L'analyse du SNDS, un outil pour la pertinence des soins et l'information des patients.

Eric EKONG, Thierry DELAUNAY, Bertrand MILLAT – CNAM

Système National des Données de Santé

Annuellement :

- 1,2 milliards d'enregistrements
- 500 millions d' actes
- 11 millions d'hospitalisations

bertrandmillat@gmail.com

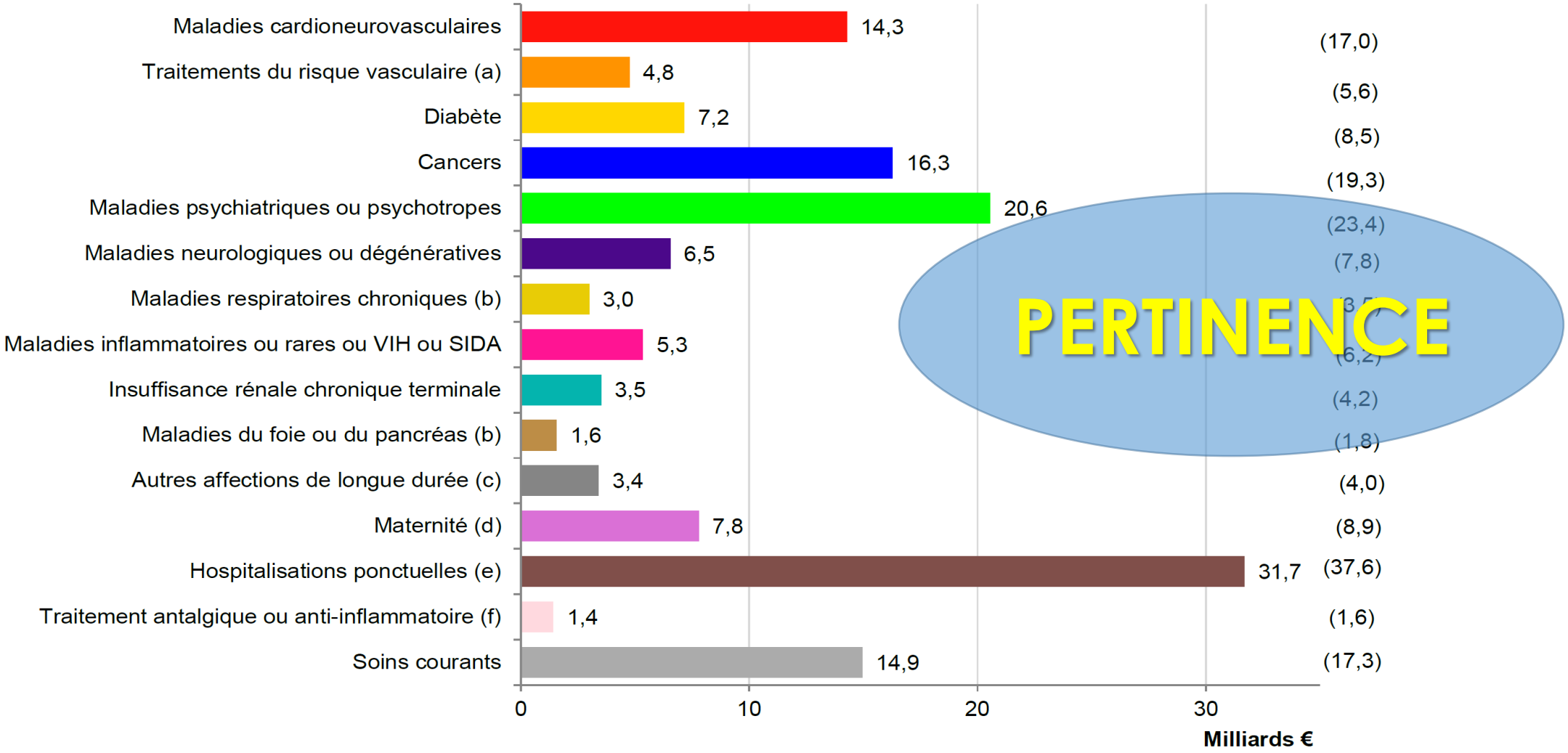
Le contenu des bases de données

- Sur les **patients** : Age, sexe, CMU-C, ALD, département de résidence, date du décès
- Sur la **consommation :**
  - ✓ de soins en ville : toutes les prestations remboursées avec le codage
  - ✓ de soins en établissement : PMSI (MCO-SSR-HAD), actes CCAM, DMS, mode de sortie,… médicaments et dispositifs facturés « en sus » des forfaits (GHS) L'activité externe des hôpitaux (depuis 2009)
- Sur les **pathologies traitées** :
  - ✓ Les codes CIM-10 pour les patients en ALD30 (8 millions de personnes)
  - ✓ Les codes CIM-10 issus du PMSI pour les séjours hospitaliers (DP, DA, DR)
  - ✓ GHM, médicaments traceurs, actes, ex. biologiques ou dispositifs médicaux

- **MAIS** **Pas de résultat d'examen clinique ou paraclinique**
  Très peu de données sociales (CMU-C)
  Pas d'information sur médico-social ou long séjour
  Pas d'information médicale sur les séjours en psychiatrie

