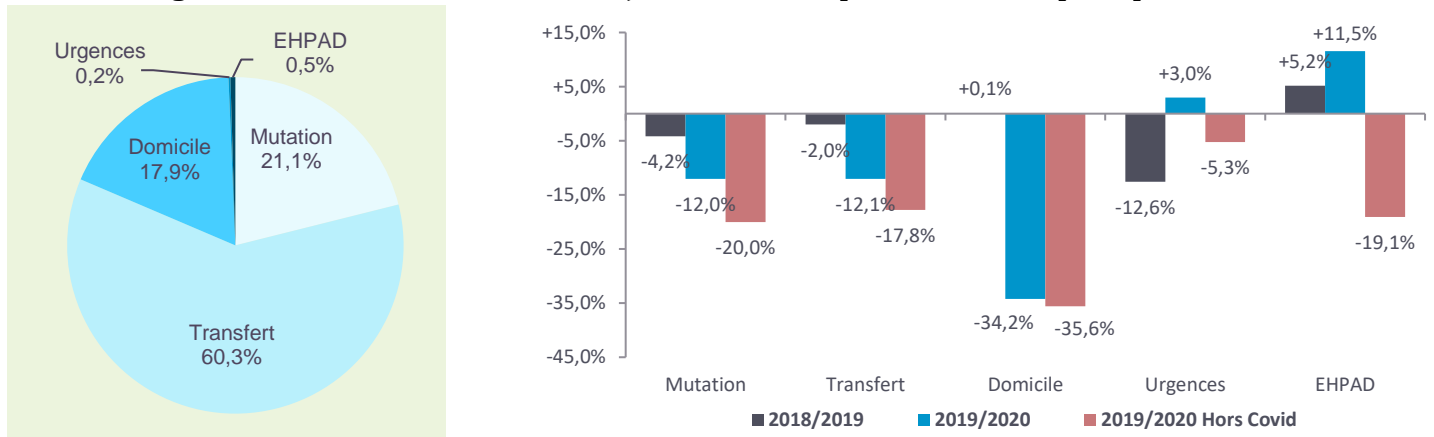
**Figure 25 : Evolution du nombre de journées en hospitalisation complète par classe d'âge**



Source : ATIH

L'analyse par entrées/sorties montre des évolutions très contrastées selon la provenance des patients. En effet, les comportements ont été fortement modifiés du fait de la crise sanitaire. Cela s'observe notamment sur les entrées depuis le domicile avec une évolution de -34,2% en nombre de séjours en hospitalisation complète, soit -73 500 séjours. A contrario, les transferts de patients depuis des EHPAD vers des établissements SSR ont quant eux augmenté (+11,5%) principalement dû à des patients COVID (évolution de l'ordre de -19% hors patients COVID).

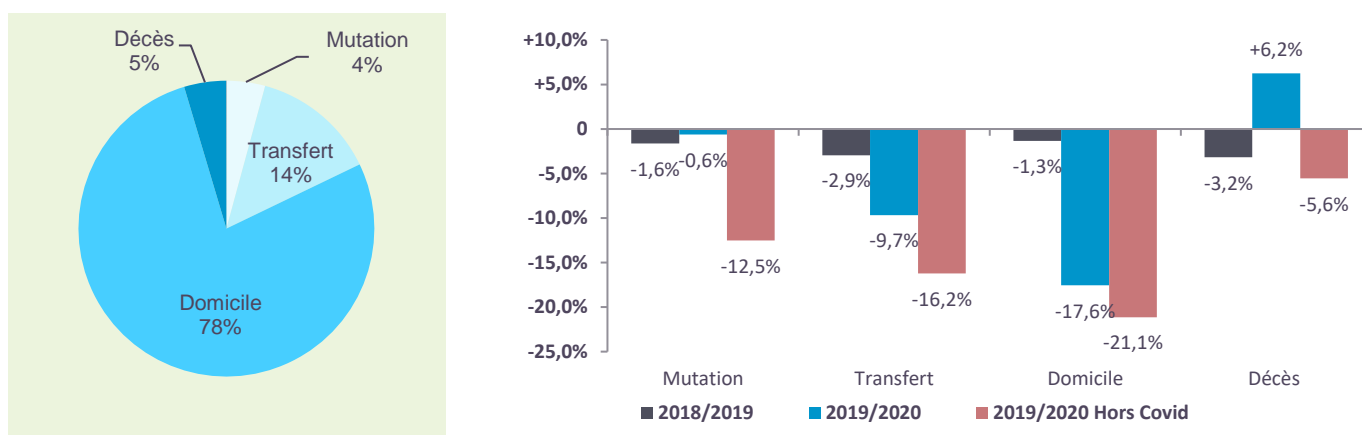
**Figure 26 : Evolution du nombre de journées en hospitalisation complète par entrées**



Source : ATIH

Les graphiques ci-après montrent les évolutions en nombre de séjours en hospitalisation complète selon le mode de sortie.

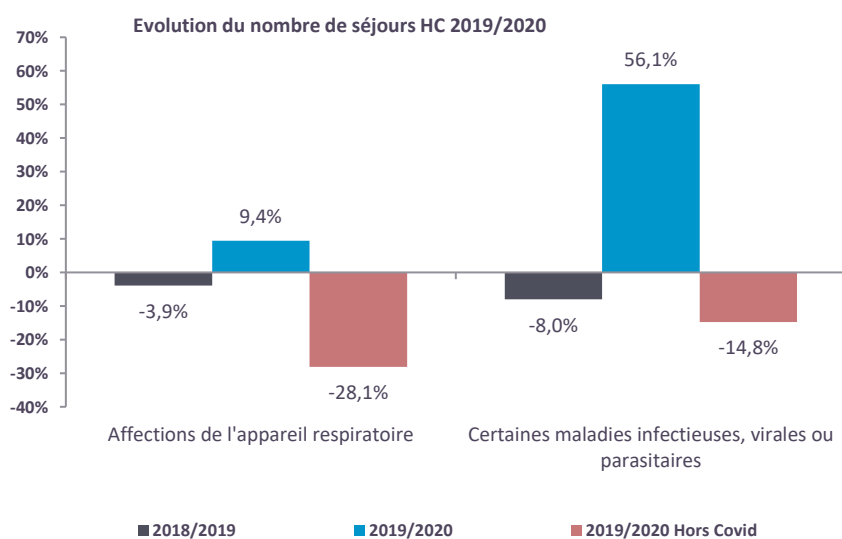
**Figure 27 : Evolution du nombre de journées en hospitalisation complète par mode de sortie**



Source : ATIH

Les catégories majeures concentrant le plus grand nombre de séjours en hospitalisation complètes sont majoritairement en baisse en 2020, à l'exception des CM 04 (Affections de l'appareil respiratoire) et CM 18 (certaines maladies infectieuses, virales ou parasitaires) pour lesquelles les parts de séjours COVID-19 sont les plus élevées et dont les évolutions sont présentées ci-dessous.

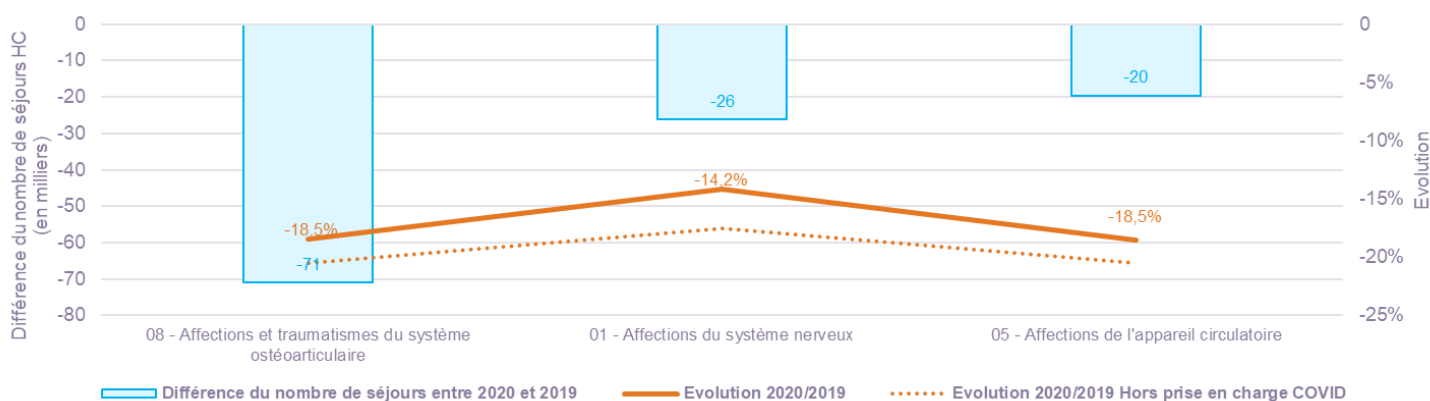
**Figure 28 : Evolution du nombre de journées en hospitalisation complète – CM 04 (Affections de l'appareil respiratoire ) et CM 18 (certaines maladies infectieuses, virales ou parasitaires)**



Source : ATIH

Par ailleurs, les catégories majeures qui contribuent le plus à la décroissance sont les CM 08 (Affections et traumatismes du système ostéoarticulaire), CM01 (Affection du système nerveux) et CM 05 (Affections de l'appareil circulatoire). Elles contribuent à environ 75% de la décroissance globale des séjours en hospitalisation complète en SSR entre 2019 et 2020.

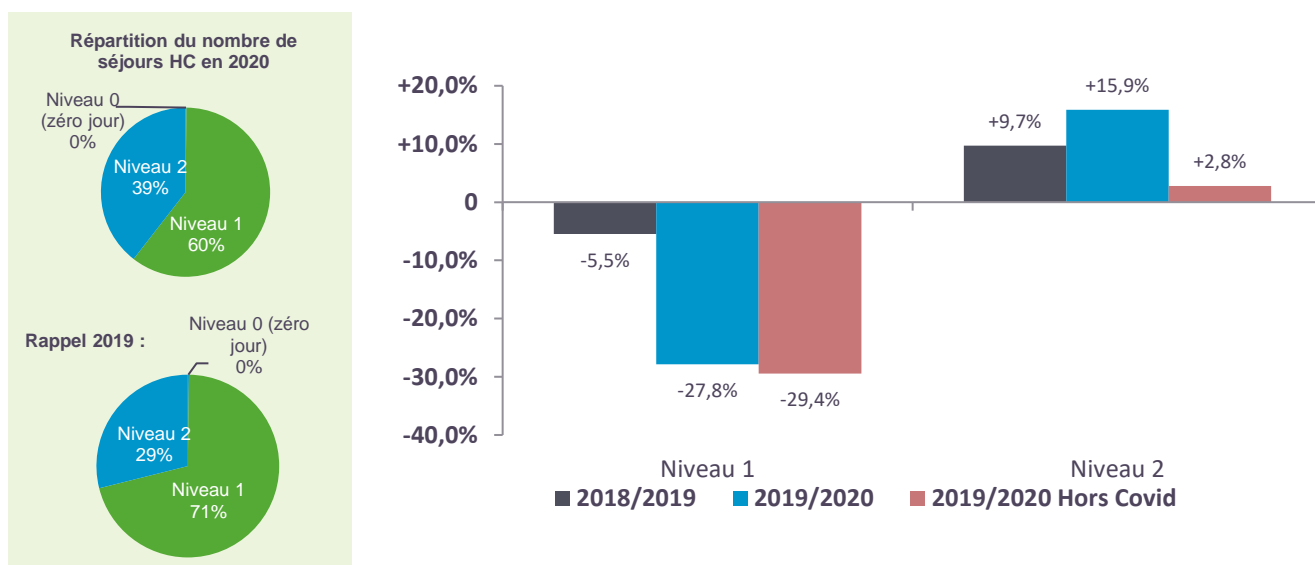
**Figure 29 : Evolutions du nombre de journées en hospitalisation complète par catégorie majeure**



Source : ATIH

L'analyse par niveau de sévérité montre une augmentation de la part des séjours de sévérité de niveau 2 en 2020. Cela est la traduction de l'évolution positive (+16% en nombre de séjours) des séjours de niveau 2 et l'évolution négative (-28% en nombre de séjours) des séjours de niveau de sévérité 1. Par ailleurs, les patients COVID-19 ont été plus concernés par des séjours de niveau 2 que de niveau 1.

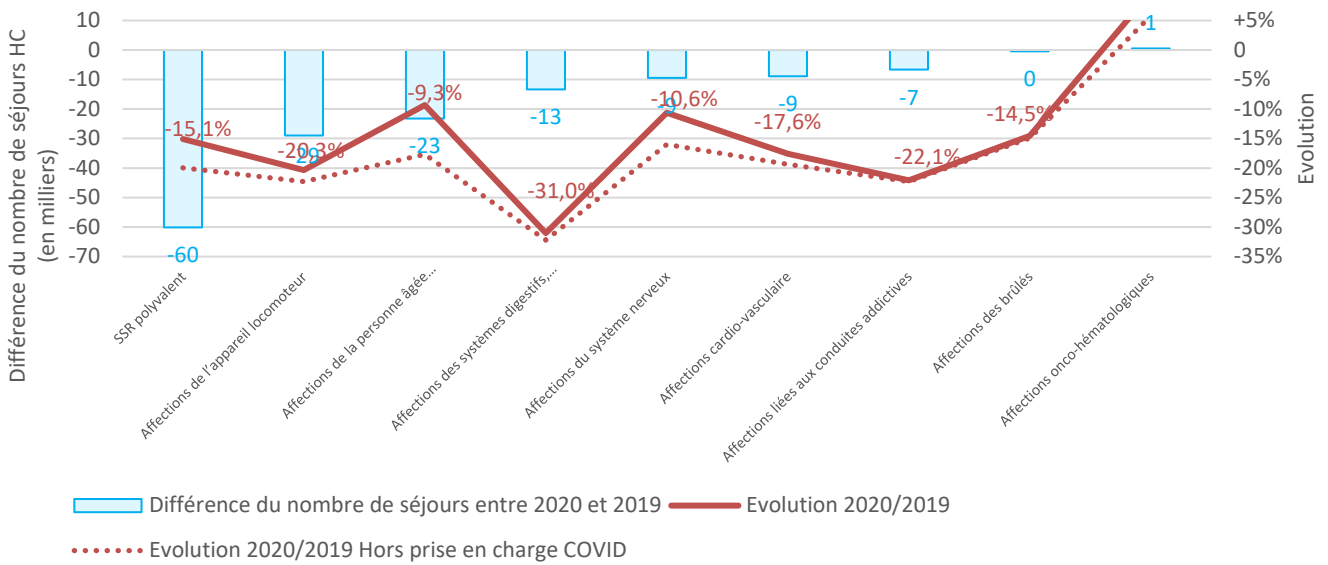
**Figure 30 : Evolutions du nombre de journées en hospitalisation complète par sévérité**



Source : ATIH

L'analyse par mention montre une baisse pour l'ensemble des séjours réalisés dans des unités avec mention spécialisée à l'exception des Affections onco-hématologiques (+9,8%).

**Figure 31 : Evolutions du nombre de journées en hospitalisation complète par mention**

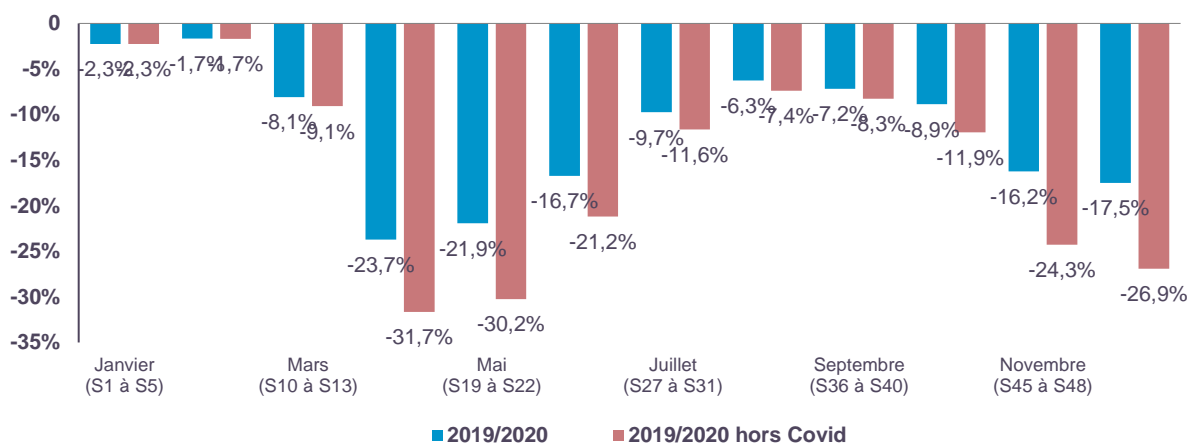


Source : ATIH

❖ Analyse par secteur de financement

Pour les établissements du secteur « Dotation annuelle de financement » (DAF), l'évolution du nombre de journées en hospitalisation complète s'évalue à -10,3%. Hors patients COVID, l'évolution est estimée à -14,1%. L'impact de la crise est particulièrement visible lors de la 1ère vague épidémique et les plus fortes baisses d'activité sont observées en avril et mai 2020. La 2ème vague se traduit également par une nouvelle baisse d'activité particulièrement visible en novembre et décembre avec des diminutions marquées, moins fortes qu'en avril/mai mais plus importantes qu'au mois de juin.

