



1

## L'évolution des motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour entre 1998 et 2008



## L'évolution des motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour entre 1998 et 2008

Marie-Claude MOUQUET avec la collaboration de Philippe OBERLIN  
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)



Entre 1998 et 2008, le nombre total de séjours en soins de courte durée est passé de 13,2 millions à 14,6 millions, hors séjours liés à la grossesse, à l'accouchement et à la puerpéralité, aux causes périnatales et à la surveillance de la grossesse ou du nouveau-né en bonne santé. Le nombre de séjours a diminué pour les moins de 45 ans et augmenté au-delà. Des variations importantes existent cependant selon les groupes de pathologies sans toutefois entraîner de modification notable dans la hiérarchie des motifs de recours.

Entre 1998 et 2008, les taux bruts d'hospitalisation ont baissé sensiblement pour les moins de 15 ans (-18 % pour les garçons et -20 % pour les filles) et de façon plus modérée pour les 25-44 ans (-9 % pour les hommes et -3 % pour les femmes). En revanche, ils ont augmenté pour les 65 ans ou plus (+6 % pour les hommes et +10 % pour les femmes) et sont restés relativement stables pour les autres groupes d'âges. La progression du taux brut d'hospitalisation tous âges (2,6 % pour les hommes et 4,8 % pour les femmes) provient essentiellement du vieillissement de la population. En effet, à « âge égal », le taux standardisé d'hospitalisation a diminué de 3,1 % pour les hommes et de 0,7 % pour les femmes.

La part des séjours pris en charge en ambulatoire est passée de 27 % en 1998 à 38 % en 2008. Cette nette augmentation a concerné presque tous les groupes d'âges. La durée moyenne de séjour en hospitalisation complète a, quant à elle, globalement diminué d'environ une demi-journée. La baisse, observée dans tous les groupes d'âges, atteint un jour pour les 55 ans ou plus.

Ces gains d'efficacité des établissements de santé ont conduit à une baisse de 8 % du nombre d'« équivalents-journées » entre 1998 et 2008, malgré l'augmentation de 11 % du nombre de séjours. La population hospitalisée a vieilli, la part des séjours de 75 ans ou plus passant de 18 % en 1998 à 23 % en 2008 et celle de leurs équivalents-journées de 30 % à 37 %.

Les disparités régionales de recours sont largement expliquées par des différences de structure démographique.

Près de 10,8 millions de personnes résidant en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer<sup>1</sup> (DOM), soit une personne sur six, ont été hospitalisées au moins une fois en 2008, dans une unité de soins de courte durée de médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie (MCO) au sein d'un établissement hospitalier public ou privé français. Elles ont totalisé 16,3 millions de séjours<sup>2</sup>. Globalement, ce sont les enfants de moins d'1 an et les personnes âgées de 75 ans ou plus qui présentent les risques d'hospitalisation les plus élevés. Les taux d'hospitalisation féminins sont plus faibles que les taux masculins, sauf entre 15 et 44 ans du fait des séjours liés à l'accouchement, la grossesse et la puerpéralité. Les hospitalisations de moins de 24 heures continuent de se développer et la durée des

autres séjours de raccourcir. Le nombre d'équivalents-journées (voir encadré 1) ainsi réalisé en 2008 s'élève à 65,5 millions. Le numéro de patient<sup>3</sup> n'étant exhaustif que depuis 2007 et l'évolution des motifs de recours au MCO étant analysée entre 1998 et 2008, cette étude a été effectuée à partir des diagnostics principaux des séjours, sans relier entre eux les éventuels séjours multiples d'un même patient au cours de l'année.

### Une évolution du nombre des séjours par groupes d'âges similaire pour les hommes et les femmes

Hormis les séjours liés à la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité, aux causes périnatales<sup>4</sup> et à la sur-

1. Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

2. Hors venues en séances pour des traitements itératifs tels que chimiothérapie, radiothérapie, dialyse...

3. Il s'agit du numéro qui permet de relier entre eux les différents séjours d'un même patient.

4. Prématurité, hypotrophie, nouveau-nés affectés par des complications maternelles de la grossesse, de l'accouchement ou des suites de couches, etc.