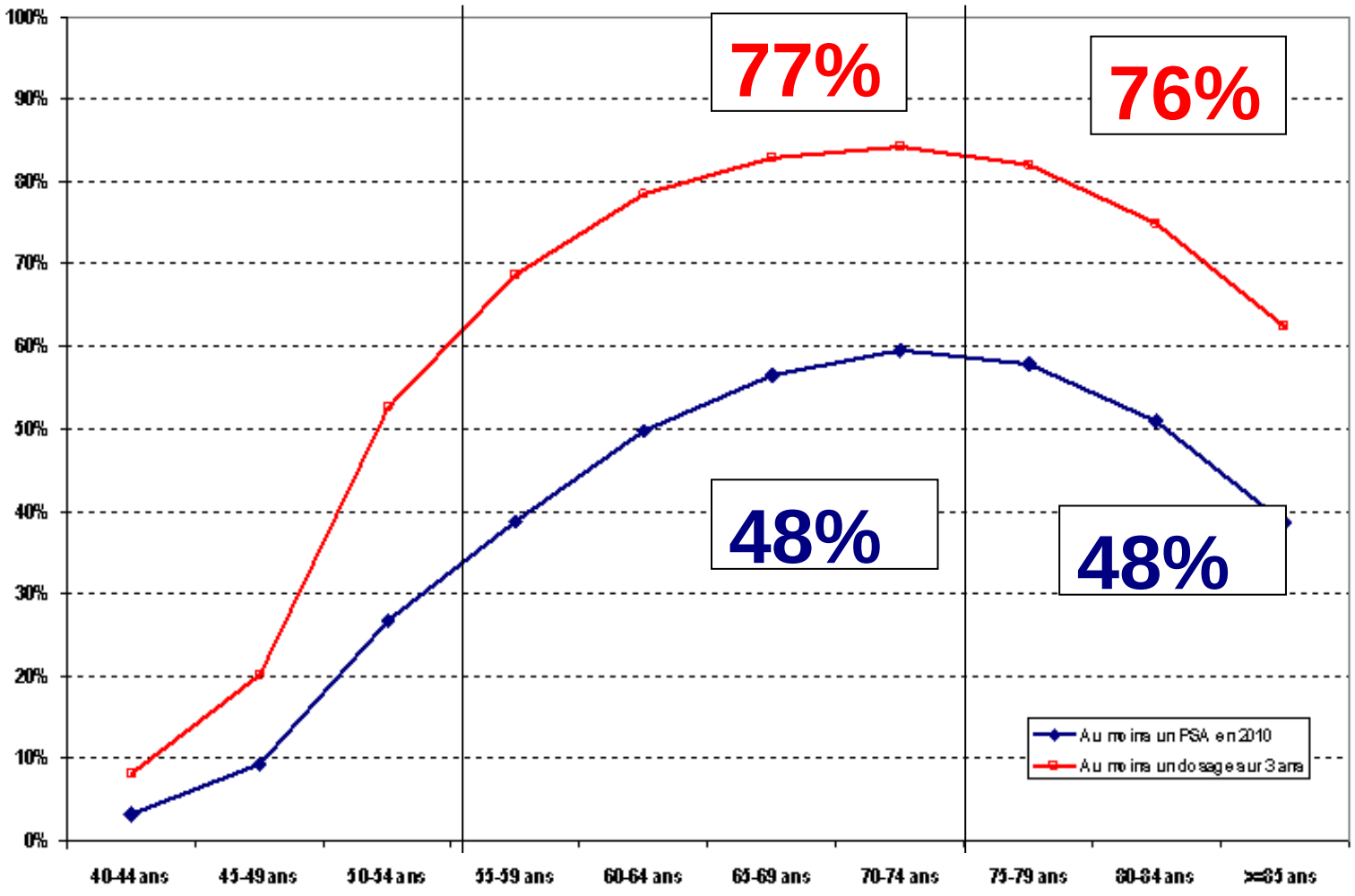
bertrandmillat@gmail.com

Dépenses d'assurance maladie remboursées en 2018 : 142 Mds € pour le régime général



bertrandmillat@gmail.com

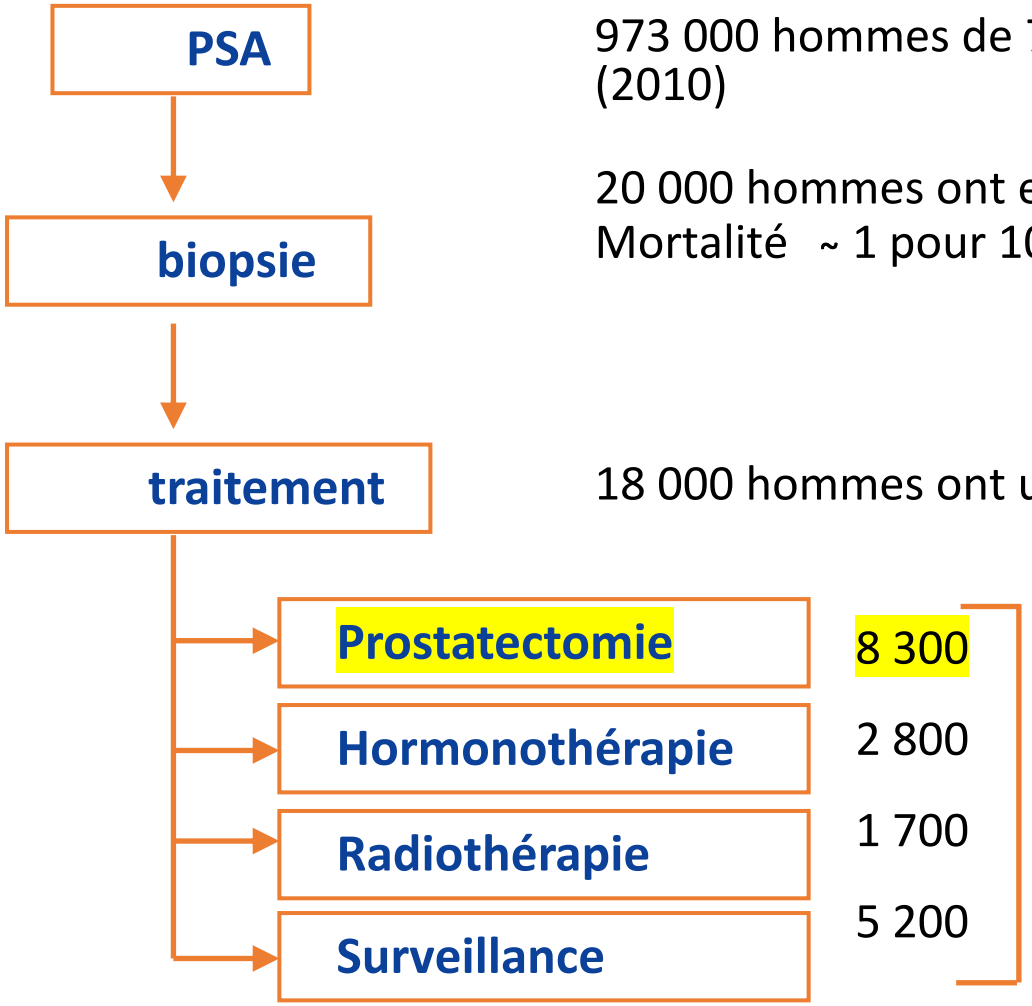
Proportion d'hommes ayant eu au moins un dosage de PSA sur un an (2010) ou sur trois ans (2008-2010)



85% des prescriptions médecin traitant

b-millat@chu-montpellier.fr

Le « chemin » du PSA chez les hommes ≥ 70 ans



973 000 hommes de 70 ans et plus ont eu un dosage du PSA (2010)