**Figure 32 : Evolutions mensuelles du nombre de journée en hospitalisation complète - Secteur DAF**

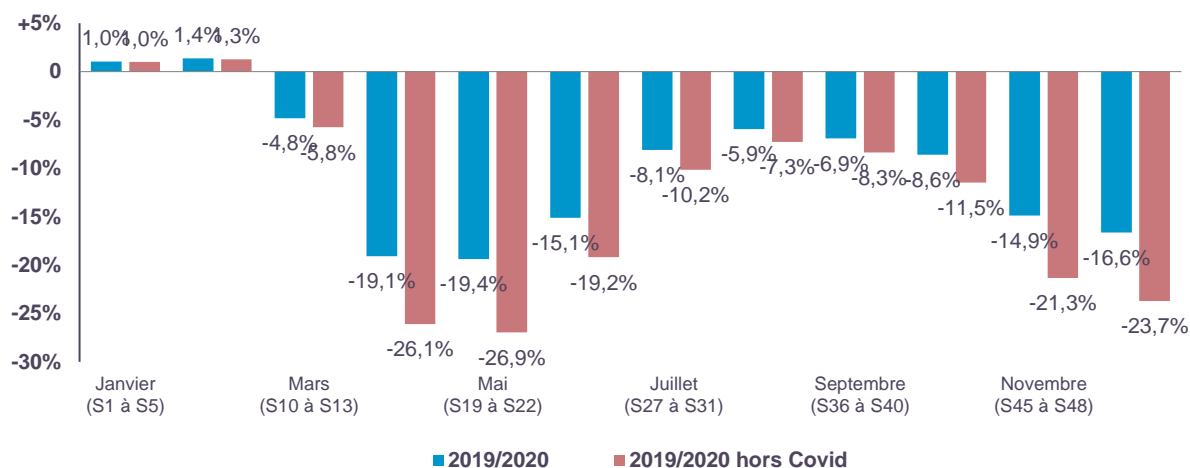


Source : ATIH

Pour les établissements du secteur OQN, l'évolution du nombre de journées en hospitalisation complète s'évalue à -8,3%. Hors patients COVID, l'évolution est estimée à -11,7%. L'impact de la crise est particulièrement visible lors de la 1ère vague épidémique et les plus fortes baisses d'activité sont observées en avril et mai 2020. La 2ème vague se traduit également par une nouvelle baisse d'activité

particulièrement visible en novembre (-14,9%) et décembre (-16,6%) avec des diminutions marquées, moins fortes qu'en avril/mai mais plus importantes qu'au mois de juin.

**Figure 33 : Evolutions mensuelles du nombre de journée en hospitalisation complète - Secteur OQN**



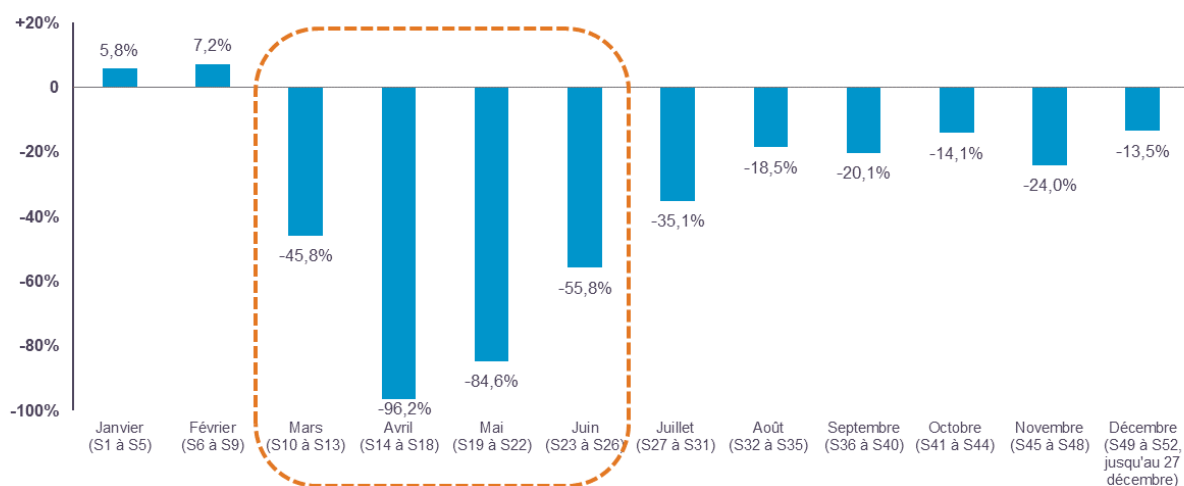
Source : ATIH

#### 4.4. L'hospitalisation partielle en SSR

Concernant l'hospitalisation partielle, en 2020 la diminution du nombre de journées est beaucoup plus prononcée que celle relative à l'hospitalisation complète (-32,7% au global entre 2019 et 2020) avec un arrêt quasi total de l'activité au mois d'avril (-96,2%).

Entre août et décembre, la baisse se poursuit d'une façon moindre (entre -13% et -24%).

**Figure 34 : Evolutions du nombre de journées en hospitalisation partielle**



Source : ATIH

Les analyses par catégories montrent que la baisse s'observe pour l'ensemble des tranches d'âge, même si elle est légèrement plus marquée pour les 18-59 ans. Comme pour l'hospitalisation complète, les catégories majeures 08 (Affections et traumatismes du système ostéoarticulaire), 01 (Affections du système nerveux) et 05 (Affections de l'appareil circulatoire) contribuent fortement

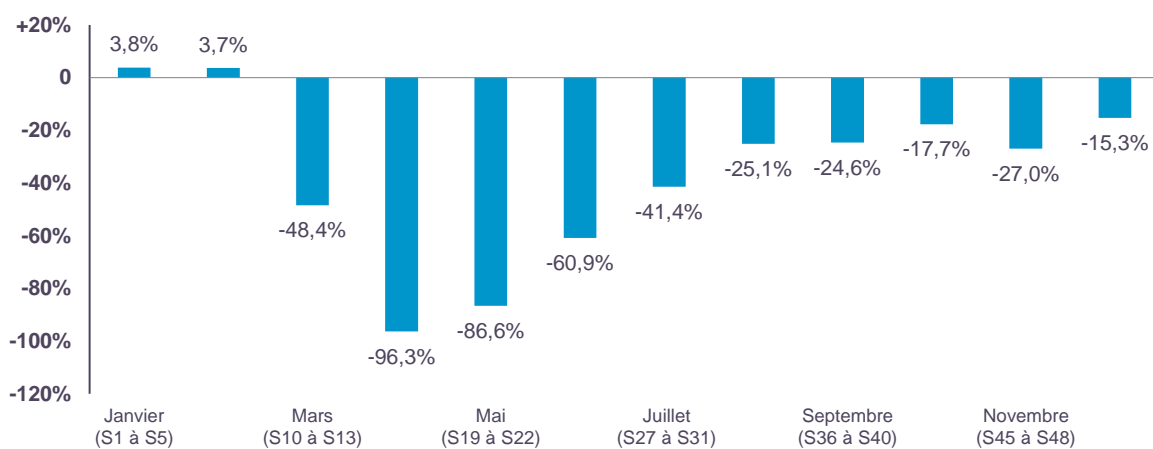
(de l'ordre de 85%) à la décroissance des journées d'hospitalisation partielle (HP) en SSR entre 2019 et 2020. Elles concentrent 85% des journées d'hospitalisation partielle en SSR.

Par ailleurs, seule la CM 18 (certaines maladies infectieuses, virales ou parasitaires) affiche une évolution positive. LA CM 08 (Affections et traumatismes du système ostéoarticulaire) affiche la plus forte baisse (-34,8%, soit -671 000 journées HP).

❖ Analyse par secteur de financement

Concernant l'hospitalisation partielle, pour les établissements du secteur DAF, l'évolution du nombre de journées en hospitalisation partielle s'évalue à -36,5%. L'impact de la crise est particulièrement visible lors de la 1ère vague épidémique et notamment en avril et en mai avec une évolution de -96,3% pour le mois d'avril et de -86,6% pour le mois de mai.

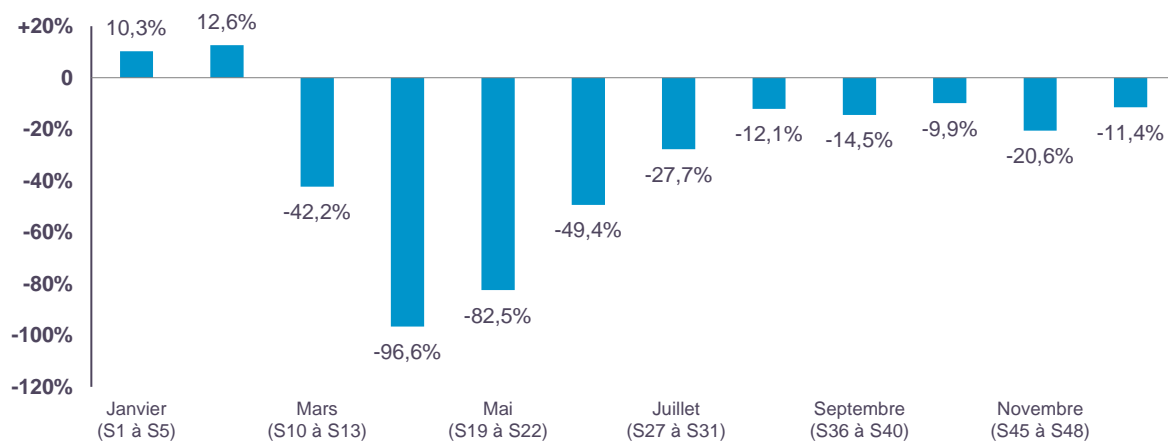
**Figure 35 : Evolutions mensuelles du nombre de journée en hospitalisation partielle – Secteur DAF**



Source : ATIH

Concernant l'hospitalisation partielle, pour les établissements du secteur OQN, l'évolution du nombre de journées en hospitalisation partielle s'évalue à -27,9%. L'impact de la crise est particulièrement visible lors de la 1ère vague épidémique et notamment en avril et en mai avec une évolution de -96,6% pour le mois d'avril et de -82,5% pour le mois de mai.

**Figure 36 : Evolutions mensuelles du nombre de journée en hospitalisation partielle – Secteur OQN**



Source : ATIH

## 5. Analyse générale de l'activité des établissements de santé de psychiatrie

### 5.1. Vue d'ensemble de l'activité en psychiatrie

En 2020, 389 000 patients ont été pris en charge par des établissements de santé en psychiatrie dont 0,5% ont été classés patients COVID-19.

Quelles que soient les unités (séjours, journées de présence, nombre d'actes) l'activité diminue entre 2020 et 2019 en psychiatrie. La baisse est particulièrement marquée pour les prises en charge à temps partiel.

Cette diminution est en partie liée aux consignes de fermeture des hôpitaux de jour lors de la première vague épidémique.

Enfin, des études complémentaires ont permis de constater qu'au sein des hospitalisations à temps partiel, la baisse est bien plus accentuée sur les venues d'une journée que sur les venues d'une demi-journée.

**Tableau 10 : Evolutions en psychiatrie 2019/2020**

Unité	Nombre 2020 (en milliers)	Evolution 2020/2019
Séjours (commencés dans l'année) à temps complet	484,4	-16,6% (- 95 700 séjours)
Journées de présence à temps complet	18 110,7	-5,5% (- 1 042 000 journées)
Journées de présence à temps partiel (*)	3 191,1	-34,4% (- 1 674 000 journées)
Nombre d'actes réalisés en ambulatoire	20 458,1	-3,8% (-813 000 actes)

(\*) nombre de venues d'une ou d'1/2 journée ; les venues d'une demi-journée comptent pour 0,5

Source : ATIH

En nombre de journées cumulées (temps complet et temps partielle), la baisse s'évalue à -11,3% mais traduit une très forte diminution du nombre de journée de présence à temps partiel (-34,4%) et une baisse plus modérée (-5,5%) du nombre de journées à temps complet.

**Tableau 11 : Evolutions des prises en charge à temps complet et temps partiel en psychiatrie 2019/2020**

	Nombre de journées de présence	Evolution nombre de journées de présence	Contribution à l'évolution en journées
	2020	2019/2020	2019/2020
Temps complet	18 110,7	-5,5%	+38,3%
Temps partiel	3 191,1	-34,4%	+61,6%
Non renseigné	6,5	-27,1%	+0,1%
<b>Total</b>	<b>21 308,3</b>	<b>-11,3%</b>	<b>+100,0%</b>

Source : ATIH

L'analyse par catégorie juridique montre que la diminution la plus marquée se retrouve pour les établissements privés d'intérêt collectif à un niveau de 14,4%. La baisse s'évalue à 12,5% pour les établissements publics de santé et à 6,6% pour les établissements privés commerciaux.

**Tableau 12 : Evolutions des prises en charge à temps complet et temps partiel en psychiatrie par catégories d'établissements 2019/2020**

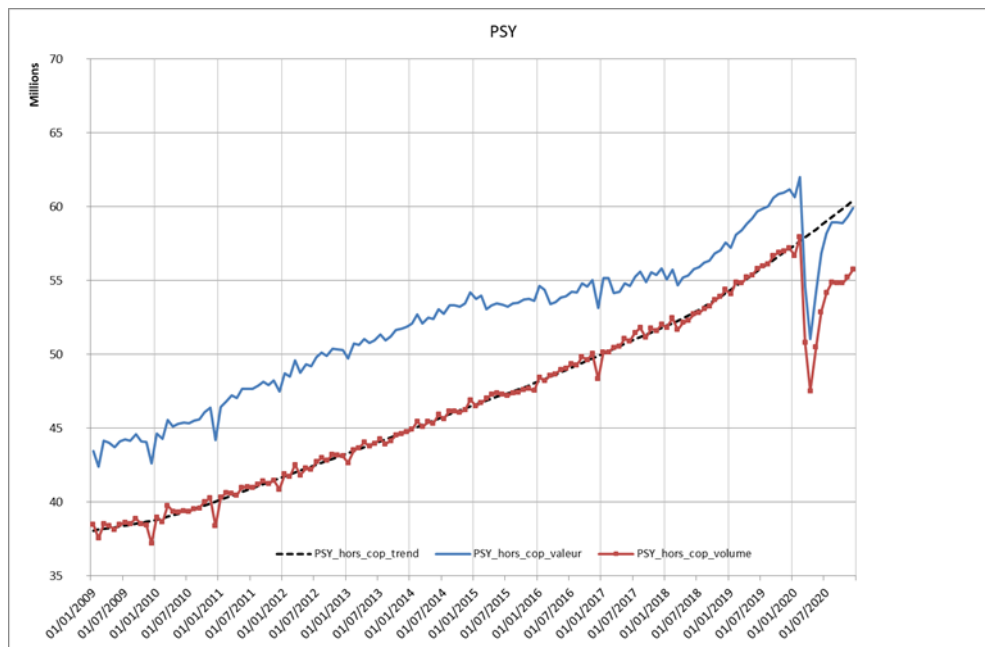
	Nombre de journées de présence	Part en journées de présence	Evolution nombre de journées de présence	Contribution à l'évolution en journées
	2020	2020	2019/2020	2019/2020
Etablissements privés commerciaux	5 334,4	25,0%	-6,6%	+13,9%
Etablissements privés d'intérêt collectif	2 783,9	13,1%	-14,4%	+16,9%
Etablissements publics	13 190,0	61,9%	-12,5%	+69,1%
<b>Total France</b>	<b>21 308,3</b>	<b>100,0%</b>	<b>-11,3%</b>	<b>+100,0%</b>

Source : ATIH

❖ Données de facturation pour les établissements du secteur OQN

Sur les bases des données de facturation des établissements privés du régime général (comprenant l'ancien régime social des indépendants RSI), pour le France métropolitaine, il est constaté une forte diminution des dépenses sur 2020 avec un très fort impact lors de la première vague épidémique.

**Figure 37 : Evolution des dépenses du champ psychiatrie - secteur OQN**



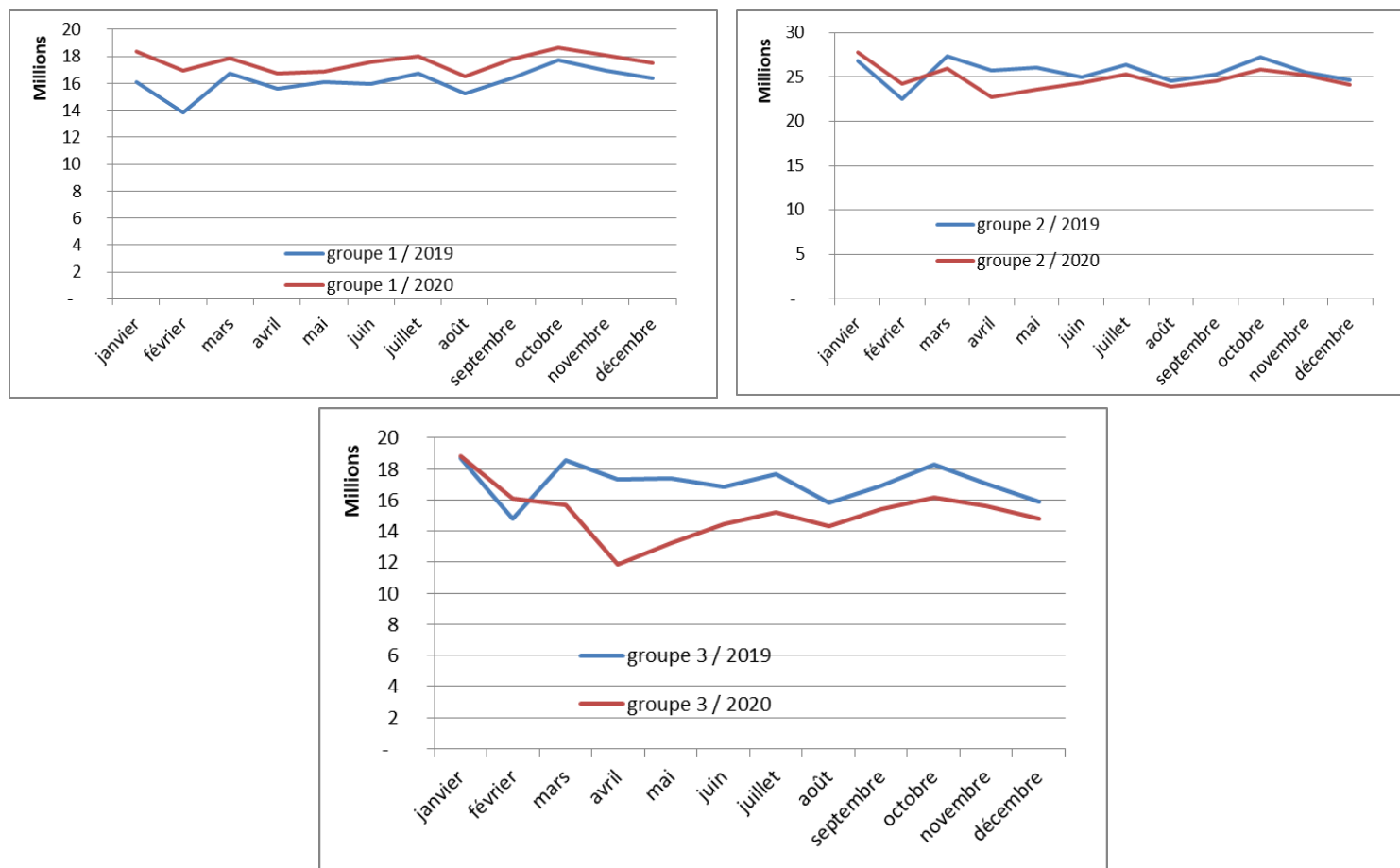
Source : CNAM

Comme pour les soins de suite et de réadaptation, les établissements de psychiatrie ont été classés en 3 groupes selon leur niveau de recettes 2020. Le groupe 1 correspond aux établissements qui ont gardé une dynamique en 2020 et par conséquent n'ont pas touché la garantie de financement. Ils



concentrent 28% des dépenses de psychiatrie et concernent 28% des établissements. Le groupe 2 correspond aux établissements qui ont été impactés modérément par la crise (36% des établissements ; 46% des dépenses de psychiatrie), c'est-à-dire avec un niveau de facturation 2020 entre 90% et 100% du niveau 2019. Et enfin le groupe 3 qui concentre 36% des établissements (30% des dépenses) est le groupe des établissements qui a été le plus fortement touché par la crise sanitaire (niveau 2020 < 90% du niveau 2019). Le graphique ci-après montre les dynamiques 2019 et 2020 pour chaque groupe.