#### ENCADRÉ 1 • Sources et définitions

Les résultats présentés ici portent sur les unités de soins de courte de durée relevant des disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie (MCO). Ils proviennent de l'analyse des bases nationales annuelles de résumés de sortie anonymes (RSA) constituées dans le cadre du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Tout séjour hospitalier en soins de courte durée de MCO fait l'objet d'un enregistrement standardisé comportant notamment les caractéristiques démographiques du patient, les pathologies traitées et les actes chirurgicaux réalisés. Ces bases sont pondérées pour corriger leur défaut d'exhaustivité. Ce taux d'exhaustivité, calculé avant pondération par comparaison avec la Statistique annuelle des établissements (SAE) en équivalents-journées, a augmenté régulièrement au fil du temps, passant de 92 % en 1998 à 97 % en 2003 et à près de 100 % en 2008. En 2003, les données de la plupart des établissements de santé de Guyane étaient absentes de la base nationale de RSA. On a donc introduit une double pondération pour la Guadeloupe et la Martinique, la première correspondant aux véritables volumes enregistrés pour ces deux régions et la seconde les surpondérant pour prendre en compte la non-réponse guyanaise et obtenir une estimation correcte du total France entière.

Le champ de l'étude a été limité à celui retenu dans celle précédemment réalisée sur l'impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030, qui excluait les séjours pour grossesse, accouchement ou puerpéralité (chapitre XV de la Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé, 10<sup>e</sup> révision [CIM10]), pour affections périnatales (chapitre XVI de la CIM10) et pour des motifs liés à la reproduction (codes Z30 à Z39 de la CIM10) ou à la surveillance médicale des nourrissons et enfants en bonne santé (codes Z76.1 et Z76.2 de la CIM10) [Mouquet et Oberlin, 2008].

Sont également exclus du champ de l'étude les séjours effectués dans les unités de soins de courte durée de MCO :

- des hôpitaux locaux, inégalement représentés dans les bases PMSI selon les années et les régions, et des établissements dont l'activité principale ne relève pas des disciplines de MCO (psychiatrie, soins de suite et de réadaptation, par exemple) ;
- des établissements à tarif d'autorité (établissements non conventionnés par les organismes d'assurance maladie) qui ne sont pas soumis à la production de RSA ;
- et des hôpitaux d'instruction des armées car, avant 2009, ils ne faisaient pas l'objet d'une remontée centralisée au niveau de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) qui collecte les données du PMSI.

Enfin les venues pour des séances réalisées en ambulatoire n'ont pas non plus été prises en compte, l'étude s'intéressant à l'analyse de la morbidité à l'origine des recours hospitaliers. L'étude de l'ATIH publiée récemment (juillet 2012) par exemple, qui adopte une perspective différente et s'intéresse à l'évolution de l'activité hospitalière entre 2007 et 2010, inclut les séances : comme leur part est importante (plus d'un quart des séjours) et que leur évolution est dynamique notamment pour les personnes de 80 ans ou plus (autour de +8 % par an sur la période 2007-2010), les chiffres calculés par l'ATIH peuvent sensiblement différer de ceux issus des conventions retenues dans ce dossier.

veillance de la grossesse ou du nouveau-né en bonne santé, le nombre total de séjours est passé de 13,2 millions en 1998 à 14,6 millions en 2008 (voir tableau 1). Globalement, cette augmentation du nombre de séjours se retrouve pour les hommes comme pour les femmes. Cependant, les évolutions diffèrent selon les groupes d'âges tout en restant analogues pour les hommes et pour les femmes. Ainsi, le nombre de séjours a baissé pour les patients âgés de moins de 45 ans et progressé pour ceux âgés de 45 ans ou plus.