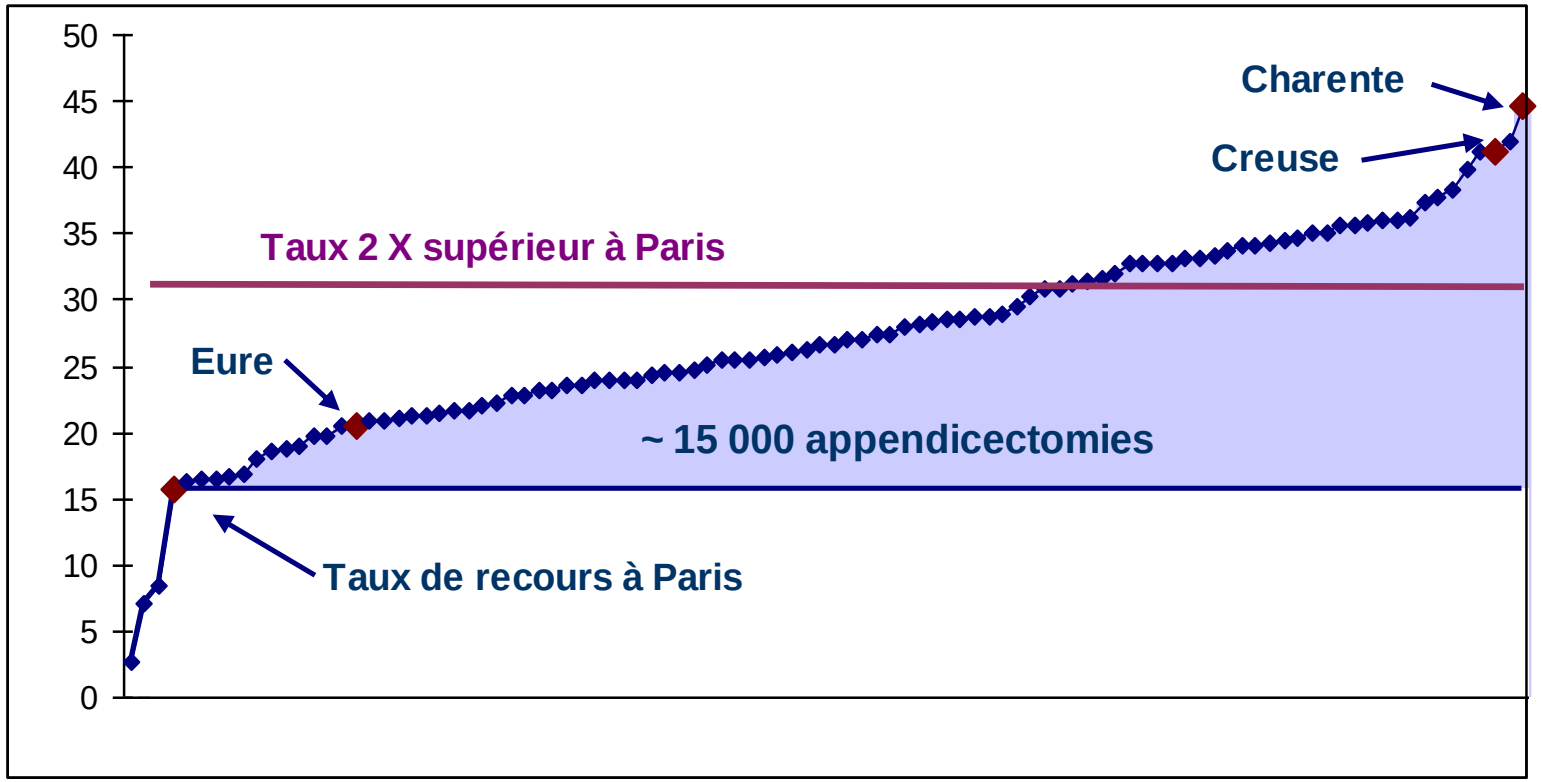
20 000 hommes ont eu une biopsie de la prostate
Mortalité ~ 1 pour 1000 à 30 jours

18 000 hommes ont un cancer de la prostate diagnostiqué

Traitement pour incontinence ou impuissance : autour de 30 % dans cette tranche d'âge

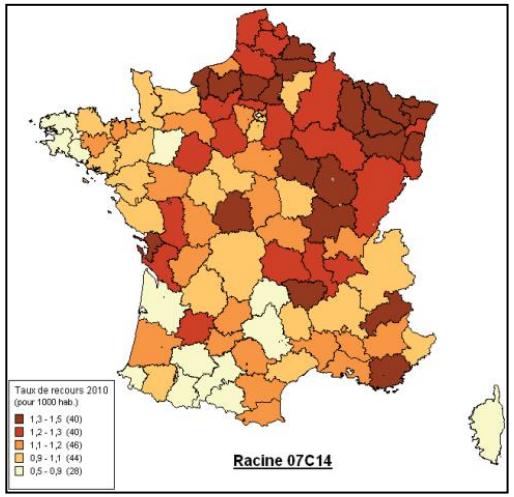
bertrandmillat@gmail.com

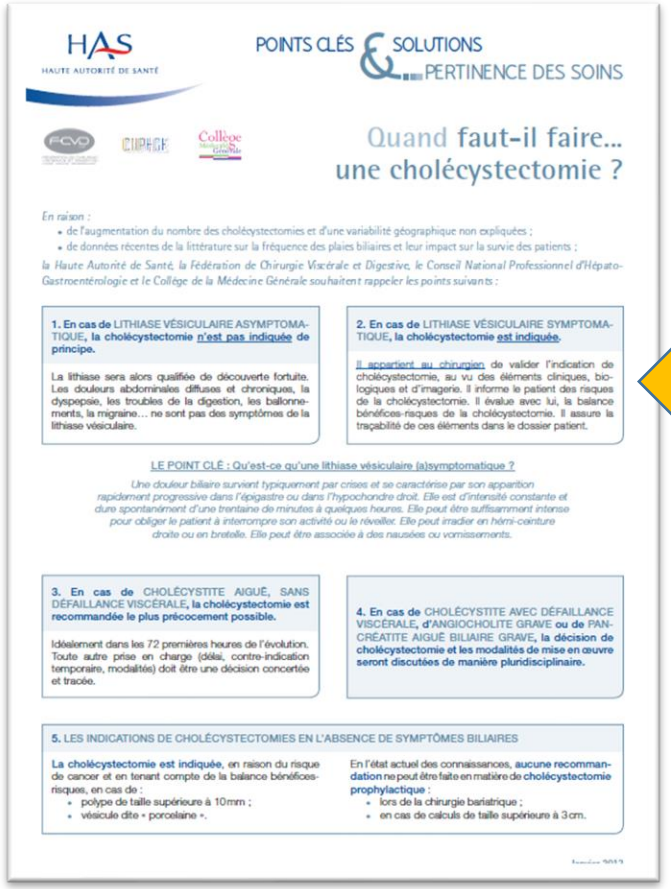
Taux de recours à l'appendicectomie pour 10 000 habitants chez les moins de 20 ans en 2010



bertrandmillat@gmail.com

Cholécystectomies 07C13 et 07C14





HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

POINTS CLÉS & SOLUTIONS
PERTINENCE DES SOINS

Quand faut-il faire... une cholécystectomie ?