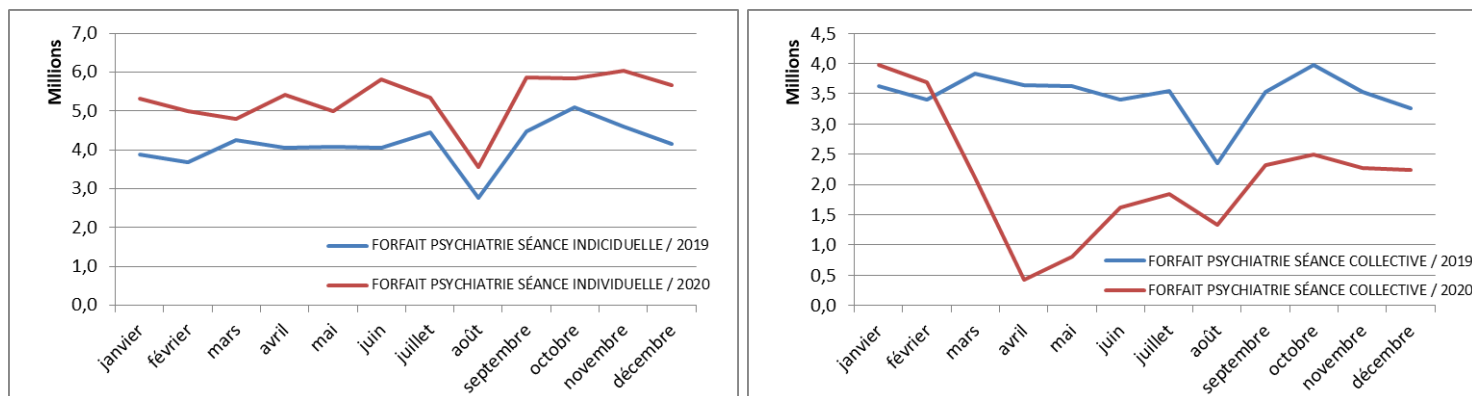
**Figure 38 : Evolution des dépenses du champ psychiatrie par groupe d'activité – secteur OQN**



Source : CNAM

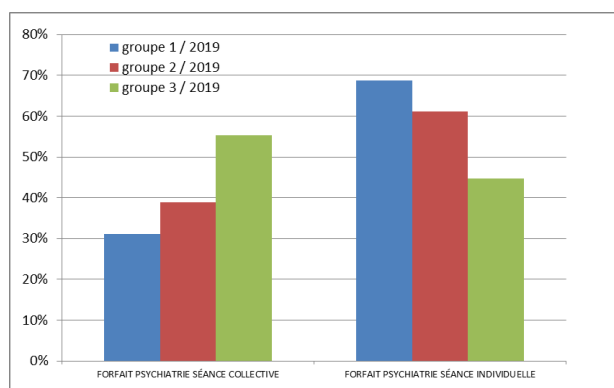
Par ailleurs les établissements de psychiatrie ont été fortement impactés sur leurs recettes relatives aux séances collectives. En effet les règles sanitaires mises en place nationalement pour lutter contre l'épidémie ne favorisaient pas le recours aux séances collectives. Les graphiques ci-après montrent l'évolution des dépenses des forfaits psychiatrie pour les séances individuelles et collectives, ainsi que le répartition 2019 par groupe.

**Figure 39 : Evolution des dépenses relatives aux forfaits psychiatrie – séances individuelles et collectives**



Source : CNAM

**Figure 40 : Répartition des séances individuelles et collectives en 2019 par groupe**



% des dépenses par groupe	FORFAIT PSYCHIATRIE SÉANCE COLLECTIVE	FORFAIT PSYCHIATRIE SÉANCE INDIVIDUELLE
groupe 1	5%	11%
groupe 2	5%	7%
groupe 3	8%	5%

Source : CNAM

## 5.2. L'hospitalisation à temps complet en psychiatrie

L'évolution de l'activité de psychiatrie, en lien avec la crise sanitaire, engendre une modification de la répartition des séjours par modes d'entrée. L'augmentation de la part de séjours en provenance des urgences, observée depuis 2018, s'accroît. Elle évolue de +1,4 points entre 2019 et 2020.

La part des séjours en provenance du domicile diminue entre 2019 et 2020 de -2,6 points.

**Tableau 13 : Evolutions des prises en charge à temps complet par mode d'entrée en**

Mode d'entrée - Provenance	Nombre de séjours HC commencés en 2020	Part en séjours HC commencés en 2020	Part en séjours HC commencés en 2019	Evolution nombre de séjours HC 2019/2020
Mutation	21,9	4,5%	4,0%	-6,2%
Transfert	69,0	14,3%	13,2%	-10,3%
Domicile (hors urgences, hors ESMS)	304,4	62,8%	65,4%	-19,9%
Urgences	81,5	16,8%	15,4%	-8,9%
Médico-social (dont EHPAD)	5,1	1,1%	1,3%	-30,0%
Non renseigné	2,5	0,5%	0,6%	-32,5%
<b>Total</b>	<b>484,4</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>-16,6%</b>

Séjours en milliers

psychiatrie

Source : ATIH

Concernant le mode de sortie, il n'y a pas de modification majeure de structure observée.

<i>Mode de sortie</i>	Nombre de séjours HC terminés en 2020	Part en séjours HC terminés en 2020	Part en séjours HC terminés en 2019	Evolution nombre de séjours HC 2019/2020
Mutation	8,6	1,8%	1,8%	-17,8%
Transfert	37,3	7,7%	7,5%	-14,6%
Domicile (hors ESMS)	425,8	87,3%	87,9%	-16,4%
Médico-social	10,9	2,2%	2,4%	-22,3%
Décès	0,7	0,1%	0,1%	-6,3%
Non renseigné	4,2	0,9%	0,2%	+256,4%
<b>Total</b>	<b>487,6</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>-15,9%</b>

*Séjours en milliers*

Source : ATIH

Une analyse sur les soins sans consentement montre qu'en 2020, 24% des journées de présence à temps plein sont réalisées en soins sans consentement (contre 23% en 2019). 76 700 patients sont concernés, soit une diminution de 1,8% entre 2019 et 2020. En nombre de journées, le bilan s'établit à 4 021 000 journées (+0,9%).

Concernant l'isolement, sur la base des données du PMSI (source : variable isolement), près de 30 000 patients ont été hospitalisés à temps plein et ont fait l'objet d'un isolement d'au moins 2h ; soit une augmentation de 1 100 patients par rapport à 2019.

## **6. Analyse détaillée des dépenses de la liste en sus en 2020**

---

Le financement des spécialités pharmaceutiques au sein des établissements de santé est assuré par les tarifs des prestations définis au 1° de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale (ceux-ci constituent les recettes de la part tarifs pour les établissements).

Par dérogation, et afin de soutenir et favoriser la diffusion de l'innovation dans les établissements de santé, certaines indications thérapeutiques d'une liste de spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-22-7 du même code peuvent être prises en charge en sus des tarifs des prestations (communément appelée la « liste en sus »). Les dépenses des établissements afférentes à ces produits sont alors remboursées aux établissements en fonction de leur coût réel d'achat et non selon des tarifs forfaitaires.

L'article 51 de la loi de finance de la sécurité sociale pour 2014 a modifié l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et introduit le fait que la prise en charge des médicaments inscrits sur la liste en sus est possible pour les seules indications thérapeutiques inscrites sur cette même liste.

Le décret n°2016-349 du 24 mars 2016 relatif à la procédure et aux conditions d'inscription des spécialités pharmaceutiques sur la liste en sus précise les conditions dans lesquelles une indication thérapeutique d'un médicament peut être inscrite ou radiée de la liste en sus.

L'inscription est désormais réalisée par indication (inscription d'une indication ou de plusieurs indications). Le décret précise en outre les critères du médicament à remplir pour obtenir une inscription sur la liste en sus. Il faut que :

- Son service médical rendu (SMR) soit majeur ou important ;
- Son niveau d'amélioration du SMR (ASMR) soit majeur. Il peut être mineur (IV) si l'indication considérée présente un intérêt de santé publique et en l'absence de comparateur clinique pertinent. Il peut être mineur ou absent (V) lorsque les comparateurs cliniquement sont déjà inscrits sur la liste ;
- Il présente un coût supérieur au(x) GHS considéré(s) à 30% entre, d'une part, le coût moyen estimé du traitement dans l'indication thérapeutique considérée par hospitalisation et, d'autre part, les tarifs de la majorité des prestations dans lesquelles la spécialité est susceptible d'être administrée dans l'indication considérée.

S'agissant des radiations de la liste en sus, elles peuvent être désormais opérées pour une ou plusieurs indications.

### ***❖ Principaux mouvements sur la liste en sus en 2020***

En 2020, les principaux mouvements sur la liste en sus concernent des inscriptions et comme les années précédentes, un faible nombre de radiations ont eu lieu. La liste des nouvelles inscriptions et des radiations est fournie ci-après.

**Tableau 14 : Inscriptions et radiations de la liste en sus en 2020**

Événement	Date publication	Date effet*	Libellé UCD	Dénomination commune internationale	Code ATC
Radiation	21/01/2020		REPLAGAL 1MG/ML FL 1ML	Agalsidase alfa	A16AB03
Inscription	20/11/2020		BRINEURA 150MG PERF F(2)+F(1)	Cerliponase alfa	A16AB17
Inscription	23/09/2020		RUCONEST 2100U INJ FL+FL +NEC	Conestat alpha	B06AC04
Inscription	08/12/2020		TAKHZYRO 300MG INJ SRG2ML	Lanadelumab	B06AC05
Inscription	24/09/2020		TAKHZYRO 300MG INJ FL2ML +NEC	Lanadelumab	B06AC05
Inscription	11/09/2020		ZAVICEFTA 2G/0,5G PERF FL	Ceftazidime/ avibactam	J01DD52
Inscription	28/07/2020		VABOREM 1G/1G PERF FL50ML	Méropénème/ vaborbactam	J01DH52
Radiation	13/10/2020		VORICONAZOLE DRR 200MG INJ	Voriconazole	J02AC03
Inscription	24/09/2020		CASPOFUNGINE LRI 70MG PERF FL	Caspofungine	J02AX04
Inscription	24/09/2020		CASPOFUNGINE LRI 50MG PERF FL	Caspofungine	J02AX04
Radiation	03/09/2020		CANCIDAS 70MG INJ FL	Caspofungine	J02AX04
Radiation	03/09/2020		CANCIDAS 50MG INJ FL	Caspofungine	J02AX04
Inscription	28/08/2020		CASPOFUNGINE BBM 70MG PERF FL	Caspofungine	J02AX04
Inscription	28/08/2020		CASPOFUNGINE BBM 50MG PERF FL	Caspofungine	J02AX04
Inscription	04/02/2020		CASPOFUNGINE HIK 50MG PERF FL	caspofungine	J02AX04
Inscription	04/02/2020		CASPOFUNGINE HIK 70MG PERF FL	caspofungine	J02AX04
Inscription	07/10/2020		MICAFUNGINE MYL 100MG PERF FL	Micafungine	J02AX05
Inscription	07/10/2020		MICAFUNGINE MYL 50MG PERF FL	Micafungine	J02AX05
Inscription	04/03/2020		PREVYMIS 480MG CPR	Letermovir	J05AX
Inscription	04/03/2020		PREVYMIS 240MG CPR	Letermovir	J05AX
Radiation	17/03/2020		GAMMANORM 165MG/ML INJ FL 10ML	Immunoglobuline humaine normale	J06BA01
Inscription	24/09/2020		BENDAMUST.BAX 2,5MG/ML FL50ML	Bendamustine	L01AA09
Inscription	24/09/2020		BENDAMUST.BAX 2,5MG/ML FL20ML	Bendamustine	L01AA09
Inscription	04/02/2020		BENDAMUST.HIK 2,5MG/ML 100MG	Bendamustine	L01AA09
Inscription	04/02/2020		BENDAMUST.HIK 2,5MG/ML 25 MG	Bendamustine	L01AA09
Inscription	28/08/2020		PEMETREXED SDZ 25MG/ML FL4ML	Pemetrexed	L01BA04
Inscription	28/08/2020		PEMETREXED SDZ 25MG/ML FL40ML	Pemetrexed	L01BA04
Inscription	28/08/2020		PEMETREXED SDZ 25MG/ML FL20ML	Pemetrexed	L01BA04
Inscription	09/04/2020		PEMETREXED RYP 500MG PERF FL	Pemetrexed	L01BA04
Inscription	09/04/2020		PEMETREXED RYP 100MG PERF FL	Pemetrexed	L01BA04
Inscription	04/02/2020		PEMETREXED OHR 25MG/ML FL20ML	Pemetrexed	L01BA04
Inscription	04/02/2020		PEMETREXED OHR 25MG/ML FL40ML	Pemetrexed	L01BA04
inscription	04/02/2020		PEMETREXED OHR 25MG/ML FL4ML	Pemetrexed	L01BA04
inscription	15/04/2020		CLOFARABINE ACC 1 MG/ML INJ FL	Clofarabine	L01BB06
inscription	09/04/2020		IVOZALL 1MG/ML PERF FL20ML	Clofarabine	L01BB06
inscription	29/09/2020		AZACITIDINE ZEN 25MG/ML INJ F	Azacitidine	L01BC07
inscription	29/09/2020		AZACITIDINE SDZ 25MG/ML INJ F	Azacitidine	L01BC07
inscription	23/09/2020		AZACITIDINE BTP 25MG/ML INJ F	Azacitidine	L01BC07
inscription	29/07/2020		AZACITIDINE MYL 25MG/ML INJ F	Azacitidine	L01BC07
inscription	17/04/2020		AZACITIDINE ACC 25 MG/ML INJ F	Azacitidine	L01BC07
inscription	20/11/2020		CABAZITAXEL RYP 60MG INJ F+F	Cabazitaxel	L01CD04
radiation	11/02/2020		MYOCET 50MG PERF FL+FL+FL	doxorubicine liposomale	L01DB01
inscription	28/07/2020		TECENTRIQ 840MG PERF FL14ML	Atezolizumab	L01XC
inscription	04/09/2020		RUXIENCE 500MG PERF FL50ML	Rituximab	L01XC02
inscription	04/09/2020		RUXIENCE 100MG PERF FL10ML	Rituximab	L01XC02
inscription	29/10/2020		AYBINTIO 25MG/ML PERF FL16ML	Bevacizumab	L01XC07
inscription	29/10/2020		AYBINTIO 25MG/ML PERF FL4ML	Bevacizumab	L01XC07

inscription	05/06/2020		ZIRABEV 25MG/ML PERF FL16ML	Bevacizumab	L01XC07
inscription	05/06/2020		ZIRABEV 25MG/ML PERF FL4ML	Bevacizumab	L01XC07
inscription	05/06/2020		MVASI 25MG/ML PERF FL16ML	Bevacizumab	L01XC07
inscription	05/06/2020		MVASI 25MG/ML PERF FL4ML	Bevacizumab	L01XC07
inscription	23/04/2020		IMFINZI 50MG/ML PERF FL2,4ML	Durvalumab	L01XC28
inscription	23/04/2020		IMFINZI 50MG/ML PERF FL10ML	Durvalumab	L01XC28
inscription	04/09/2020		ARSENIC MYL 1MG/ML INJ F10ML	Arsenic trioxyde	L01XX27
inscription	04/02/2020		TRISENOX 2MG/ML INJ FL6ML	Arsenic trioxyde	L01XX27
inscription	29/07/2020		BORTEZOMIB MDC 2,5MG INJ FL	Bortezomib	L01XX32
inscription	04/02/2020		BORTEZOMIB OHR 1MG INJ FL	Bortezomib	L01XX32
inscription	04/02/2020		BORTEZOMIB OHR 3,5MG INJ FL	Bortezomib	L01XX32
radiation	17/04/2020	01/03/2021	ORENCIA 125 MG INJ SRG 1 ML + P/A	Abatacept	L04AA24
radiation	17/04/2020	01/03/2021	ORENCIA 87,5MG INJ S0,7ML4+P/A	Abatacept	L04AA24
radiation	17/04/2020	01/03/2021	ORENCIA 50MG INJ S.0,4ML 4+P/A	Abatacept	L04AA24
inscription	17/04/2020		ORENCIA 87,5MG INJ S0,7ML +P/A	Abatacept	L04AA24
inscription	17/04/2020		ORENCIA 50MG INJ S.0,4ML +P/A	Abatacept	L04AA24
inscription	14/01/2020		ALOFISEL 5MN CELLU/ML INJ FL	Darvadstrocel	L04AX08
inscription	04/12/2020		ONPATTRO 2MG/ML PERF FL5ML	Patisiran	N07XX12

Source : DGOS / ATIH

### ❖ ***Évolution des dépenses globales liste en sus***

En 2020, la dépense pour les médicaments et dispositifs médicaux facturés en sus des prestations d'hospitalisation s'élève à 5 235 M€ (y compris remises). Cette dépense globale a diminué de 6,3% par rapport à 2019. Cette diminution s'explique notamment par un niveau de remises exceptionnelles, de l'ordre de 350M€ faisant suite à une modification des règles de rattachement comptable des remises concernant les médicaments sous ATU et post-ATU.