### Des variations notables des volumes de séjours selon les groupes de pathologies...

Les augmentations les plus importantes du nombre de séjours (plus de 20 % entre 1998 et 2008) apparaissent pour les hommes comme pour les femmes dans les groupes de maladies suivants : maladies du sang (anémies en particulier), maladies de l'œil (cataracte) et maladies du système nerveux (syndrome du

canal carpien notamment). Il faut y ajouter les troubles mentaux pour les hommes et les maladies du système ostéo-articulaire (arthropathies, arthroses, lésions articulaires) pour les femmes. À noter aussi pour les deux sexes une croissance forte du nombre de séjours dus à des maladies de l'appareil digestif (+16 % pour les hommes et +17 % pour les femmes) malgré une baisse notable des séjours pour appendicite ; dans ce groupe de maladies, ce sont les séjours pour des maladies de la bouche et des dents et pour certaines maladies de l'intestin (maladies inflammatoires chroniques de l'intestin [MICI], polypes colorectaux par exemple) qui progressent fortement.

Les diminutions les plus importantes sont aussi communes aux deux sexes. Elles concernent les maladies de l'appareil respiratoire (en particulier à cause de la baisse des séjours induits par le traitement des maladies chroniques des amygdales et des végétations), des traumatismes (fractures) et empoisonnements et des maladies de l'oreille (otites). Pour les hommes, on

L'étude porte sur la période 1998-2008. L'année 1998 représente, en effet, la première année de recueil des séjours en MCO auprès de l'ensemble des établissements de santé publics et privés après la généralisation, à partir de l'année 1997, et donc sa montée en charge au cours de cette année-là, du recueil PMSI aux établissements privés à but lucratif. L'année 2008 est, quant à elle, la dernière année avant le changement de définition du diagnostic principal (voir encadré 2) intervenu à partir de 2009 avec la mise en place de la version 11 de la classification des groupes homogènes de malades.

Les **taux d'hospitalisation** correspondent au nombre de séjours hospitaliers effectués par les personnes résidant en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer pour 1 000 habitants. Les données démographiques utilisées sont celles des estimations localisées de population au 1<sup>er</sup> janvier, publiées par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) en mai 2009 pour 1998 et 2003 et en janvier 2011 pour 2008. Ces taux, établis à partir des résumés de sortie anonymes (RSA), sont donc le reflet des séjours dans les unités de soins et non des taux de personnes hospitalisées. Ils peuvent être calculés par type d'hospitalisation (hospitalisation d'une durée au moins égale à 24 heures ou hospitalisation complète et hospitalisation inférieure à la journée ou hospitalisation en ambulatoire) ou pour l'ensemble des hospitalisations.

Les **taux standardisés d'hospitalisation** permettent de dégager les différences de recours entre des populations aux caractéristiques démographiques hétérogènes (hommes et femmes, habitants de zones géographiques distinctes) et les évolutions dans le temps en gommant les effets liés aux différences de structure par âge. En particulier, les évolutions temporelles sont ainsi corrigées de l'effet mécanique d'augmentation du nombre de séjours lié au vieillissement de la population. Les taux standardisés sont ceux que l'on observerait pour chacun des groupes étudiés s'il avait la même structure d'âge qu'une population de référence identique pour tous. La population de référence utilisée pour les comparaisons entre 1998, 2003 et 2008 est celle de la France métropolitaine au 1<sup>er</sup> janvier 1990 pour les deux sexes réunis publiée par l'INSEE en mai 2009, répartie en onze tranches d'âges. Ils peuvent être calculés par type d'hospitalisation ou pour l'ensemble des hospitalisations.

La **durée moyenne de séjour** est calculée à partir des séjours ayant duré au moins 24 heures (hospitalisation complète), en incluant toutefois les décès et les transferts intervenus dans les premières 24 heures pour lesquels on compte alors 0 journée et 1 séjour : ces séjours ne peuvent pas être considérés comme une hospitalisation en ambulatoire et leur durée de séjour obtenue, comme pour les séjours d'au moins 24 heures, par différence entre date de sortie et date d'entrée est égale à 0 jour.