En raison :
- de l'augmentation du nombre des cholécystectomies et d'une variabilité géographique non expliquées ;
- de données récentes de la littérature sur la fréquence des plaies biliaires et leur impact sur la survie des patients ;

la Haute Autorité de Santé, la Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive, le Conseil National Professionnel d'Hépato-Gastroentérologie et le Collège de la Médecine Générale souhaitent rappeler les points suivants :

1. En cas de LITHIASE VÉSICULAIRE ASYMPTOMATIQUE, la cholécystectomie n'est pas indiquée de principe.

La lithiase sera alors qualifiée de découverte fortuite. Les douleurs abdominales diffuses et chroniques, la dyspepsie, les troubles de la digestion, les ballonnements, la migraine… ne sont pas des symptômes de la lithiase vésiculaire.

2. En cas de LITHIASE VÉSICULAIRE SYMPTOMATIQUE, la cholécystectomie est indiquée.

Il appartient au chirurgien de valider l'indication de cholécystectomie, au vu des éléments cliniques, biologiques et d'imagerie. Il informe le patient des risques de la cholécystectomie. Il évalue avec lui, la balance bénéfices-risques de la cholécystectomie. Il assure la traçabilité de ces éléments dans le dossier patient.

LE POINT CLÉ : Qu'est-ce qu'une lithiase vésiculaire (a)symptomatique ?

Une douleur biliaire survient typiquement par crises et se caractérise par son apparition rapidement progressive dans l'épigastre ou dans l'hypochondre droit. Elle est d'intensité constante et dure spontanément d'une trentaine de minutes à quelques heures. Elle peut être suffisamment intense pour obliger le patient à interrompre son activité ou le réveiller. Elle peut irradier en hémi-ceinture droite ou en bretelle. Elle peut être associée à des nausées ou vomissements.

3. En cas de CHOLÉCYSTITE AIGUË, SANS DÉFAILLANCE VISCÉRALE, la cholécystectomie est recommandée le plus précocement possible.

Idéalement dans les 72 premières heures de l'évolution. Toute autre prise en charge (délai, contre-indication temporaire, modalités) doit être une décision concertée et tracée.

4. En cas de CHOLÉCYSTITE AVEC DÉFAILLANCE VISCÉRALE, d'ANGIOCHOLITE GRAVE ou de PANCRÉATITE AIGUË BILIAIRE GRAVE, la décision de cholécystectomie et les modalités de mise en œuvre seront discutées de manière pluridisciplinaire.

5. LES INDICATIONS DE CHOLÉCYSTECTOMIES EN L'ABSENCE DE SYMPTÔMES BILIAIRES

La cholécystectomie est indiquée, en raison du risque de cancer et en tenant compte de la balance bénéfices-risques, en cas de :
- polype de taille supérieure à 10mm ;
- vésicule dite « porcelaine ».

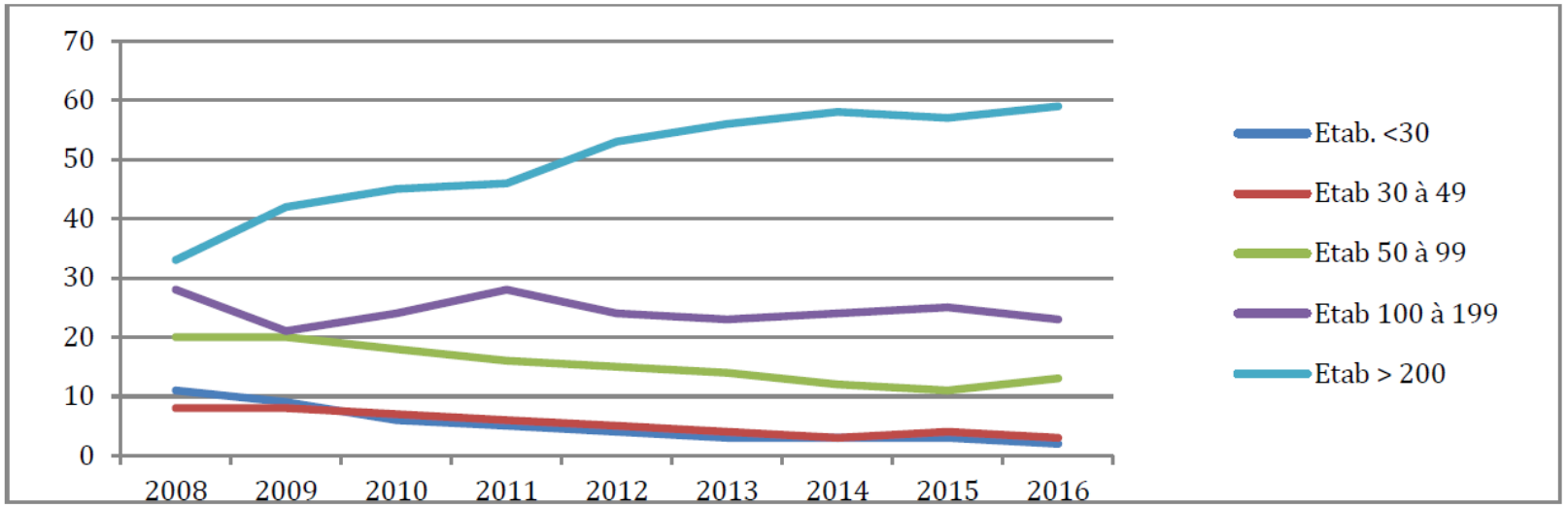
En l'état actuel des connaissances, **aucune recommandation** ne peut être faite en matière de **cholécystectomie prophylactique** :
- lors de la chirurgie bariatrique ;
- en cas de calculs de taille supérieure à 3cm.