Les établissements du secteur ex-DG contribuent à 74% de la dépense de médicaments et dispositifs médicaux de la liste en sus en 2020. Pour le secteur ex-DG, la dépense au titre des médicaments et dispositifs médicaux facturés en sus s'élève à 3 872 M€ (y compris remises), soit une diminution de 8% par rapport à 2019. Pour le secteur ex-OQN, la dépense s'élève à 1 363 M€ (y compris remises), soit une diminution de 0,9% par rapport à 2019.

#### **6.1. Analyse sur le secteur ex-DG**

En 2020, en date de remboursements et hors remises pharmaceutiques, les dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux (DM) remboursées par l'assurance maladie au titre des activités MCO des établissements de santé ex-DG s'élèvent à 5 135 M€.

73,1% des dépenses liées à la liste en sus du secteur ex-DG sont dues aux médicaments (hors médicaments sous ATU), 19,5% sont attribuables aux dispositifs médicaux, 5,6% aux médicaments sous ATU et 1,7% aux médicaments en HAD.

En termes d'évolution par rapport à 2019, les dépenses assurance maladie relatives aux molécules onéreuses hors médicaments sous ATU et hors médicaments en HAD augmentent de +15,2% (contre

14,2% en 2019), celles spécifiques aux hospitalisations à domicile évoluent de +23,7% (contre +4% en 2019). Les dépenses des médicaments sous ATU sont en 2020 en décroissance (-13%).

Enfin, les dépenses liées aux dispositifs médicaux connaissent une baisse de 8,1%, en contraste avec l'augmentation observée en 2019 (3,8%).

**Tableau 15 : Évolution des recettes brutes par sous-postes pour les établissements du secteur ex DG en 2019 (date de remboursement)**

	Montants (en M€)	Évolution 2019/2020
Liste en sus	5 135,6	+8%
dont médicaments en sus	3 754,6	+15,2%
dont médicaments en HAD	87,5	+23,7%
dont dispositifs médicaux en sus	1 003,7	-8,1%
dont médicaments sous ATU	289,8	-13,0%

Source : ATIH – Date de remboursement – Période M12 - Secteur ex-DG

En regroupant les molécules onéreuses au regard de leurs éventuelles modifications sur la liste en sus, les observations suivantes peuvent être faites :

- Les dépenses des molécules nouvellement inscrites augmentent de 118,3 %.
- Les dépenses des molécules ayant fait l'objet d'extensions d'indication en 2020 augmentent de 35,5 %.
- Les dépenses des molécules ayant fait l'objet d'extensions d'indication en 2018 ou 2019 diminuent de -6,7 %.
- Les dépenses des molécules qui ont été radiées de la liste diminuent de -58,3 %.
- Pour les autres molécules, les dépenses sont en diminution de -2,0 %.

En termes de contribution à la croissance globale, la hausse observée sur les inscriptions en 2019 et 2020 et les extensions d'indication en 2020 est en partie compensée par la diminution liée à la fois aux inscriptions et extensions d'indication en 2018, aux radiations et aux autres molécules.

**Tableau 16 : Évolution des dépenses de l'assurance maladie entre 2019 et 2020 au titre des molécules onéreuses de la liste en sus hors médicaments sous ATU pour les établissements du secteur ex DG (date de remboursement)**

	Montants 2019 (en M€)	Montants 2020 (en M€)	Evolution 2019/2020	Contribution à la croissance 2019/2020
<b>Inscriptions</b>	<b>221,27</b>	<b>483,00</b>	<b>118,3%</b>	<b>52,8%</b>
Molécules inscrites en 2018	101,44	77,81	-23,3%	-4,8%

Molécules inscrites en 2019	119,84	341,23	184,7%	44,6%
Molécules inscrites en 2020	-	63,96		12,9%
<b>Extensions d'indication et tensions d'approvisionnement</b>	<b>1 384,70</b>	<b>1 661,78</b>	<b>20,0%</b>	<b>55,9%</b>
Molécules avec extension d'indication en 2018	249,47	221,62	-11,2%	-5,6%
Molécules avec extension d'indication en 2019	118,17	121,34	2,7%	0,6%
Molécules avec extension d'indication en 2020	906,46	1 228,09	35,5%	64,8%
Tension approvisionnement	110,59	90,73	-18,0%	-4,0%
<b>Radiations</b>	<b>16,77</b>	<b>7,00</b>	<b>-58,3%</b>	<b>-2,0%</b>
Molécules radiées en 2019	10,39	6,21		-0,8%
Molécules radiées en 2020	6,37	0,78	-87,7%	-1,1%
Molécules radiées partiellement en 2019	0,01	0,00	-94,1%	0,0%
Molécules radiées partiellement en 2020	-	-		0,0%
Molécule radiée en mars 2018 et inscrite en mai 2019	14,07	39,15	178,3%	5,1%
<b>Autres molécules</b>	<b>1 629,59</b>	<b>1 571,52</b>	<b>-3,6%</b>	<b>-11,7%</b>
<b>Total</b>	<b>3 266,40</b>	<b>3 762,45</b>	<b>15,2%</b>	<b>100,0%</b>

Source : ATIH - date de remboursement

#### ❖ Décomposition de l'évolution de la dépense en effets prix/volume

L'évolution des dépenses peut être détaillée selon ses différentes composantes :

- L'effet **prix** sur la période peut être estimé en rapportant la dépense M12 2020 constatée à une dépense estimée en appliquant les prix moyens de M12 2019 par molécule.
- L'**effet volume économique** correspond à l'évolution de la dépense déflatée de l'effet prix.

**Tableau 17 : Décomposition de l'évolution des dépenses assurance maladie des molécules onéreuses de la liste en sus hors médicaments sous ATU en effets prix/volume – date de remboursement**



	M12 2017 / M12 2016	M12 2018 / M12 2017	M12 2019 / M12 2018	M12 2020 / M12 2019
Evolution des dépenses	12,5 %	-0,5 %	15,6 %	15,2 %
Effet prix	-4,8 %	-8,3 %	-3,0 %	-6,2 %
Effet volume économique	18,3 %	8,4 %	19,1%	22,8 %

Source : ATIH

Les différents effets se compensent pour expliquer la stabilité de l'évolution des dépenses passée de 15,6 % en décembre 2019 à +15,2 % en décembre 2020 : l'effet prix est de -6,2 % alors qu'il était de -3,0 % sur l'année 2019 mais l'effet volume économique est passé de 19,1 % à 22,8 %.

### ❖ Principales contributions à la dépense et à sa croissance

Les molécules KEYTRUDA (code UCD 9419723), OPDIVO 10 (9438979) et DARZALEX (9417871) sont à la fois celles qui sont associées aux dépenses les plus élevées en 2020 et qui contribuent le plus à la croissance des dépenses de molécules onéreuses entre 2019 et 2020. Les dépenses assurance maladie associées à ces molécules ont augmenté respectivement de 76,5 %, 148,4 % et 173,5 %.

Deux autres molécules (en vert dans les tableaux ci-dessous) sont à la fois parmi les 10 molécules contribuant le plus aux dépenses de 2020 et parmi les 10 molécules contribuant le plus à la croissance des dépenses entre 2019 et 2020.

**Tableau 18 : Liste des 10 molécules contribuant le plus en 2020 aux dépenses assurance maladie des molécules onéreuses de la liste en sus hors médicaments sous ATU - date de remboursement**

Libelle	UCD	M12 2019		M12 2020		Evolution		Contribution à la croissance
		Nombre valorisé	Dépense T2A accordée (M€)	Nombre valorisé	Dépense T2A accordée (M€)	Nombre valorisé	Dépense T2A accordée	
KEYTRUDA	9419723	131 247	351,25	240 021	620,02	82,9%	76,5%	54,2%
OPDIVO 10	9438979	49 351	122,18	125 541	303,52	154,4%	148,4%	36,6%
DARZALEX	9417871	58 992	87,92	164 908	240,44	179,5%	173,5%	30,8%
SOLIRIS 3	9299207	43 437	175,24	44 455	170,63	2,3%	-2,6%	-0,9%
AVASTIN 2	9261110	189 868	168,50	149 837	128,79	-21,1%	-23,6%	-8,0%
PERJETA 4	9395106	39 544	115,62	43 648	113,44	10,4%	-1,9%	-0,4%
OCREVUS 3	9435136	6 228	34,48	18 651	99,59	199,5%	188,8%	13,1%
SPINRAZA	9426976	821	59,06	1 297	89,31	58,0%	51,2%	6,1%
TYSABRI 3	9293340	52 690	79,30	53 010	76,90	0,6%	-3,0%	-0,5%
HERCEPTIN	9400037	63 885	83,98	55 632	71,82	-12,9%	-14,5%	-2,5%

**Tableau 19 : Liste des 10 molécules contribuant le plus à la croissance entre 2019 et 2020 des dépenses assurance maladie des molécules onéreuses de la liste en sus hors médicaments sous ATU - date de remboursement**

Libelle	UCD	M12 2019		M12 2020		Evolution		Contribution à la croissance
		Nombre valorisé	Dépense T2A accordée (M€)	Nombre valorisé	Dépense T2A accordée (M€)	Nombre valorisé	Dépense T2A accordée	
KEYTRUDA	9419723	131 247	351,25	240 021	620,02	82,9%	76,5%	54,2%
OPDIVO 10	9438979	49 351	122,18	125 541	303,52	154,4%	148,4%	36,6%
DARZALEX	9417871	58 992	87,92	164 908	240,44	179,5%	173,5%	30,8%
OCREVUS 3	9435136	6 228	34,48	18 651	99,59	199,5%	188,8%	13,1%
YESCARTA	9440456	76	25,37	197	62,89	158,9%	147,9%	7,6%
SPINRAZA	9426976	821	59,06	1 297	89,31	58,0%	51,2%	6,1%
TECENTRIQ	9431262	7 070	25,10	15 451	53,30	118,5%	112,4%	5,7%
BORTEZOMI	9447180	12 415	5,80	47 560	20,99	283,1%	261,9%	3,1%
YERVOY 5M	9374067	672	7,87	1 961	22,25	191,7%	182,6%	2,9%
KADCYLA 1	9400066	6 019	17,73	11 284	30,74	87,5%	73,4%	2,6%

❖ **Analyse par DCI**

L'analyse par dénomination commune internationale (DCI) montre que les 10 DCI associées aux dépenses les plus importantes en 2020 représentent 60,5 % des dépenses de l'année.

En particulier, les DCI PEMBROLIZUMAB et NIVOLUMAB concentrent respectivement 16,5 % et 9,6 % des dépenses de l'année 2020. Elles contiennent respectivement les molécules KEYTRUDA et OPDIVO 10.

**Tableau 20 : Liste des 10 DCI contribuant le plus en 2020 aux dépenses assurance maladie des molécules onéreuses de la liste en sus hors médicaments sous ATU - date de remboursement**

DCI	Dépenses 2019 (M€)	Part des dépenses 2018	Dépenses 2020 (M€)	Part des dépenses 2019	Evolution des dépenses	Contribution à la croissance
PEMBROLIZUMAB	359,61	11,0%	620,19	16,5%	72,5%	52,5%
NIVOLUMAB	353,27	10,8%	359,83	9,6%	1,9%	1,3%
DARATUMUMAB	92,64	2,8%	251,02	6,7%	171,0%	31,9%
IMMUNOGLOBULINE HUMAINE NORMALE	252,02	7,7%	229,27	6,1%	-9,0%	-4,6%
ECULIZUMAB	175,24	5,4%	170,63	4,5%	-2,6%	-0,9%

BEVACIZUMAB	174,48	5,3%	144,94	3,9%	-16,9%	-6,0%
INFLIXIMAB	170,76	5,2%	131,64	3,5%	-22,9%	-7,9%
RITUXIMAB	162,24	5,0%	129,34	3,4%	-20,3%	-6,6%
TRASTUZUMAB	137,99	4,2%	127,55	3,4%	-7,6%	-2,1%
PERTUZUMAB	115,62	3,5%	113,44	3,0%	-1,9%	-0,4%

### ❖ Analyse par classe ATC

La classe L « Antinéoplasiques et immunomodulateurs » de la classification internationale Anatomique, Thérapeutique et Chimique (ATC) est celle qui génère le plus de dépenses AM de molécules onéreuses de la liste en sus en 2020 (3 Md€).

**Tableau 21: Dépenses assurance maladie des molécules onéreuses de la liste en sus hors médicaments sous ATU par classe ATC - date de remboursement**

ATC	Intitulé	Dépenses 2019 (M€)	Part des dépenses 2019	Dépenses 2020 (M€)	Part des dépenses 2020	Evolution des dépenses	Contribution à la croissance
A	Voies digestives et métabolisme	164,90	5,0%	150,84	4,0%	-8,5%	-2,8%
B	Sang et organes hématopoïétiques	117,60	3,6%	105,51	2,8%	-10,3%	-2,4%
C	Système cardiovasculaire	1,22	0,0%	1,13	0,0%	-7,3%	0,0%
J	Antiinfectieux généraux à usage systémique	324,05	9,9%	290,16	7,7%	-10,5%	-6,8%
L	Antinéoplasiques et immunomodulateurs	2 567,69	78,6%	3 001,47	79,8%	16,9%	87,4%
M	Muscle et squelette	59,06	1,8%	89,31	2,4%	51,2%	6,1%
N	Système nerveux	0,00	0,0%	1,41	0,0%	0,0%	0,3%
V	Divers	6,52	0,2%	18,39	0,5%	182,1%	2,4%
	Non encore attribué	25,37	0,8%	104,22	2,8%	310,8%	15,9%

### ❖ DISPOSITIFS MEDICAUX IMPLANTABLES

**NB :** L'évolution des dépenses des dispositifs médicaux implantables étant négative au global (-8,1 %), pour un dispositif présentant une évolution positive, la contribution à la croissance est négative. Sa contribution à la décroissance est en revanche positive.

Parmi les dispositifs médicaux implantables, la bioprothèse valvulaire de code 3299070 et les stimulateurs cardiaques de codes 8416817 et 3486374 à la fois sont parmi les montants de dépenses les plus importants pour l'année 2020 et contribuent le plus à la croissance des dépenses entre 2019 et 2020, c'est-à-dire contribuent le moins à la décroissance, les dépenses diminuant globalement de -8,1 % entre 2019 et 2020.

Le dispositif contribuant le plus à la décroissance globale est le stimulateur cardiaque de code 3489875.

**Tableau 22 : Liste des 10 DMI contribuant le plus en 2020 aux dépenses assurance maladie des dispositifs médicaux implantables - date de remboursement**

DMI	Libellé	Dépenses T2A M12 2019	Dépenses T2A M12 2020	Evolution dépenses T2A	Contribution à la croissance
3299070	BIOPROTHÈSE VALVULAIRE, TRANSCUTANÉE, AORTIQUE, EDWARDS, SAPIEN 3 + COMMANDER.	64 107 419,23	69 611 404,46	8,6%	-9,6%
3267005	BIOPROTHÈSE VALVULAIRE, TRANSCUTANÉE, AORTIQUE, MEDTRONIC, COREVALVE EVOLUT R.	28 947 235,76	23 920 694,94	-17,4%	8,8%
3279860	BIOPROTHÈSE VALVULAIRE, TRANSCUTANÉE, MEDTRONIC, COREVALVE EVOLUT PRO.	27 477 983,92	22 693 181,89	-17,4%	8,3%
8416817	STIMULATEUR CARDIAQUE DOUBLE CHAMBRE, TYPE DDDR, MICROPORT CRM	669 876,74	21 339 428,17	3085,6%	-36,0%
3428900	STIMULATEUR CARDIAQUE DOUBLE CHAMBRE FRÉQ. ASSERV., BIOTRONIK, EDORA 8 DR-T	19 810 188,17	20 553 086,39	3,8%	-1,3%
3486374	STIMULATEUR CARDIAQUE DOUBLE CHAMBRE FRÉQ. ASSERV., ABBOTT, ASSURITY MRI DR.	5 738 633,21	15 671 835,48	173,1%	-17,3%
3407430	STIMULAT CARDIAQ DOUBLE CHAMBRE FRÉQ.ASSERV., MEDTRONIC, AZURE XT DR MRI SURESCAN	12 640 517,41	15 185 718,23	20,1%	-4,4%
3412312	NEUROSTIMU. MÉDUL, MEDTRONIC, INTELLIS, SYST. COMPLET + ACCESSOIRES.	7 596 355,47	10 116 854,28	33,2%	-4,4%
3446890	DISPOSITIF ASSISTANCE CIRCULAT, MONO-VENTRICUL GAUCHE, ABBOTT, HEARTMATE 3.	10 970 369,81	9 645 745,45	-12,1%	2,3%
3109341	SYSTÈME DE CLIP PERCUTANÉ POUR VALVE MITRALE, ABBOTT, MITRACLIP XTR.	6 985 363,09	9 208 895,40	31,8%	-3,9%

**Tableau 23 : Liste des 10 DMI contribuant le plus à la croissance (contributions négatives) entre 2019 et 2020 des dépenses assurance maladie des dispositifs médicaux implantables - date de remboursement**

DMI	Libellé	Dépenses T2A M12 2019	Dépenses T2A M12 2020	Evolution dépenses T2A	Contribution à la croissance
-----	---------	-----------------------	-----------------------	------------------------	------------------------------

8416817	STIMULATEUR CARDIAQUE DOUBLE CHAMBRE, TYPE DDDR, MICROPORT CRM	669 876,74	21 339 428,17	3085,6%	-36,0%
3486374	STIMULATEUR CARDIAQUE DOUBLE CHAMBRE FRÉQ. ASSERV., ABBOTT, ASSURITY MRI DR.	5 738 633,21	15 671 835,48	173,1%	-17,3%
8427531	SONDES STIM ATRIALE OU VENTRICULAIRE DROITE HORS VDD, BIPOLAIRES, ABBOTT MEDICAL	294 901,32	8 776 657,82	2876,1%	-14,8%
8410134	SONDES STIM ATRIALE OU VENTRICULAIRE DROITE HORS VDD, BIPOLAIRES, BIOTRONIK	341 155,47	8 039 741,02	2256,6%	-13,4%
8133686	IMPLANT EMBOL. ART. A DETACHEMENT ELECTRIQUE DE FORME COMPLEXE, STRYKER	299 510,08	7 354 736,33	2355,6%	-12,3%
8127390	IMPLANT EXOVASCULAIRE DE FERMETURE DE MALFORMATIONS CONGENITALES, ABBOTT MEDICAL	105 054,32	6 638 796,86	6219,4%	-11,4%
3473791	IMPLANT COCH, COCHLEAR, NUCLEUS CI622	1 108 936,23	7 485 530,93	575,0%	-11,1%
8427123	SONDES STIM ATRIALE OU VENTRICULAIRE DROITE HORS VDD, BIPOLAIRES, MEDTRONIC	175 311,84	6 370 753,18	3534,0%	-10,8%
8119367	ENDOPROTHESE NUE AUTO-EXPANSIBLE, BARD FRANCE SAS	251 793,38	6 088 932,07	2318,2%	-10,2%
3299070	BIOPROTHÈSE VALVULAIRE, TRANSCUTANÉE, AORTIQUE, EDWARDS, SAPIEN 3 + COMMANDER.	64 107 419,23	69 611 404,46	8,6%	-9,6%

**Tableau 24 : Liste des 10 DMI contribuant le plus à la décroissance (contributions positives) entre 2019 et 2020 des dépenses assurance maladie des dispositifs médicaux implantables - date de remboursement**

DMI	Libellé	Dépenses T2A M12 2019	Dépenses T2A M12 2020	Evolution dépenses T2A	Contribution à la croissance
3489875	STIMULATEUR CARDIAQUE DOUBLE CHAMBRE, TYPE DDDR	48 208 409,26	105 587,75	-99,8%	54,6%
3165517	HANCHE, TIGE STANDARD, COL INCLUS, DROITE, MODULAIRE NON CIMENTEE	35 506 670,62	158 062,94	-99,6%	40,2%
3416340	SONDES STIM ATRIALE OU VENTRICULAIRE DROITE HORS VDD, BIPOLAIRES	28 966 019,79	105 972,74	-99,6%	32,8%
3127942	GENOU, IMPLANT FEMORAL, BICONDYLIEN, CIMENTE	23 306 672,74	20 682,01	-99,9%	26,5%
3151047	GENOU, IMPLANT FEMORAL, BICONDYLIEN, NON CIMENTE	21 187 856,74	15 240,47	-99,9%	24,1%
3152319	GENOU, IMPLANT TIBIAL BICOMPARTIMENTAL, EMBASE METALLIQUE, CIMENTEE	17 500 718,27	17 406,33	-99,9%	19,9%
3171535	ENDOPROTHÈSE NUE AUTO-EXPANSIBLE	16 405 081,34	104 832,89	-99,4%	18,5%

3137283	RACHIS, IMPLANT ANCRAGE, VIS PEDICULAIRE NON CERVICALE	15 988 537,64	110 512,00	-99,3%	18,0%
3121661	IMPLANT D'EMBOUSISATION ARTERIELLE A DETACHEMENT ELECTRIQUE DE FORME COMPLEXE	13 458 026,35	158 556,36	-98,8%	15,1%
3181870	GENOU, IMPLANT BICOMPARTIMENTAL OU INSERT TIBIAL EN POLYETHYLENE SEUL	13 269 366,40	16 988,71	-99,9%	15,1%

## 6.2. Analyse sur le secteur ex OQN

### En date de soins :

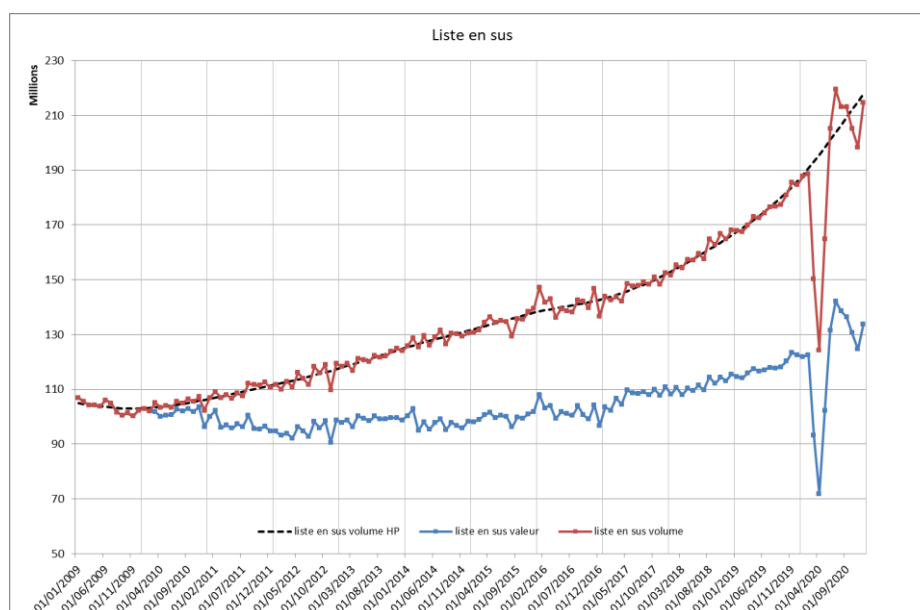
A fin décembre 2020, les dépenses de médicaments (y compris sous ATU) et de dispositifs médicaux en sus remboursées par l'assurance maladie au titre de des activités MCO des établissements de santé ex-OQN s'élevaient à 1 464M€, soit une hausse de +2,8% par rapport à 2019 (champ RG y compris ex RSI).

**Tableau 25 : Evolutions des dépenses de médicaments et dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus – Secteur ex-OQN**

Liste en sus	Evolution brute	Effet tarif chgt de champ	Evolution volume brut
2018	4,0%	-4,7%	9,1%
2019	6,0%	-3,7%	10,1%
2020	2,8%	-5,6%	8,9%

Source : CNAM

On décompose l'évolution des dépenses 2020 de +2,8% par un effet volume de +8,9% (incluant l'effet jours ouvrés) et un effet de tarif et changement de champ de -5,6% (dû à des baisses de tarif intervenues sur plusieurs médicaments).



Source : CNAM

### En date de remboursement

A fin décembre 2020, on observe une évolution des montants remboursés en date de remboursement de +5,1% de la liste en sus en établissements privés, dont +18,3% pour les médicaments en sus et -7,8% pour les DMI en sus.

**Tableau 26 : Evolutions des dépenses de médicaments et dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus par catégories – Secteur ex-OQN**

Libellé	Montants remboursés 2020 (M€)	Evolution 2020
Liste en sus	1470	5,1%
dont médicaments en sus	691	18,3%
dont DMI en sus	756	-7,8%
dont médicaments sous ATU	23	32,3%
Champ: régime général, France métropolitaine		

Source : CNAM

### ❖ Évolution des dépenses de médicaments (hors ATU)

#### Analyse par Spécialité/DCI

Parmi les médicaments les plus contributeurs en 2020, se trouve la DCI Pembrolizumab dont la contribution à la croissance est d'environ 14,2%. Viennent ensuite Daratumumab, Durvalumab, Atezolizumab et Ocrelizumab.

**Tableau 27 : Évolution des dépenses de l'assurance maladie entre 2019 et 2020 au titre des molécules onéreuses de la liste en sus pour les 5 plus fortes contributions par DCI pour les établissements du secteur ex OQN (date de remboursement)**

DCI	Montants remboursables 2019 (en M€)	Montants remboursables 2020 (en M€)	évolution 2020/2019	contribution 2020
PEMBROLIZUMAB	64,9	147,0	126%	14,2%
DARATUMUMAB	3,5	15,3	335%	2,0%
DURVALUMAB	0,0	10,4		1,8%
ATEZOLIZUMAB	5,0	13,7	173%	1,5%
OCRELIZUMAB	2,2	7,1	227%	0,9%

Source : CNAM

A l'inverse, les DCI Bevacizumab, Infliximab, Trastuzumab font partie des médicaments les moins contributeurs.

**Tableau 28: Évolution des dépenses de l'assurance maladie entre 2019 et 2020 au titre des molécules onéreuses de la liste en sus pour les 5 plus faibles contributions par DCI pour les établissements du secteur ex OQN (date de remboursement)**

DCI	Montants remboursables 2019 (en M€)	Montants remboursables 2020 (en M€)	évolution 2020/2019	contribution 2020
BORTEZOMIB	6,6	4,3	-34%	-0,4%
AZACITIDINE	8,7	6,0	-31%	-0,5%
TRASTUZUMAB	68,4	64,0	-6%	-0,7%
INFLIXIMAB	33,8	26,8	-21%	-1,2%
BEVACIZUMAB	65,3	57,2	-12%	-1,4%

Source : CNAM

### ❖ Évolution des dépenses de médicaments sous ATU

Les montants remboursables au titre des médicaments sous ATU s'élèvent à 23M€ à fin décembre 2020, avec une évolution de +32,3% par rapport à 2019.

A noter que Darzalex® et Imfinzi® (classe ATC Durvalumab) sont dorénavant inscrit sur la liste en sus.

**Tableau 29 : Montants remboursés au titre des médicaments sous ATU les plus contributeurs à la croissance en 2019 pour les établissements du secteur ex OQN (date de remboursement)**

Code UCD	Libellé	Montants remboursables 2019 (en €)	Montants remboursables 2020 (en €)	évolution 2020/2019	contribution 2020
9431262	TECENTRIQ 1200MG PERF FL20ML	526 496	3 349 669	536%	14%
9439660	PM01183 4MG PERF FL	-	1 842 222		9%
9451431	ATEZOLIZUMAB RCH 840MG INJ FL	-	1 355 642		7%
9447470	LIBTAYO 350MG PERF FL	114 084	1 329 460	1065%	6%
9400066	KADCYLA 160MG PERF FL	3 162	819 794	25827%	4%
9455446	MITOSOL 0,2MG/ML OPHT FL	-	383 208		2%
9000489	TRASTUZUMAB DERUX DSK 100MG	-	376 912		2%
9455475	SARCLISA 20MG/ML PERF FL25ML	-	349 745		2%
9000242	BELANTAMAB MAF.GSK.100MG FL	-	203 011		1%
9440551	IMFINZI 50MG/ML	2 851 433	2 230 389	-22%	-3%
9436294	DURVALUMAB 50MG/ML SOL PERF	1 754 604	582 278	-67%	-6%
9417871	DARZALEX 20MG/ML	1 436 059	13 183	-99,1%	-7%

Source : CNAM

### ❖ Évolution des dépenses liées aux dispositifs médicaux

A la suite de la déprogrammation d'opérations non urgentes lors du premier confinement de mars 2020, trois assiettes importantes que sont les implants du genou, cardiaques et vasculaires, de la hanche ont vu leur croissance chuter par rapport à 2019.



En revanche, les postes qui ont contribué positivement à la croissance en 2020 sont principalement : les implants orthopédiques qui se sont développés dans l'utilisation des systèmes modulaires de reconstruction et les implants cardiovasculaires.

**Tableau 30 : Évolution des montants remboursables 2019 et 2020 au titre des dispositifs médicaux pour les établissements du secteur ex OQN (date de remboursement)**

Libellés	Montants remboursables 2019 (en M€)	Montants remboursables 2020 (en M€)	évol 2020/2019	contribution 2020
SYSTEMES MODULAIRES DE RECONSTRUCTION	3,0	6,8	125,2%	0,5%
IMPLANTS CARDIOVASCULAIRES	63,0	66,6	5,7%	0,4%
MONITEURS ECG IMPLANTABLES	2,5	4,3	67,9%	0,2%
IMPLANTS OPHTHALMOLOGIQUES	0,6	2,1	266,7%	0,2%
GUIDES DE MESURE DE LA FRACTION DU FLUX DE RESERVE	2,7	4,3	56,1%	0,2%
STIMULATEURS CARDIAQUES	75,9	77,0	1,5%	0,1%
BALLONS ACTIFS CORONAIRES	0,0	0,8		0,1%
GREFFONS OSSEUX	10,5	9,2	-11,6%	-0,1%
NEUROSTIMULATEUR MEDULLAIRE IMPLANTABLE	14,3	12,9	-9,5%	-0,2%
SONDES DE STIMULATION CARDIAQUE IMPLANTABLES	18,6	17,2	-7,6%	-0,2%
IMPLANTS ARTICULAIRES EPAULE	32,2	28,0	-13,1%	-0,5%
IMPLANTS ORTHOPEDIQUES	55,6	50,8	-8,6%	-0,6%
IMPLANTS DU RACHIS	43,7	35,6	-18,6%	-1,0%
IMPLANTS ARTICULAIRES HANCHE	132,1	122,3	-7,4%	-1,2%
IMPLANTS CARDIAQUES ET VASCULAIRES	153,1	141,2	-7,7%	-1,4%
IMPLANTS ARTICULAIRES GENOU	170,3	141,0	-17,2%	-3,6%
AUTRES	41,5	39,1	-5,8%	-0,3%

Source : CNAM

## 7. Analyse spécifique sur les prises en charge hospitalière de la COVID-19 en 2020

### 7.1. Principes méthodologiques

---

Les principes méthodologiques sont indiqués en Annexes.

### 7.2. Résultats d'analyse

---

Au cours de l'année 2020, 218 000 patients ont été hospitalisés pour prise en charge de la COVID-19. Les patients COVID-19 représentent 2% de l'ensemble des patients hospitalisés au cours de l'année 2020, tous champs hospitaliers confondus. En moyenne, ces patients COVID-19 ont été hospitalisés 18,7 journées au cours de l'année 2020. Ainsi, tous champs hospitaliers confondus, plus de 4 millions de journées d'hospitalisation ont concerné la prise en charge de la COVID-19 en 2020.

Un patient sur cinq hospitalisé pour COVID-19 en 2020 est décédé en cours d'hospitalisation. Parmi l'ensemble des décès hospitaliers survenus au cours de l'année 2020, 11% ont concerné des patients COVID-19.

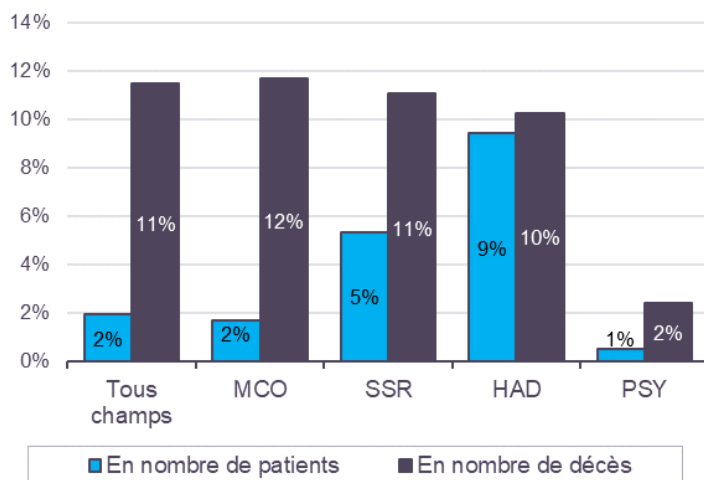
**Tableau 31 : Nombre de patients hospitalisés pour COVID-19, de journées d'hospitalisations et de décès hospitaliers dans les différents champs sanitaires, année 2020**

	Nombre de patients hospitalisés	Nombres de journées d'hospitalisation	Nombre moyen de journées d'hospitalisation par patient	Nombre de décès hospitaliers	Taux de décès hospitaliers
MCO	185 863	2 489 030	13,2	36 101	19%
SSR	46 710	1 268 138	26,9	4 098	9%
HAD	14 473	209 799	14,5	3 888	27%
PSY	2 054	-	-	18	1%
<b>Tous champs*</b>	<b>217 974</b>	<b>3 966 967</b>	<b>18,2</b>	<b>44 091</b>	<b>20%</b>

\* Le nombre de journées d'hospitalisation pour COVID n'étant pas connu en psychiatrie, les nombre de journées d'hospitalisations et nombre moyen de journées d'hospitalisation par patient n'intègrent pas le champ psychiatrie.

Source : ATIH

**Figure 41 : Poids des patients COVID-19 dans l'activité hospitalière, par champ et tous champs, en 2020**



Source : ATIH

85% des patients hospitalisés pour COVID-19 en 2020 l'ont été dans un établissement MCO. Cela représente environ 185 900 patients dont près de 36 100 décès. En moyenne, ces 185 900 patients pris en charge en MCO pour COVID-19 ont eu une durée d'hospitalisation de 13,2 jours en service de courts séjours.

Concernant l'activité à domicile, 14 500 patients COVID-19 ont été hospitalisés en 2020 pour une durée moyenne d'hospitalisation de 2 semaines. Parmi ces 14 500 patients, 3 900 sont décédés. Les patients COVID-19 ont représenté 9% de la patientèle hospitalisée à domicile.

Plus de 46 700 patients COVID-19 ont été hospitalisés en SSR en 2020. Les patients COVID-19 représentent 5% de la patientèle SSR en 2020. Dans ces établissements, la durée moyenne d'hospitalisation des patients COVID-19 approche les 4 semaines en 2020 (27 journées d'hospitalisation en moyenne par patient). Près de 4 100 décès de patients COVID-19 sont recensés en établissements SSR, ce qui représente 9% des patients COVID-19 hospitalisés en SSR.

Durant l'année 2020, près de 46 000 patients COVID-19 ont été pris en charge dans un service de soins critiques, qu'il s'agisse d'un service de réanimation, de soins continus ou de soins intensifs. Ainsi, près du quart des patients hospitalisés pour COVID-19 en MCO ont été pris en charge dans une unité de soins critiques.