2007	98241
2008	99532
2009	103816
2010	106060
2011	116255
2012	118377
2013	117984
2016	118574

Les recommandations professionnelles sont elles un outil pertinent ?

bertrandmillat@gmail.com

Chirurgie bariatrique : nombre d'actes par établissements 2008-2016



La bonne opération … dans le bon établissement

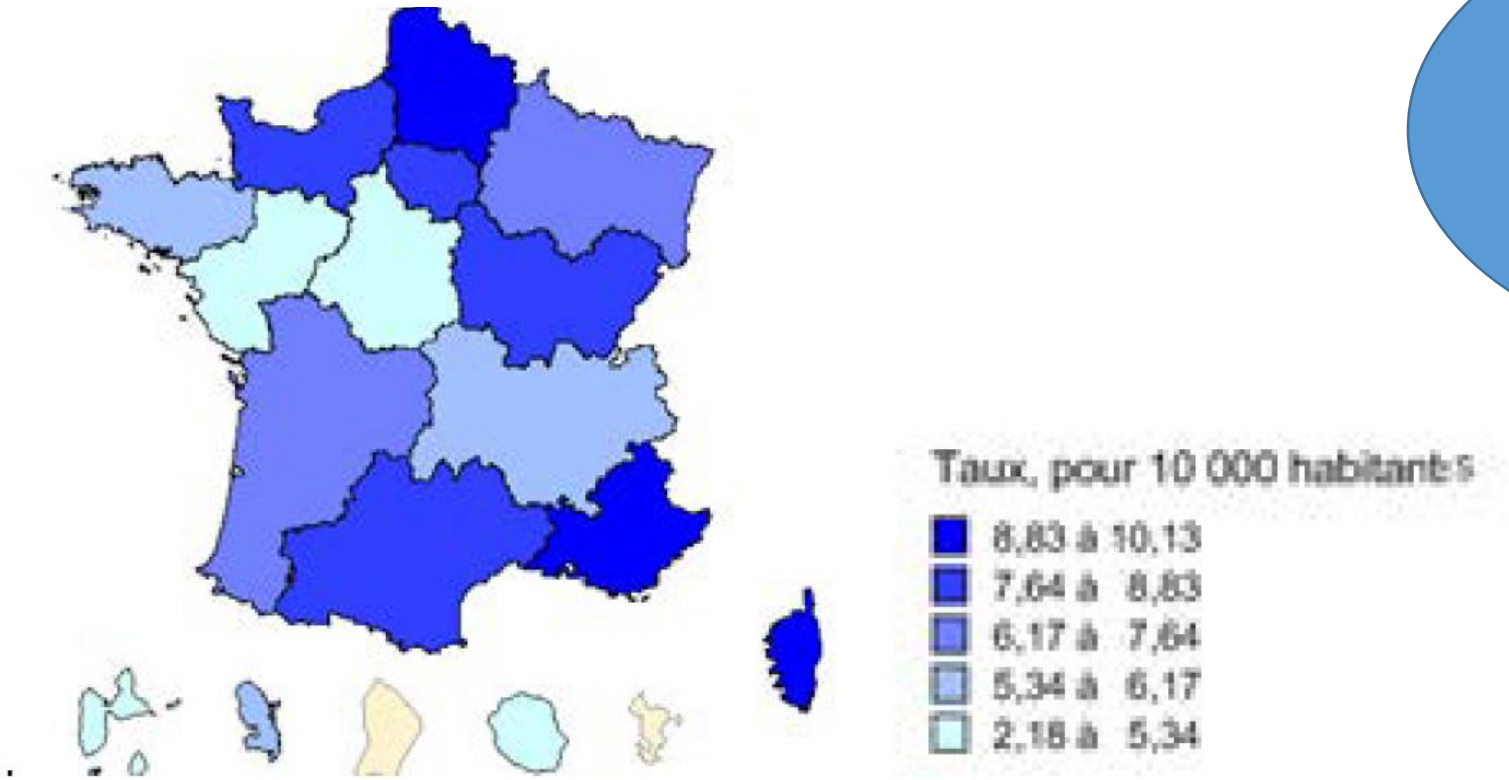
200 (40%) établissements font 5% de l'activité

Nombre d'actes de chirurgie bariatrique en 2016	Nombre d'établissements				% d'activité par strate d'établissement
	Publics	Privés ESPIC	Privés commerciaux	Total	
<30	70	7	77	154	*2 %*
30 à 49	27	5	19	51	*3 %*
50 à 99	43	8	55	106	*13 %*
100 à 199	34	11	52	97	*23 %*
200 et +	24	7	61	92	*59 %*
Total	198	38	264	500	*100 %*

bertrandmillat@gmail.com

Chirurgie bariatrique :
Taux d'interventions par régions en 2015

La bonne opération … pour le bon patient



En analyse de corrélation, le revenu médian et le nombre de lits privés dans le département semblent significativement associés au taux de recours à la chirurgie bariatrique. Ce résultat est confirmé par l'analyse multivariée qui retrouve le facteur économique et l'offre de soins, notamment privée, pour expliquer le taux de recours à la chirurgie bariatrique.

bertrandmillat@gmail.com

Information des patients

- Cure de Hernie inguinale
- Cholécystectomie
- Chirurgie thyroïdienne
- Colectomie pour cancer

bertrandmillat@gmail.com

Information cure de hernies

- Complications thromboemboliques (phlébites, embolie pulmonaire)
- Complications hémorragiques (plaies vasculaires, hématomes)
- Complications infectieuses sur incisions, cathéters, drains et sondes
- Plaies digestives, brides et occlusions intestinales secondaires
- Plaies vésicales, rétentions d'urines post-opératoires
- Complications spécifiques précoces : Séromes (1,5%), Hématomes (0,5%), infections de la prothèse (moins de 1% des cas)
- Douleurs séquellaires (1-3%) et Récidive de la hernie (entre 2 et 20% selon les caractéristiques de la hernie et de la réparation)

bertrandmillat@gmail.com

Cures de hernies inguinales. Données 2015 Public / Privé

Nombre de séjours		Taux de réhospit.	Dms (j) rehospit.	% rehospit en urgence	% rehospit. même établissement
121.110		4,5%	4,4	37	65
DGF	53.568	5,5%	4,8	44	72
OQN	67.542	3,7%	4,4	29	57