**Tableau 32 : Nombre de patients hospitalisés en unités de soins critiques pour COVID-19, journées d'hospitalisations et décès hospitaliers, année 2020**

	Nombre de patients hospitalisés	Nombres de journées en service de soins critiques	Nombre moyen de journées d'hospitalisation par patient			Nombre de décès hospitaliers	Taux de décès hospitaliers
			en soins critiques	en MCO	tous champs		
<b>Soins critiques</b>	<b>45 732</b>	<b>645 328</b>	<b>13,9</b>	<b>20,7</b>	<b>26,6</b>	<b>11 585</b>	<b>25%</b>
Réanimation	29 096	463 712	15,7	24,9	32,1	8 274	28%

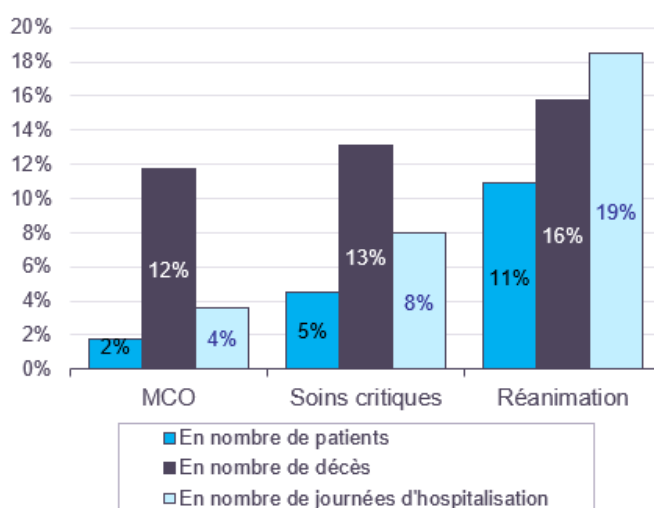
Source : ATIH

La durée moyenne d'hospitalisation en unité de soins critiques est de 2 semaines par patient (13,9 journées), pour une durée moyenne globale d'hospitalisation en MCO de près de 3 semaines (20,7 journées MCO par patient). La durée de prise en charge en services de soins critiques a été particulièrement importante pour les patients COVID-19. A titre de comparaison, le nombre moyen de journées d'hospitalisation en service de soins critiques pour grippe en 2019 s'élevait à 8,5 journées par patient.

Parmi les patients hospitalisés en service de soins critiques, plus de 29 000 ont été pris en charge en service de réanimation pour une durée moyenne de 15,7 jours. Pour comparaison, les prises en charge en service de réanimation pour grippe en 2019 ont duré en moyenne 11,0 jours par patient.

Au cours de l'année 2020, plus d'un patient sur dix hospitalisé en service de réanimation était atteint de la COVID-19 (11%) et près d'une journée d'hospitalisation en service de réanimation sur cinq a été consacrée à la prise en charge des patients COVID-19 (19%).

**Figure 42 : Poids des patients COVID-19 dans l'activité hospitalière MCO, en 2020**



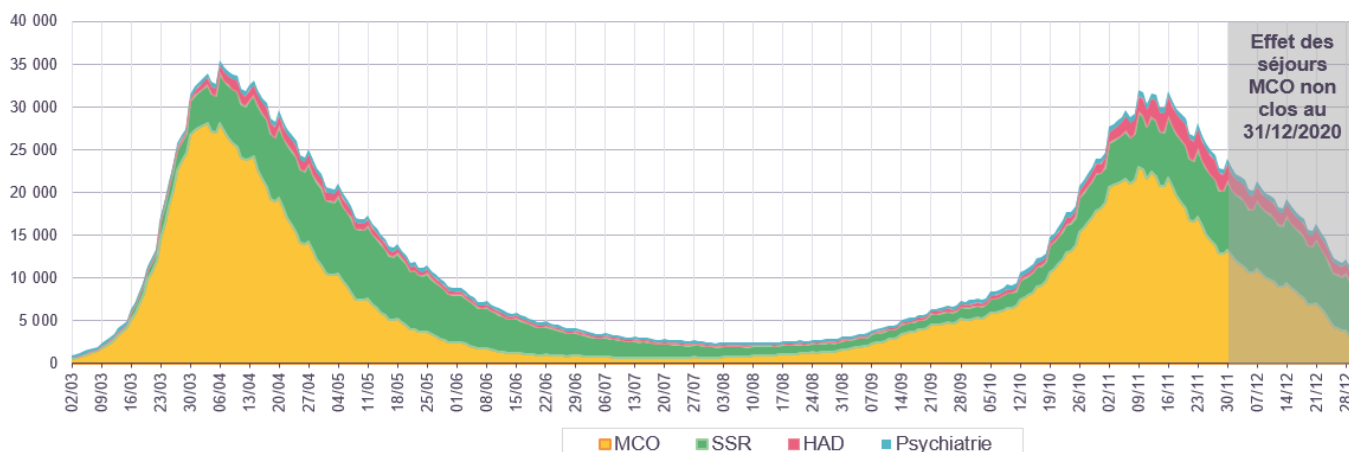
Source : ATIH

### ❖ Temporalité des hospitalisations

En 2020, le nombre de patients COVID-19 en cours d'hospitalisation a été maximal le lundi 6 avril. A cette date, près de 35 100 patients COVID-19 étaient hospitalisés, tous champs d'hospitalisation confondus. Globalement, le nombre quotidien de patients COVID-19 hospitalisés a été supérieur à 30 000 au cours de la période du 30 mars au 16 avril 2020. Ce seuil de 30 000 patients COVID-19 hospitalisés a de nouveau été dépassé à compter du 9 novembre, et, a minima, jusqu'au 17 novembre. Les hospitalisations MCO considérées étant restreintes à celles terminées avant le 31 décembre 2020<sup>5</sup>, l'occupation hospitalière ici étudiée et représentée n'est pas complète.

<sup>5</sup> Les séjours MCO débutés en fin d'année 2020 ayant pris fin en 2021 ne sont pas intégrés aux analyses ; les données PMSI MCO 2020 intégrant uniquement les séjours clos entre le 01/01/2020 et le 31/12/2020.

**Figure 43 : Nombre quotidien de patients en cours d'hospitalisation pour COVID par champ sanitaire, du 2 mars 2020 au 31 décembre 2020**



Source : ATIH

*A noter : Les hospitalisations à temps partiel en SSR et psychiatrie ne sont pas représentées. Les autorisations de sortie en SSR et psychiatrie ne sont pas décomptées. En MCO, seuls les séjours clos au 31/12/2020 sont présents dans le périmètre d'étude, la forte baisse observée sur les dernières semaines de l'année reflète cette restriction du périmètre MCO liée aux données PMSI 2020.*

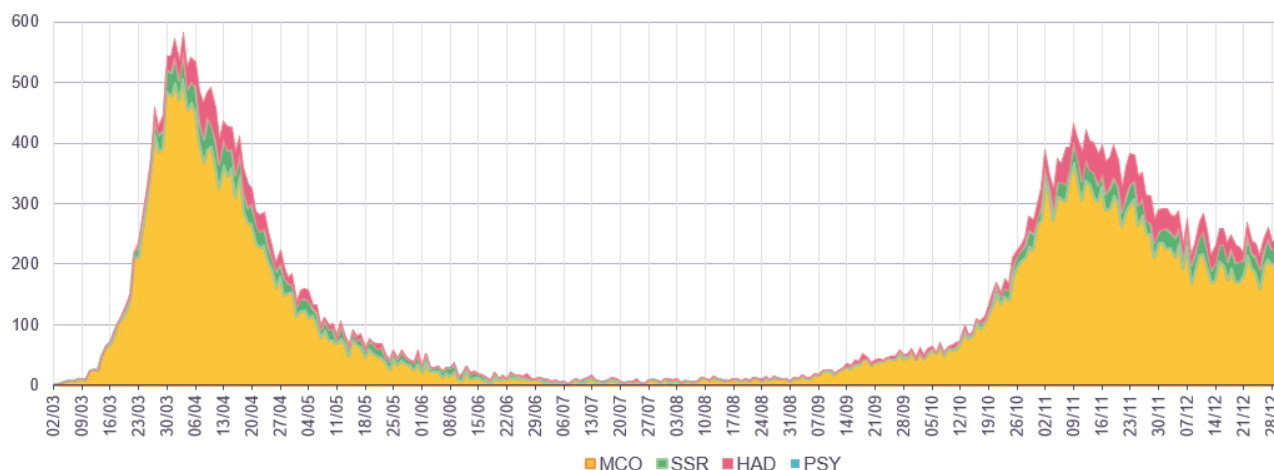
En MCO, le seuil des 20 000 patients COVID-19 en cours d'hospitalisation a été franchi entre le 26 mars et le 17 avril 2020. Ce seuil de 20 000 patients en cours d'hospitalisation en unité de courts séjours a de nouveau été atteint le 2 novembre, et a minima jusqu'au 17 novembre.

En SSR, l'occupation des patients COVID-19 est observée en décalage des prises en charge MCO. Bien que le nombre de patients COVID-19 hospitalisés en SSR dépassait déjà le seuil de 4 000 dès le 31 mars 2020, les établissements SSR ont compté plus de 8 000 patients COVID-19, chaque jour, entre le 20 avril et le 13 mai 2020. En fin d'année 2020, l'occupation journalière des établissements SSR par les patients COVID-19 a de nouveau atteint ce seuil de 8 000 patients au cours de deux journées : le 30 novembre et le 7 décembre.

Au cours de la première vague épidémique, le nombre de patients COVID-19 en cours d'hospitalisation à domicile a été le plus important entre le 7 avril et le 1<sup>er</sup> mai 2020. Durant cette période, le nombre quotidien de patients en cours d'HAD a été supérieur à 1 000. Ce seuil de 1 000 patients a de nouveau été franchi au début de la seconde vague épidémique : dès le 29 octobre plus de 1 000 patients COVID-19 étaient en cours d'hospitalisation à domicile, et cela jusqu'au dernier jour de l'année. Au cours de cette seconde vague, la prise en charge des patients COVID-19 en HAD s'est révélée plus importante. Le seuil des 2 000 patients quotidiens en cours d'HAD a même été franchi entre le 10 et le 28 novembre 2020. Au cours de cette seconde vague épidémique le nombre maximal de patients en cours d'HAD a été de près de 2 500 patients le 20 novembre 2020, contre moins de 1 400 patients au maximum lors de la première vague épidémique, atteints le 17 avril 2020.

Le nombre de décès hospitaliers de patients COVID-19 a été maximal le vendredi 3 avril 2020, date à laquelle 583 patients atteints de la COVID-19 sont décédés en cours d'hospitalisation. Durant la première vague épidémique, le nombre quotidien de décès hospitaliers de patients COVID-19 a dépassé les 400 décès durant 20 jours, entre le 27 mars et le 15 avril 2020. Au cours de la seconde vague épidémique, ce seuil de 400 décès hospitaliers quotidiens de patients COVID-19 a été franchi au cours de 5 journées (les 9 et 10 novembre et du 12 au 14 novembre). En revanche, alors que le seuil de 200 décès hospitaliers quotidiens a été franchi durant 5 semaines au cours de la première vague (du 22 mars au 27 avril 2020), ce seuil de 200 décès hospitaliers quotidiens a été franchi dès le 25 octobre et cela jusqu'au dernier jour de l'année 2020, soit pendant plus de 9 semaines.

**Figure 44 : Nombre quotidien de décès hospitaliers de patients COVID-19 par champs sanitaire, du 2 mars 2020 au 31 décembre 2020**



Source : ATIH

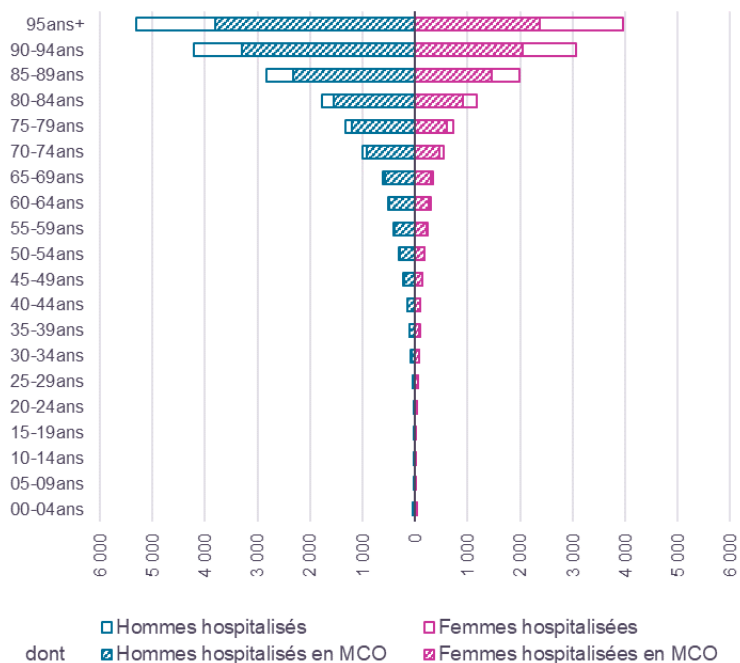
### ❖ Profil des patients COVID-19

En 2020, 326 personnes pour 100 000 habitants ont été hospitalisées pour COVID-19 dans les établissements de santé français. Ce taux d'hospitalisation varie fortement selon les classes d'âge. Le taux d'hospitalisation pour COVID-19 en 2020 est inférieur à 100 patients pour 100 000 habitants chez les moins de 35 ans, il reste inférieur à 200 pour 100 000 chez les moins de 50 ans puis augmente rapidement pour passer à 316 pour 100 000 chez les 50-64 ans, 597 pour 100 000 chez les 64-74 ans, 1 192 pour 100 000 chez les 75-84 ans, 2 645 pour 100 000 chez les 85-94 ans pour atteindre 4 241 patients pour 100 000 habitants de 95 ans ou plus.

Par ailleurs, le taux d'hospitalisation est plus élevé chez les hommes (354 patients pour 100 000 habitants) que chez les femmes (301 patientes pour 100 000 habitants), et ce quelle que soit la classe d'âge. Cet écart d'hospitalisation entre hommes et femmes est davantage marqué sur les seules hospitalisations MCO : alors que le taux d'hospitalisation en MCO pour COVID-19 est de 241 pour 100 000 habitants pour les femmes, il atteint 318 patients pour 100 000 habitants pour les hommes.

Un tel écart de taux d'hospitalisation entre hommes et femmes n'est pas constaté sur les hospitalisations pour grippe. En effet, en 2019, le taux d'hospitalisation pour grippe était de 50 patients pour 100 000 habitants chez les hommes et de 49 pour 100 000 chez les femmes. Un sur-recours à l'hospitalisation pour grippe des hommes par rapport aux femmes est néanmoins observé sur les classes d'âge supérieure à 40 ans.

**Figure 45 : Taux d'hospitalisation (nombre de patients pour 100 000 habitants) pour COVID-19, par classe d'âge et par sexe, année 2020**



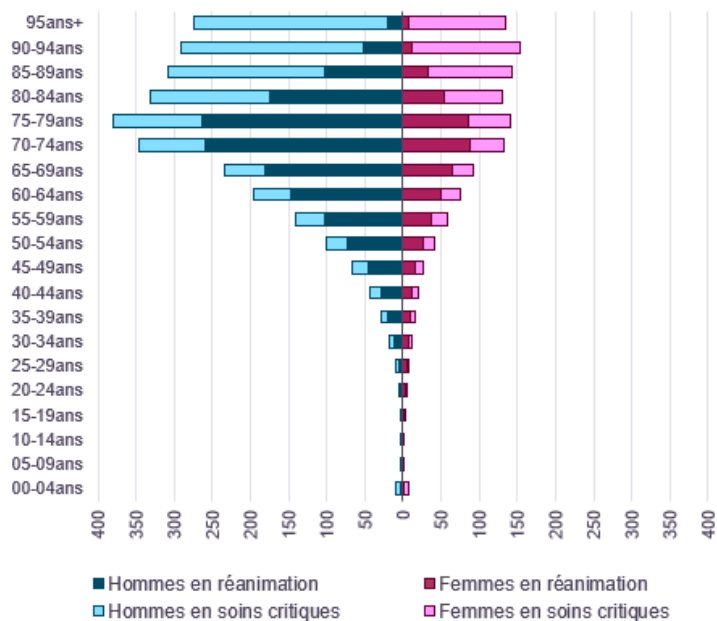
Source : ATIH

Le recours aux services de soins critiques pour COVID-19 durant l'année 2020 a été nettement plus important chez les hommes que chez les femmes. En effet, en 2020, 94 hommes pour 100 000 habitants ont été hospitalisés pour COVID-19 en soins critiques contre 45 femmes pour 100 000 habitants. Ainsi, le taux d'hospitalisation pour COVID-19 en unité de soins critiques a été 2,1 fois plus élevé chez les hommes. Ce différentiel entre hommes et femmes est davantage marqué sur le recours aux services de réanimation. Le taux d'hospitalisation pour COVID-19 en réanimation est 2,6 fois plus élevé pour les hommes (64 pour 100 000) que pour les femmes (25 pour 100 000).

Un sur-recours aux services de soins critiques des hommes par rapport aux femmes est également observé pour les gripes parmi les patients âgés de plus de 40 ans. Néanmoins, cet écart de recours au service de soins critiques, et plus particulièrement aux services de réanimation, entre hommes et femmes est nettement plus important dans le cadre des prises en charge de la COVID-19.

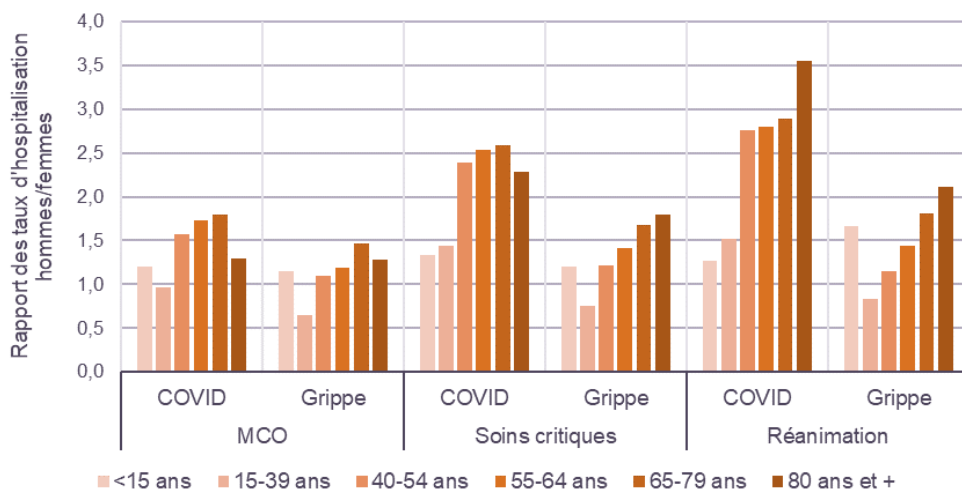
Par ailleurs, les écarts de recours aux services de soins critiques, et plus spécifiquement aux services de réanimation, pour COVID-19 par classe d'âge sont plus importants chez les hommes que chez les femmes. Les taux d'hospitalisation en soins critiques et en réanimation les plus importants concernent les hommes âgés de 75 à 79 ans. En 2020, 380 hommes de 75 à 79 ans pour 100 000 habitants ont été hospitalisés en soins critiques pour COVID-19, dont 263 hommes hospitalisés en service de réanimation pour 100 000 habitants.

**Figure 46 : Taux d'hospitalisation (nombre de patients pour 100 000 habitants) en service de soins critiques pour COVID-19, par classe d'âge et par sexe, année 2020**



Source : ATIH

**Figure 47 : Rapport des taux d'hospitalisation entre hommes et femmes pour COVID en 2020 et pour grippe en 2019, par classe d'âge**



Source : ATIH

Une analyse des diagnostics codés au cours des hospitalisations des patients atteints de la COVID-19 a été menée afin de documenter les pathologies chroniques pouvant être potentiellement considérées comme des comorbidités présentées par les patients. Dix-huit comorbidités potentielles ont ainsi été identifiées pour les patients pris en charge pour la COVID-19, à partir des diagnostics codés dans les données PMSI relatives aux hospitalisations pour prise en charge de la COVID-19 (Tableau 33). Il s'agit des comorbidités documentées comme potentiels facteurs de risque de forme grave de COVID-19.

Durant l'année 2020, 72% des patients hospitalisés présentaient une ou plusieurs comorbidités associées à un risque de forme grave de COVID-19. Plus de la moitié des patients COVID-19 hospitalisés présentait un facteur de risque cardiovasculaire, les plus fréquents étant l'hypertension artérielle et le diabète (concernant respectivement 39% et 23% des patients hospitalisés). Près du quart des patients hospitalisés présentait une pathologie cardiovasculaire. Également, un quart des patients hospitalisés souffrait d'une carence (dénutrition, anémie chronique, carence en vitamine D).



Par ailleurs, 15% des patients hospitalisés pour COVID-19 souffrait d'une pathologie respiratoire chronique préexistante.

La proportion de patients hospitalisés avec comorbidité(s) à risque de forme sévère de COVID-19 est plus élevé chez les hommes. En effet, 73% des hommes hospitalisés pour COVID-19 présentent une comorbidité contre 70% des femmes. En l'occurrence, les pathologies cardiovasculaires et respiratoires sont plus fréquentes chez les hommes hospitalisés pour COVID-19 que chez les femmes.

Parmi les patients hospitalisés en unité de soins critiques, la proportion de patients avec comorbidités s'élève à 82%, chez les hommes comme chez les femmes. Près des deux-tiers des patients hospitalisés en soins critiques pour COVID-19 présentaient un facteur de risque cardiovasculaire. Ainsi, 46% des patients ayant été pris en charge en service de soins critiques étaient atteints d'hypertension artérielle et 30% de diabète. Par ailleurs, 27% des femmes et 19% des hommes pris en charge en services de soins critiques présentaient une obésité ; versus respectivement 12% et 11% pour les femmes et les hommes hospitalisés pour COVID-19 (avec ou sans passage en soins critiques)

**Tableau 33 : Effectif, proportion et âge moyen des patients hospitalisés pour COVID-19 selon les comorbidités, et par type de prise en charge année 2020**

Comorbidités	Patients hospitalisés pour COVID-19, tous champs hospitaliers					Patients hospitalisés EN SERVICE DE SOINS CRITIQUES pour COVID-19				
	Nombre de patients	% de patients	% parmi les hommes hospitalisés pour COVID	% parmi les femmes hospitalisées pour COVID	Age moyen	Nombre de patients	% de patients	% parmi les hommes hospitalisés pour COVID	% parmi les femmes hospitalisées pour COVID	Age moyen
<b>Patients avec comorbidité(s) COVID</b>	<b>156 504</b>	<b>72%</b>	<b>73%</b>	<b>70%</b>	<b>74,3</b>	<b>37 341</b>	<b>82%</b>	<b>82%</b>	<b>82%</b>	<b>67,6</b>
<b>Facteurs de risque cardiovasculaires</b>	<b>113 557</b>	<b>52%</b>	<b>53%</b>	<b>52%</b>	<b>74,3</b>	<b>29 029</b>	<b>63%</b>	<b>63%</b>	<b>65%</b>	<b>67,7</b>
HTA	85 089	39%	38%	40%	76,8	21 261	46%	46%	47%	70,0
Hypercholestérolémie et hyperlipidémie	12 607	6%	6%	5%	75,2	3 847	8%	9%	8%	70,2
Diabète	49 724	23%	26%	20%	73,1	13 763	30%	31%	29%	68,1
Obésité	24 931	11%	11%	12%	64,0	9 958	22%	19%	27%	61,6
<b>Pathologies respiratoires</b>	<b>32 915</b>	<b>15%</b>	<b>17%</b>	<b>12%</b>	<b>71,7</b>	<b>9 625</b>	<b>21%</b>	<b>22%</b>	<b>19%</b>	<b>67,3</b>
Apnée du sommeil	10 652	5%	6%	3%	70,7	3 855	8%	9%	7%	67,0
BPCO	13 361	6%	8%	4%	76,2	3 522	8%	9%	6%	71,6
Asthme	7 332	3%	3%	4%	63,0	2 018	4%	3%	7%	59,7
Insuffisance respiratoire chronique	5 106	2%	2%	2%	75,9	1 524	3%	3%	4%	70,0
Autres pathologies pulmonaires chroniques	4 340	2%	3%	1%	72,6	1 504	3%	4%	2%	68,8
<b>Pathologies cardiovasculaires</b>	<b>52 279</b>	<b>24%</b>	<b>26%</b>	<b>22%</b>	<b>80,4</b>	<b>12 704</b>	<b>28%</b>	<b>29%</b>	<b>25%</b>	<b>72,9</b>

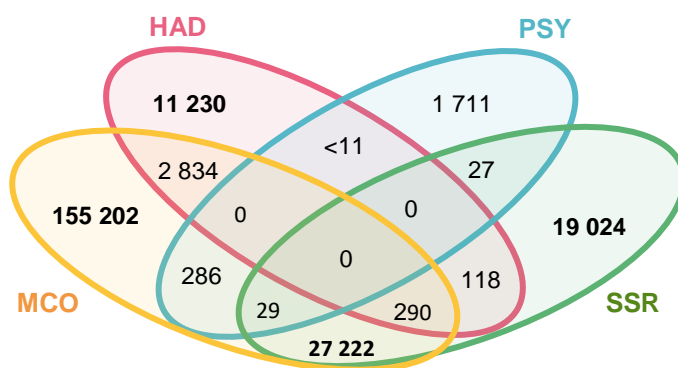
Insuffisance cardiaque	21 516	10%	9%	11%	82,3	5 324	12%	11%	13%	74,0
Troubles du rythme	19 545	9%	9%	9%	82,4	4 127	9%	9%	9%	75,5
Autres pathologies chroniques cardiovasculaires	27 684	13%	16%	10%	78,7	7 628	17%	19%	12%	72,2
<b>Insuffisance rénale chronique</b>	<b>21 554</b>	<b>10%</b>	<b>10%</b>	<b>9%</b>	<b>80,0</b>	<b>4 961</b>	<b>11%</b>	<b>11%</b>	<b>10%</b>	<b>72,6</b>
<b>Carences</b>	<b>55 463</b>	<b>25%</b>	<b>24%</b>	<b>27%</b>	<b>77,7</b>	<b>12 563</b>	<b>27%</b>	<b>27%</b>	<b>28%</b>	<b>68,9</b>
Anémie chronique	15 275	7%	6%	8%	75,4	3 813	8%	8%	10%	67,6
Carence Vitamine D	13 790	6%	6%	7%	78,2	2 215	5%	4%	6%	69,9
Dénutrition	41 006	19%	18%	20%	79,4	9 346	20%	21%	20%	69,9
<b>Cancer</b>	<b>20 023</b>	<b>9%</b>	<b>10%</b>	<b>8%</b>	<b>75,3</b>	<b>4 451</b>	<b>10%</b>	<b>10%</b>	<b>10%</b>	<b>70,4</b>
<b>Parkinson</b>	<b>4 482</b>	<b>2%</b>	<b>2%</b>	<b>2%</b>	<b>81,2</b>	<b>487</b>	<b>1%</b>	<b>1%</b>	<b>1%</b>	<b>77,4</b>
<b>Patients sans comorbidité COVID</b>	<b>61 470</b>	<b>28%</b>	<b>27%</b>	<b>30%</b>	<b>63,4</b>	<b>8 391</b>	<b>18%</b>	<b>18%</b>	<b>18%</b>	<b>57,4</b>
<b>Total</b>	<b>217 974</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>71,3</b>	<b>45 732</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>65,7</b>

Source : ATIH

La succession des différentes séquences hospitalières pour prise en charge de la COVID-19 au cours de l'année 2020 sont ici étudiées. Sont considérées comme séquences hospitalières tous séjours hospitaliers, quel que soit le champ sanitaire, pour lesquels un diagnostic de COVID-19 a été renseigné, selon les critères méthodologiques précisés en annexe.

Seules les données PMSI 2020 sont ici étudiées ; sont donc prises en compte uniquement les hospitalisations MCO terminées en 2020 ainsi que les hospitalisations à domicile, en SSR ou en psychiatrie débutées en 2020<sup>6</sup>. Par ailleurs, seules les hospitalisations avec un diagnostic de COVID-19 sont prises en compte. Ainsi, en cas d'hospitalisations pour un autre motif que la COVID-19 suivies d'hospitalisations pour COVID-19, seules les séquences hospitalières pour prise en charge de la COVID-19 sont ici considérées.

**Figure 48 : Effectifs de patients hospitalisés pour COVID-19 par champ d'activité, année 2020**



Source : ATIH

En 2020, 83% des patients COVID-19 hospitalisés ont débuté leurs prises en charge hospitalières pour COVID-19 en MCO, 11% par une prise en charge en SSR et 6% par une hospitalisation à domicile. 71% des patients ont été hospitalisés exclusivement en MCO pour prise en charge de la COVID-19, 14% des patients hospitalisés ont été pris en charge pour COVID-19 dans plusieurs champs sanitaires au cours de l'année 2020, majoritairement en MCO et SSR (pour 12% des patients). Par ailleurs, 9% des patients hospitalisés ont été pris en charge pour COVID-19 uniquement en SSR. Enfin, 5% des patients COVID-19 hospitalisés ont été pris en charge uniquement en hospitalisation à domicile.

Trois grands types de parcours hospitaliers, au sens de successions de prises en charge hospitalières, peuvent ainsi être distingués (figure ci-après) :

- 1) Les prises en charge avec une primo-hospitalisation pour COVID-19 en MCO (classe 1) regroupent 83% des patients COVID-19 hospitalisés en 2020. Au sein de cette population :
  - 86% n'ont été hospitalisés pour COVID-19 ni en SSR, ni en HAD, suite à leur séjour MCO (classe 1.1) ;
  - 13% ont été hospitalisés en SSR pour COVID-19 suite à leur première hospitalisation en MCO (classe 1.2);
  - 1% ont été hospitalisés à domicile pour prise en charge de la COVID-19 suite à leur séjour MCO (classe 1.3).

<sup>6</sup> Pour les champs HAD, SSR et psychiatrie, en cas de prises en charges hospitalières débutées en 2020 et poursuivies en 2021, seules les prises en charge réalisées en 2020 sont ici prises en compte et décrites.

- 2) Les prises en charge avec une primo-hospitalisation pour COVID-19 en SSR (classe 2) regroupent 11% des patients COVID-19 hospitalisés en 2020. Au sein de cette catégorie de patients pour lesquels le diagnostic de COVID-19 est identifié en première intention en SSR, deux sous-catégories de patients peuvent être distinguées :
- Pour près de la moitié de ces patients (11 746 patients), un diagnostic de COVID-19 est identifié dès l'admission en SSR<sup>7</sup>. Parmi eux :
    - Près de 3 500 patients sont hospitalisés en SSR directement depuis leur domicile (dont 900 patients résidant en hébergement médico-social).
    - Près de 3 700 patients ont été transférés ou mutés en SSR depuis une unité de soins MCO dans laquelle un code diagnostic de COVID-19 a été renseigné mais ne constituait pas le motif d'hospitalisation en MCO<sup>8</sup>.
    - Près de 4 300 patients ont été transférés ou mutés en SSR depuis une unité de soins MCO dans laquelle aucune notion de COVID-19 n'a été identifiée. L'hospitalisation en MCO, précédant celle en SSR, concernait alors un autre motif de recours que la COVID-19.
    - Plus de 300 patients ont été transférés ou mutés en SSR depuis une unité de soins autre que le MCO.
  - Pour l'autre moitié des patients ayant une primo-hospitalisation pour COVID-19 en SSR (12 119 patients), le code diagnostic de la COVID-19 n'est pas présent à l'admission du patient en SSR<sup>9</sup> mais apparaît en cours de séjour<sup>10</sup>. Cela signifie que le patient n'était, a priori, pas positif à la COVID au moment de son admission et que son motif initial de recours à l'hospitalisation en SSR n'était pas la COVID-19.
- Parmi ces patients débutant leur prise en charge hospitalière pour COVID-19 en SSR, 20% sont ensuite hospitalisés en MCO pour prise en charge de la COVID-19.
- 3) Les prises en charge hospitalières pour COVID-19 restreintes au champ de l'hospitalisation à domicile (classe 3), sans hospitalisation complémentaire pour COVID-19 au cours de l'année 2020, regroupent 5% des patients hospitalisés pour COVID-19. Parmi eux, 78% ont été pris en charge en EHPAD.

---

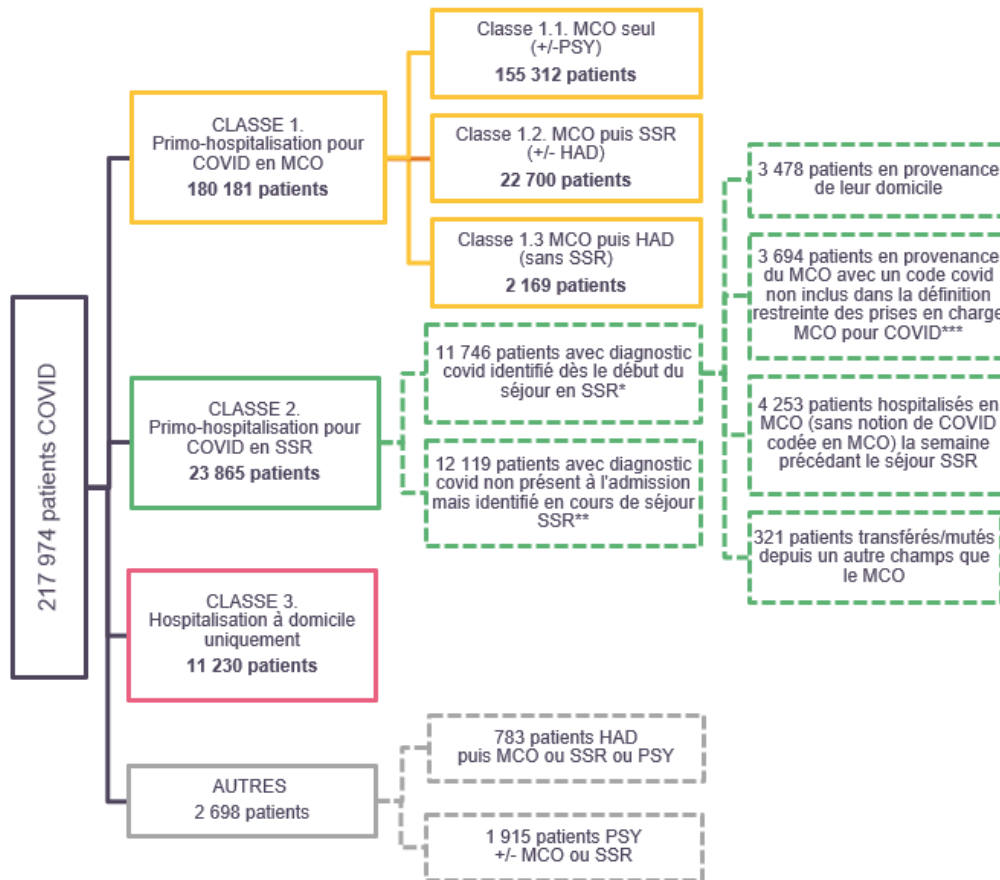
<sup>7</sup> Code diagnostic codé dans les deux premiers résumés hebdomadaires anonymes (RHA), soit au cours des deux premières semaines d'hospitalisation.

<sup>8</sup> Patients hospitalisés en MCO avec un code diagnostic U07.12 « COVID-19, porteur de SARS-CoV-2 asymptomatique, virus identifié », ou U07.13 « Autres examens et mises en observation en lien avec l'épidémie COVID-19 » ou tout autre code diagnostic dérivé du U07.1 en position de diagnostic associé, puis hospitalisés en SSR pour COVID.

<sup>9</sup> Code diagnostic de COVID non retrouvé dans les deux premiers résumés hebdomadaires anonymes (RHA), soit au cours des deux premières semaines d'hospitalisation.

<sup>10</sup> Code diagnostic de COVID identifié seulement à partir du 3<sup>ème</sup> RHA du séjour, soit après, au minimum, les 2 premières semaines d'hospitalisation.