bertrandmillat@gmail.com

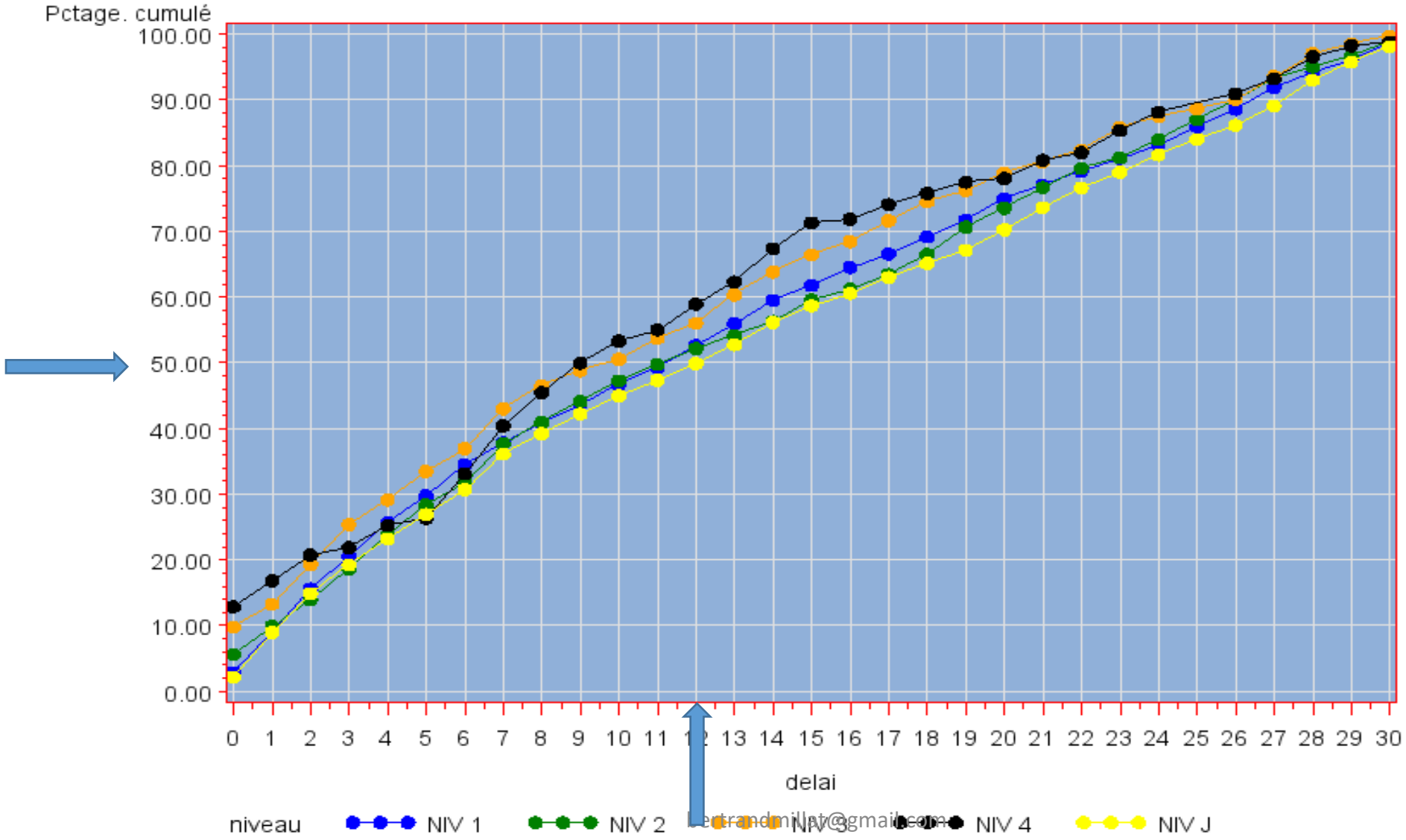
Cures de hernies inguinales
Données 2015 Public / Privé

	Nombre de séjours	Taux de réhospit.	Dms (j) rehospit.	% en urgence	% même établissement
	121.110	4,5%	4,4	37	65
DGF	53.568 (44.2%)	5,5%	4,8	44	72
OQN	67.542 (55.8%)	3,7%	4,0	29	57
		Chirurgie Ambulatoire			
	73.685 (60.8%)	2,8%	2,8	35	63
DGF	29.803 (40.4%)	3,2%	2,8	43	70
OQN	43.882 (59.6%)	2,5%	2,7	28	58

bertrandmillat@gmail.com

Nombre de séjours				Réhospitalisation	
				Taux	Dms (j)
TOTAL	121.110			4,5%	4,4
ambu	73.685 (60.8%)			2,8%	2,8
39.128	1	DGF	18.706	5,8%	4,8
		OQN	20.422	4,7%	4,5
5.929	2	DGF	3.414	15,0%	6,3
		OQN	2.515	11,2%	4,8
1.796	3	DGF	1.202	20,6%	7,9
		OQN	594	16,2%	7,4
572	4	DGF	443	31,2%	8,8
		OQN	129	30,2%	12,5

Délais de réhospitalisation : Fréquences cumulées par niveaux



bertrandmillot@gmail.com

Information cures de hernie inguinale

Si vous êtes opéré de votre hernie inguinale:

- Compte tenu des facteurs de risque que vous présentez (par exemple niveau 2 de sévérité)
- L'analyse globale des résultats des patients opérés en France pour un niveau de risque équivalent au vôtre montre que :
  - 11 à 15% des patients sont réhospitalisés dans le mois qui suit l'opération
  - Cette réhospitalisation dure de 5 à 6 jours en moyenne
  - Elle a lieu en urgence dans un tiers des cas
  - La moitié des ré-hopitalisations ont lieu dans les 12 jours postopératoires

bertrandmillat@gmail.com

Cholécystectomies programmées hors complications aiguës – Données 2015

Nombre de séjours	Taux* de réhospit.	Dms**(j) rehospit.	% rehospit en urgence	% rehospit. même établissement
83.191	7,4%	4,4	36	67

* **Un patient sur quatre a plus d'une réhospitalisation**

** 10% de GHM « K »; 17% de GHM « C »; **72% de GHM « M »**

bertrandmillat@gmail.com

Cholécystectomies (07C14*)
Données 2015 Public / Privé

Nombre de séjours		Taux de réhospit.	Dms (j) rehospit.	% rehospit en urgence	% rehospit. même établissement
83.191		7,4%	4,4	36	67
DGF	41.270	8,1%	4,8	42	72
OQN	41.921	6,7%	4,0	30	60

* 07C14 : programmées hors complications aiguës

bertrandmillat@gmail.com

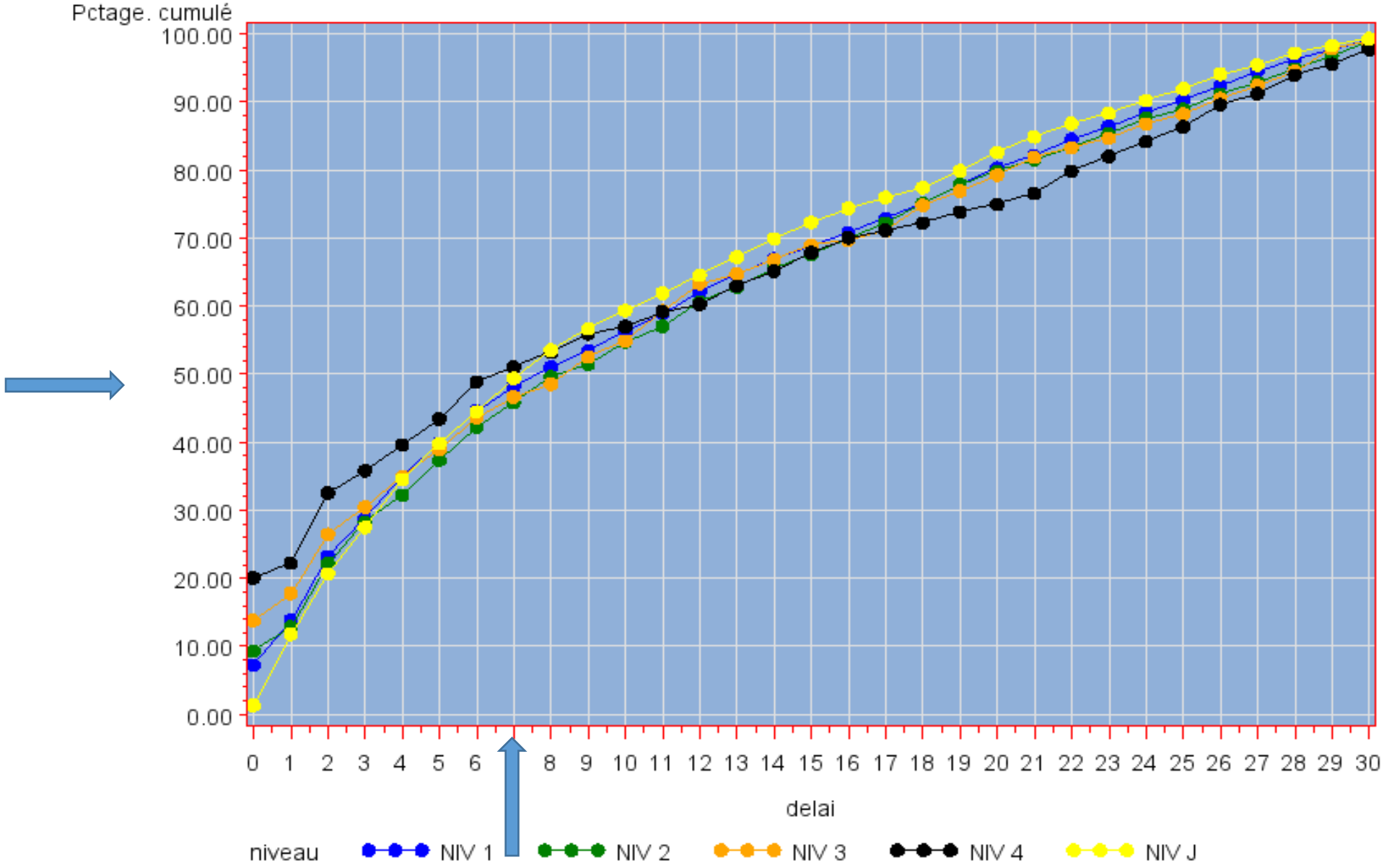
Cholécystectomies (07C14)
Données 2015 Public / Privé

Nombre de séjours		Taux de réhospit.	Dms (j) rehospit.	% en urgence	% même établissement
83.191		7,4%	4,4	36	67
DGF	41.270 (49,6%)	8,1%	4,8	42	72
OQN	41.921 (50,4%)	6,7%	4,0	30	60
Chirurgie Ambulatoire					
27.982 (33,6%)		5,0%	3,1	43	73
DGF	13.215 (47,2%)	5,1%	3,5	53	77
OQN	14.767 (52,8%)	4,9%	2,6	34	69

bertrandmillat@gmail.com

Nombre de séjours				Réhospitalisation	
				Taux	Dms (j)
TOTAL	83.191			7,4%	4,4
ambu	27.982 (33,6%)			5,0%	3,1
46 799	1	DGF	22.780	7,2%	4,1
		OQN	24.019	6,3%	3,7
6 251	2	DGF	3.812	15,9%	6,2
		OQN	2.439	16,1%	5,4
1 642	3	DGF	1.090	24,7%	7,0
		OQN	552	27,5%	7,1
517	4	DGF	373	39,4%	7,9
		OQN	144	25,7%	16,6

07c14 DELAI REHOSP: FREQUENCES CUMULEES PAR NIVEAUX



bertrandmillat@gmail.com

DMS, ambulatoire et réhospitalisation

		N (%)	Dms (j)	Taux rehosp (%)
2012	**TOTAL**	**75.767**	**3,0**	**6,4**
	dont J	**5.434 (7,2)**		
	DGF	35.809	3,3	7,2
	dont J	2.882 (8)		
	OQN	39.758	2,8	5,7
	dont J	2.552 (6)		
2015	**TOTAL**	**83.191**	**1,9**	**7,4**
	dont J	**27.982 (33,6)**		
	DGF	41.270	2,2	8,1
	dont J	13.215(32,0)		
	OQN	41.921	1,7	6,7
	dont J	14.767(35,2)		

bertrandmillat@gmail.com

M	Affections des voies biliaires	1104	**2182**
	Douleurs abdominales	684	
	Soins de contrôle chirurgicaux	244	
	Pancréatites aigües	150	
M	Affections hépatiques sévères à l'exception des tumeurs malignes, des cirrhoses et des hépatites alcooliques	43	**77**
	Autres affections hépatiques	34	
M	Occlusions intestinales non dues à une hernie	48	**291**
	Fièvres d'étiologie indéterminée, âge > 17 ans	45	
	Pneumonies et pleurésies banales, âge > 17 ans	62	
	Douleurs thoraciques	57	
	Autres complications iatrogéniques non classées ailleurs	45	
	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire	34	
K	Endoscopie digestive dg et anesthésie, ambu	136	**367**
	Endoscopies biliaires thérapeutiques et anesthésie	125	
	Endoscopie biliaire diagnostique et anesthésie, ambu.	66	
	Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours < 2j	40	