**Figure 49 : Typologie des parcours hospitaliers 2020 des patients hospitalisés pour COVID-19**



\*Patients avec diagnostic COVID identifié dès les deux premiers résumés hebdomadaires anonymes (RHA) du séjour SSR

\*\*Patients avec diagnostic COVID identifié à partir du troisième résumé hebdomadaire de sortie anonyme (RHA) du séjour SSR

\*\*\*Patients hospitalisés en MCO avec un code diagnostic U07.12 ou U07.13 ou tout autre code diagnostic dérivé du U07.1 en position de diagnostic associé, puis hospitalisés en SSR pour COVID

Source : ATIH

## Conclusion

---

L'année 2020 est marquée par la survenue de la crise sanitaire Covid-19 qui a très fortement impacté notre système de santé. A l'exception de l'hospitalisation à domicile, tous les champs d'activité et tous les secteurs ont dû faire face à de fortes diminutions de leur activité en 2020. Cette situation exceptionnelle a conduit l'Etat à mettre en place un mécanisme de garantie de financement des recettes d'assurance maladie afin d'aider les établissements de santé à faire face au contexte de crise sanitaire.

Cette diminution de l'activité, décrite au travers d'une classification des séjours définie alors que la crise COVID n'existait pas, ne suffit pas à décrire son impact majeur sur les établissements de santé compte tenu notamment des variations très fortes de prise en charge de ces patients selon la période de l'année et selon la zone géographique considérée. La lourdeur des prises en charge, du point de vue du nombre de journée d'hospitalisation, des personnels mobilisés dans ce cadre compte tenu de l'intensité des prises en charge ou encore des admissions d'une partie de ces patients en services de soins critiques ou de réanimation avec des durées de prise en charge dans ces services particulièrement élevées doivent être pris en compte.

81% des établissements du secteur ex-DG et 64% des établissements des secteurs OQN et ex-OQN ont bénéficié de ce mécanisme de garantie.

L'année 2020 est également la première année de mise en œuvre du protocole de pluri-annualité des financements.

La Présidente du comité économique de  
l'hospitalisation publique et privée

***Anne-Carole BENSADON***

Inspectrice générale des affaires sociales

## Liste des tableaux

---

<b>Tableau 1 : Objectifs initiaux et exécution détaillée des sous-objectifs en 2019 (enveloppes ouvertes et fermées)</b> .....	8
<b>Tableau 2 : Proportion d'établissements du secteur ex-DG ayant bénéficié de la garantie de financement</b> .....	10
<b>Tableau 3 : Proportion d'établissements du secteur OQN et ex-OQN ayant bénéficié de la garantie de financement</b> .....	11
<b>Tableau 4 : Synthèse des compensations déléguées en 2020</b> .....	13
<b>Tableau 5 : Evolutions en MCO 2019/2020</b> .....	15
<b>Tableau 6 : Evolutions en MCO par catégories d'activité de soins 2019/2020</b> .....	16
<b>Tableau 7 : Evolutions en HAD 2019/2020</b> .....	24
<b>Tableau 8 : Evolutions en SSR 2019/2020</b> .....	28
<b>Tableau 9 : Evolution des dépenses relatives aux disciplines médico-tarifaires</b> .....	32
<b>Tableau 10 : Evolutions en psychiatrie 2019/2020</b> .....	39
<b>Tableau 11 : Evolutions des prises en charge à temps complet et temps partiel en psychiatrie 2019/2020</b> .....	39
<b>Tableau 12 : Evolutions des prises en charge à temps complet et temps partiel en psychiatrie par catégories d'établissements 2019/2020</b> .....	40
<b>Tableau 13 : Evolutions des prises en charge à temps complet par mode d'entrée en psychiatrie</b> .....	42
<b>Tableau 14 : Inscriptions et radiations de la liste en sus en 2020</b> .....	45
<b>Tableau 15 : Évolution des recettes brutes par sous-postes pour les établissements du secteur ex DG en 2019 (date de remboursement)</b> .....	47
<b>Tableau 16 : Évolution des dépenses de l'assurance maladie entre 2019 et 2020 au titre des molécules onéreuses de la liste en sus hors médicaments sous ATU pour les établissements du secteur ex DG (date de remboursement)</b> .....	47
<b>Tableau 17 : Décomposition de l'évolution des dépenses assurance maladie des molécules onéreuses de la liste en sus hors médicaments sous ATU en effets prix/volume – date de remboursement</b> .....	48
<b>Tableau 18 : Liste des 10 molécules contribuant le plus en 2020 aux dépenses assurance maladie des molécules onéreuses de la liste en sus hors médicaments sous ATU - date de remboursement</b> .....	49
<b>Tableau 18 : Liste des 10 molécules contribuant le plus à la croissance entre 2019 et 2020 des dépenses assurance maladie des molécules onéreuses de la liste en sus hors médicaments sous ATU - date de remboursement</b> .....	50
<b>Tableau 18 : Liste des 10 DCI contribuant le plus en 2020 aux dépenses assurance maladie des molécules onéreuses de la liste en sus hors médicaments sous ATU - date de remboursement</b> .....	50
<b>Tableau 18: Dépenses assurance maladie des molécules onéreuses de la liste en sus hors médicaments sous ATU par classe ATC - date de remboursement</b> .....	51



Tableau 22 : Liste des 10 DMI contribuant le plus en 2020 aux dépenses assurance maladie des dispositifs médicaux implantables - date de remboursement .....	52
Tableau 23 : Liste des 10 DMI contribuant le plus à la croissance (contributions négatives) entre 2019 et 2020 des dépenses assurance maladie des dispositifs médicaux implantables - date de remboursement .....	52
Tableau 24 : Liste des 10 DMI contribuant le plus à la décroissance (contributions positives) entre 2019 et 2020 des dépenses assurance maladie des dispositifs médicaux implantables - date de remboursement .....	53
<b>Tableau 16 : Evolutions des dépenses de médicaments et dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus – Secteur ex-OQN .....</b>	<b>54</b>
<b>Tableau 17 : Evolutions des dépenses de médicaments et dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus par catégories – Secteur ex-OQN .....</b>	<b>55</b>
Tableau 18 : Évolution des dépenses de l'assurance maladie entre 2019 et 2020 au titre des molécules onéreuses de la liste en sus pour les 5 plus fortes contributions par DCI pour les établissements du secteur ex OQN (date de remboursement) .....	55
Tableau 19 : Évolution des dépenses de l'assurance maladie entre 2019 et 2020 au titre des molécules onéreuses de la liste en sus pour les 5 plus faibles contributions par DCI pour les établissements du secteur ex OQN (date de remboursement).....	56
Tableau 20 : Montants remboursés au titre des médicaments sous ATU les plus contributeurs à la croissance en 2019 pour les établissements du secteur ex OQN (date de remboursement) .....	56
Tableau 21 : Évolution des montants remboursables 2019 et 2020 au titre des dispositifs médicaux pour les établissements du secteur ex OQN (date de remboursement).....	57
<b>Tableau 22 : Nombre de patients hospitalisés pour COVID-19, de journées d'hospitalisations et de décès hospitaliers dans les différents champs sanitaires, année 2020 .....</b>	<b>58</b>
<b>Tableau 23 : Nombre de patients hospitalisés en unités de soins critiques pour COVID-19, journées d'hospitalisations et décès hospitaliers, année 2020 .....</b>	<b>59</b>
Tableau 24 : Effectif, proportion et âge moyen des patients hospitalisés pour COVID-19 selon les comorbidités, et par type de prise en charge année 2020 .....	66

## Liste des figures

---

Figure 1 : Evolution cumulée 2019/2020 du nombre de séjours (hors séances) – tous secteurs .....	15
Figure 2 : Evolution 2020-2019 du nombre de séjours (hors séances) .....	16
<b>Figure 3 : Evolution 2020-2019 du nombre de séjours par mois de sortie .....</b>	<b>17</b>
<b>Figure 4 : Evolution 2020-2019 du nombre de séjours par groupe de planification .....</b>	<b>17</b>
Figure 5 : Evolution 2020-2019 du nombre de séjours par mois de sortie .....	19
Figure 6 : Nombre de séjours de chirurgie par mois de sortie.....	19
Figure 7 : Nombre de séjours de techniques interventionnelles par mois de sortie.....	19
Figure 8 : Nombre de séjours de chirurgie ambulatoire par mois de sortie .....	20
Figure 9 : Nombre de séjours de chirurgie par groupe de planification .....	20
<b>Figure 10 : chirurgie ophtalmique et greffe de la cornée – nombre de séjours par mois de sortie .....</b>	<b>21</b>
<b>Figure 11 : Techniques interventionnelles par groupe de planification.....</b>	<b>22</b>
Figure 12 : Evolution 2019/2020 du nombre de séjours par mois de sortie.....	22
Figure 13 : Accouchement par voie basse - Nombre de séjours par mois de sortie .....	23
Figure 14 : Césarienne - Nombre de séjours par mois de sortie.....	23
Figure 15 : nombre de patients et journées en HAD en 2019 et 2020 .....	25
Figure 16 : Evolution de nombre de patients et journées en HAD par mois.....	25
Figure 17 : Répartition du nombre de journées pour les modes de prises en charge principaux majoritaires .....	26
Figure 18 : Contribution des modes de prises en charge à l'évolution 2019 et 2020 .....	27
Figure 19 : Prises en charge en hospitalisation complète et partielle.....	29
Figure 20 : Evolution du nombre de séjours et journées en hospitalisation complète et partielle par catégorie juridique .....	29
Figure 21 : Evolution des dépenses du champ SSR – secteur OQN .....	30
Figure 22 : Evolution des dépenses du champ SSR par groupe d'activité – secteur OQN.....	31
Figure 23 : Répartition des disciplines médico-tarifaires au sein de chaque groupe en 2019 .....	31
<b>Figure 24 : Evolutions mensuelles du nombre de journées en hospitalisation complète en SSR .....</b>	<b>32</b>
Figure 25 : Evolution du nombre de journées en hospitalisation complète par classe d'âge .	33
Figure 26 : Evolution du nombre de journées en hospitalisation complète par entrées.....	33
Figure 27 : Evolution du nombre de journées en hospitalisation complète par mode de sortie .....	34
<b>Figure 28 : Evolution du nombre de journées en hospitalisation complète – CM 04 (Affections de l'appareil respiratoire ) et CM 18 (certaines maladies infectieuses, virales ou parasitaires) .....</b>	<b>34</b>

<b>Figure 29 : Evolutions du nombre de journées en hospitalisation complète par catégorie majeure</b> .....	35
<b>Figure 30 : Evolutions du nombre de journées en hospitalisation complète par sévérité</b> .....	35
<b>Figure 31 : Evolutions du nombre de journées en hospitalisation complète par mention</b> .....	36
<b>Figure 32 : Evolutions mensuelles du nombre de journée en hospitalisation complète – Secteur DAF</b> .....	36
<b>Figure 33 : Evolutions mensuelles du nombre de journée en hospitalisation complète – Secteur OQN</b> .....	37
<b>Figure 34 : Evolutions du nombre de journées en hospitalisation partielle</b> .....	37
<b>Figure 35 : Evolutions mensuelles du nombre de journée en hospitalisation partielle – Secteur DAF</b> .....	38
<b>Figure 36 : Evolutions mensuelles du nombre de journée en hospitalisation partielle – Secteur OQN</b> .....	38
<b>Figure 37 : Evolution des dépenses du champ psychiatrie – secteur OQN</b> .....	40
<b>Figure 38 : Evolution des dépenses du champ psychiatrie par groupe d’activité – secteur OQN</b>	
Source :	CNAM

41

<b>Figure 39 : Evolution des dépenses relatives aux forfaits psychiatrie – séances individuelles et collectives</b> .....	42
<b>Figure 40 : Répartition des séances individuelles et collectives en 2019 par groupe</b> .....	42
Figure 41 : Poids des patients COVID-19 dans l’activité hospitalière, par champ et tous champs, en 2020 .....	59
Figure 42 : Poids des patients COVID-19 dans l’activité hospitalière MCO, en 2020.....	60
Figure 43 : Nombre quotidien de patients en cours d’hospitalisation pour COVID par champ sanitaire, du 2 mars 2020 au 31 décembre 2020.....	61
Figure 44 : Nombre quotidien de décès hospitaliers de patients COVID-19 par champs sanitaire, du 2 mars 2020 au 31 décembre 2020.....	62
Figure 45 : Taux d’hospitalisation (nombre de patients pour 100 000 habitants) pour COVID-19, par classe d’âge et par sexe, année 2020 .....	62
Figure 46 : Taux d’hospitalisation (nombre de patients pour 100 000 habitants) en service de soins critiques pour COVID-19, par classe d’âge et par sexe, année 2020 .....	63
Figure 47 : Rapport des taux d’hospitalisation entre hommes et femmes pour COVID en 2020 et pour grippe en 2019, par classe d’âge .....	64
Figure 48 : Effectifs de patients hospitalisés pour COVID-19 par champ d’activité, année 2020.....	68
Figure 49 : Typologie des parcours hospitaliers 2020 des patients hospitalisés pour COVID-19 .....	70

## Annexes

---

### ❖ Sources et méthodes de l'analyse spécifique sur les prises en charges hospitalières des patients COVID-19

La population d'étude est constituée des patients hospitalisés en 2020 pour une prise en charge de la COVID-19. Les quatre champs de l'hospitalisation sont couverts par l'étude : les hospitalisations en MCO (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie), dites de courts séjours, les hospitalisations à domicile (HAD), les soins de suite et de réadaptation (SSR) ainsi que les hospitalisations en psychiatrie.

Les hospitalisations de patients testés positifs à la COVID-19 mais asymptomatiques<sup>11</sup> ou dont le motif de recours à l'hospitalisation de court séjour n'était pas la COVID-19 ne sont pas intégrées au champ d'analyse.

A partir des données du PMSI 2020, l'identification des hospitalisations liées à la COVID-19 a été définie de la manière suivante :

- **MCO** : tous séjours en hospitalisation complète, terminés entre le 01/01/20 et le 31/12/20, pour lequel un code diagnostic CIM 10 U07.1 *Maladie à coronavirus 2019 [COVID-19]*, U07.10 *COVID-19, forme respiratoire, virus identifié*, U07.11 *COVID-19, forme respiratoire, virus non identifié*, U07.14 *COVID-19, autres formes cliniques, virus identifié* et U07.15 *COVID-19, autres formes cliniques, virus non identifié* a été codé en position de diagnostic principal ou diagnostic relié ; la position des diagnostics principal et relié est recherchée pour chaque unité médicale dans laquelle le patient a été admis.

Les données PMSI MCO font état de 313 500 hospitalisations (hors séances, séjours groupés en erreur - CM 90, séjours non valorisés par la grille des GHS - GHS 9999) de patients avec un diagnostic de COVID-19 (hors asymptomatiques) et ayant pris fin en 2020. Parmi celles-ci, 53 400 sont des hospitalisations de jour<sup>12</sup>. Il est à noter que 46% de ces hospitalisations de jour ont été réalisées par l'APHM où l'institut hospitalo-universitaire a réalisé un suivi en hôpital de jour des patients dépistés positifs à la COVID-19 à des fins de recherche à partir du mois de mars 2020. Par ailleurs, près de 41 300 hospitalisations complètes de patients COVID pour un motif d'admission autre que l'infection COVID-19 sont dénombrés en 2020<sup>13</sup>.

Le périmètre d'analyse des hospitalisations MCO correspond à 219 000 séjours MCO pour prise en charge de la COVID-19 en phase aigüe ayant pris fin au plus tard le 31 décembre 2020.

- **HAD** : tous séjours pour lesquels un des diagnostics est renseigné avec l'un des codes suivants : U07.1, U07.10, U07.11, U07.14 ou U07.15 (quelle que soit sa position : DP, DCMPP, DCMPPA ou DA). Le nombre de journées correspond aux journées valorisées, qui correspond au nombre de journées facturées, donc hors GHT 99.
- **SSR** : tous séjours pour lesquels un des diagnostics est renseigné avec l'un des codes suivants : U07.1, U07.10, U07.11, U07.14 ou U07.15 (quelle que soit sa position : FPP MMP AE ou DA). Les prestations inter-établissements, les séjours groupés en erreur (CM90) et l'activité externe des médecins salariés ont été exclus de l'analyse.

---

<sup>11</sup> En 2020, le nombre de patients asymptomatiques hospitalisés, pour lequel un code diagnostic CIM-10 U07.12 « Porteur de SARS-CoV-2, asymptomatique » est identifié (sans autre code diagnostics étendus de U07.1 au cours du séjour) s'élève à 23 405 en MCO, 10 687 en SSR, 2 676 en HAD et 526 en psychiatrie.

<sup>12</sup> Hospitalisations sans nuitée de patients en provenance de leur domicile avec un retour à domicile dans la journée.

<sup>13</sup> Séjours avec les codes étendus de U07.1 utilisés en position de diagnostic associé, sans code diagnostic relatif à la COVID-19 en position de diagnostic principal ni diagnostic relié.

- **Psychiatrie** : tous séjours avec un code diagnostic U07.1, U07.10, U07.11, U07.14 ou U07.15 en diagnostic principal ou diagnostic associé.

Seuls les séjours hospitaliers pour lesquels un code diagnostic COVID a été renseigné, selon les critères définis ci-dessus, sont pris en compte. En cas de parcours hospitalier multi-champs, associant des hospitalisations avec et sans diagnostic COVID, seules les hospitalisations avec diagnostic COVID sont prises en compte. Par exemple, les séjours en SSR et HAD (sans code diagnostic COVID) de patients auparavant hospitalisés en MCO pour COVID ne sont pas intégrés aux analyses.

Les hospitalisations en service de soins critiques regroupent les séjours avec passage en services de réanimation (unités médicales avec type d'autorisation 01A, 01B, 06, 13A ou 13B), en services de soins intensifs (unités médicales avec type d'autorisation 02A, 02B, 05 ou 18) ou en services de soins continus (unités médicales avec type d'autorisation 03A, 03B, 04, 14A ou 14B).

Les décès hospitaliers dénombrés sont identifiés à partir du mode de sortie des séjours hospitaliers intégrés dans la population d'étude. Il s'agit donc des décès survenus au cours d'une hospitalisation pour prise en charge de la COVID.

Certaines caractéristiques de prises en charge hospitalières de la COVID-19 sont mises en parallèle avec les caractéristiques des hospitalisations pour grippe durant l'année 2019. Les séjours pour grippe sont identifiés à partir de la base PMSI MCO 2019, et correspondent aux séjours avec un code CIM-10 J09, J10.0, J10.1, J10.8, J11.0, J11.1, J11.8 en position de diagnostic principal du séjour.

---