bertrandmillat@gmail.com

Complications tardives de la chirurgie thyroïdienne - 2010

	Cancer	Nodule bénin	Nodules multiples et goitre
Nombre de patients	**5.979**	**7.270**	**13.350**
DMS supérieure à 3 jours	42%	29%	39%
Complications ORL sévères (prothèse, trachéo, aryténoïdectomie, …)	1,4%	0,4%	0,6%
Autres complications ORL			
≥ 2 consultations ORL	15%	13%	11%
≥1 consultation d'orthophonie	9%	4%	7%
Exploration laryngée (EF, laryngoscopie, …)	2%	1%	1%
Au moins une de ces complications ORL	**23%**	**17%**	**17%**
Complications hypoparathyroidie			
≥ 3 calcémies /et ou 3 délivrances Ca	**5,7%**	**1,0%**	**3,5%**
Autres réhospitalisations (thyroïde, hyperCa)	6,4%	1,4%	2,2%

Colectomies pour cancer 2011-2018

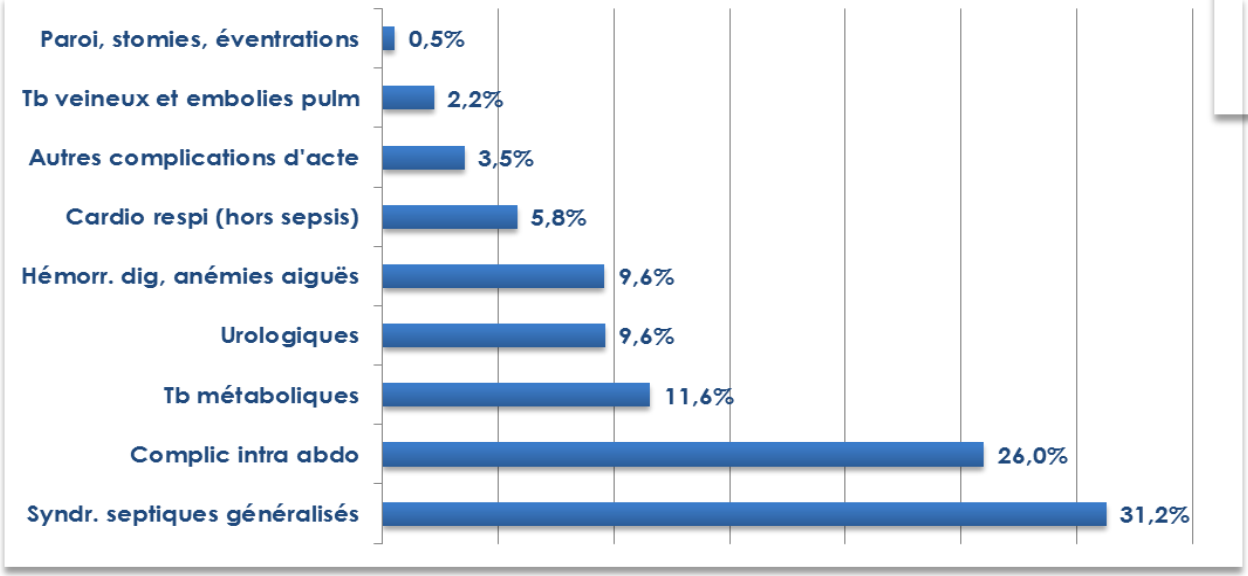
	2011-2012	2013-2014	2015-2016	2017-2018
Nombre d'opérations	42.754	42.632	46.545	46.051
% coelioscopie *	39	47	56	63
DMS * (jours)	13.8	13.3	12	11
Mortalité % Initiale 6 mois	4 8.8	3.8 8.4	3.1 7.1	2.8 6.9
% séjours * avec au moins 1 EI ** [TOTAL/ACTE]	43 /16	47 / 18	48 / 18	50 / 20
% Réhospitalisation	17.8	18.4	18.4	18.2

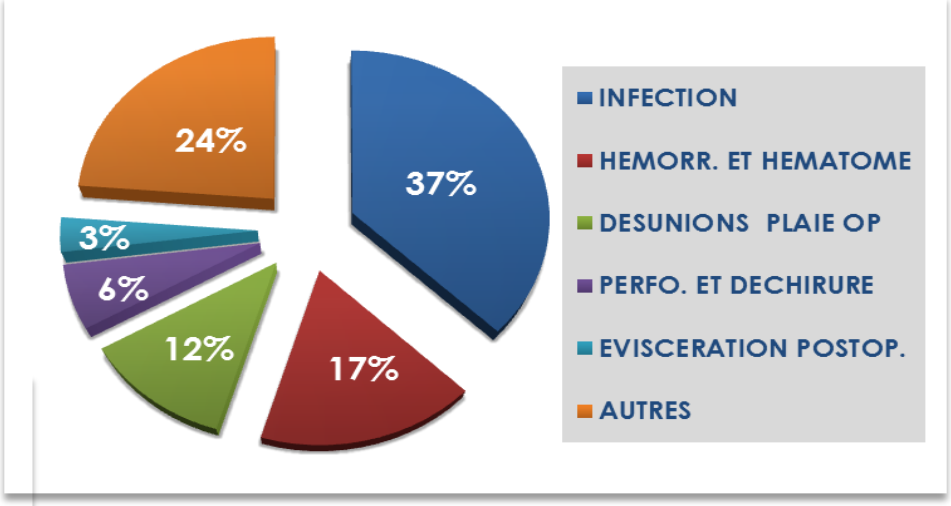
* Séjours programmés (84 %) uniquement ; ** Événement indésirable

bertrandmillat@gmail.com

Morbidité initiale des prises en charge programmées

1 séjour programmé sur 5 avec une complication de l'acte





Plus de la moitié des EI en lien avec un sepsis ou une complication intra abdominale

bertrandmillat@gmail.com

Améliorer l'information des patients

- SNDS peut éviter certains biais d'information : exhaustivité du suivi, recrutement
- Fournit des informations plus centrées sur les « fragilités » du patient que sur la technique

- Travail SNDS + Sociétés savantes / CNP
- Une information plus proche de la réalité
- Le patient acteur de la pertinence de ses soins

Merci pour votre attention

bertrandmillat@gmail.com