L'**équivalent-journées** est obtenu en additionnant les journées réalisées pour les séjours en hospitalisation complète et une journée par venue en hospitalisation de moins de 24 heures.

TABLEAU 1 ● Évolution du nombre de séjours effectués dans les services de soins de courte durée MCO (1) de 1998 à 2008 selon le sexe et l'âge des patients - Champ de l'étude Impact du vieillissement (2) - Ensemble des hospitalisations (3)

	Moins d'1 an	De 1 à 4 ans	De 5 à 14 ans	De 15 à 24 ans	De 25 à 34 ans	De 35 à 44 ans	De 45 à 54 ans	De 55 à 64 ans	De 65 à 74 ans	De 75 à 84 ans	85 ans ou plus	Tous âges
<b>Hommes</b>												
1998	147 800	339 900	441 100	452 500	559 800	727 700	945 800	946 800	1 195 000	717 400	250 700	6 724 500
2003	127 500	320 300	381 300	447 000	490 300	718 700	1 020 700	1 083 500	1 227 700	959 700	228 800	7 005 500
2008	121 300	299 000	358 900	456 600	458 600	685 100	994 700	1 318 500	1 206 200	1 094 800	343 300	7 337 000
<b>Femmes</b>												
1998	106 500	222 200	345 200	451 200	568 900	740 400	888 600	771 000	1 027 400	856 400	510 500	6 488 300
2003	95 400	208 800	298 900	451 200	519 700	754 200	989 900	901 200	1 063 600	1 112 200	473 700	6 868 800
2008	91 300	186 200	275 500	457 800	497 100	745 300	1 001 800	1 105 400	1 042 900	1 255 400	624 800	7 283 500
<b>Les deux sexes</b>												
1998	254 300	562 100	786 300	903 700	1 128 700	1 468 100	1 834 400	1 717 800	2 222 400	1 573 800	761 200	13 212 800
2003	222 900	529 100	680 200	898 200	1 010 000	1 472 900	2 010 600	1 984 700	2 291 300	2 071 900	702 500	13 874 300
2008	212 600	485 200	634 400	914 400	955 700	1 430 400	1 996 500	2 423 900	2 249 100	2 350 200	968 100	14 620 500

(1) Médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie.

(2) Non compris grossesse, accouchement et puerpéralité (chapitre XV de la CIM de l'OMS 10<sup>e</sup> révision [CIM10]), affections périnatales (chapitre XVI de la CIM10), recours pour des motifs liés à la reproduction (codes Z30 à Z39 de la CIM10) et surveillance médicale des nourrissons et enfants en bonne santé (codes Z76.1 et Z76.2 de la CIM10).

(3) Séjours appartenant à des hospitalisations ≥ 24 heures (y compris pour des traitements itératifs) et hospitalisations < 24 heures pour des motifs autres que dialyse, chimiothérapie, radiothérapie et autres traitements itératifs.

Champ • France métropolitaine et DOM, établissements hospitaliers publics et privés hors SSA et hôpitaux locaux.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 1998-2008, traitement DREES.

observe également une baisse sensible des séjours pour maladies infectieuses et parasitaires.

Enfin, le nombre des séjours pour des motifs liés à la surveillance ou à la prévention enregistre une progression limitée entre 2003 et 2008, après avoir connu une forte augmentation entre 1998 et 2003.

### ...avec des causes hétérogènes

Ces évolutions des nombres de séjours relèvent de causes diverses, qui ne peuvent pas toujours être mises en évidence à partir des données disponibles sur les séjours hospitaliers. Il peut s'agir, tout d'abord, d'un effet mécanique induit par la croissance et le vieillissement de la population française ; la standardisation des données permet de gommer cet effet. Elles peuvent aussi s'expliquer par des variations dans l'incidence des maladies liées ou non au vieillissement de la population, de modifications des modes de traitement ou de prise en charge entre médecine de ville et hôpital ou encore de la diffusion de techniques nouvelles entraînant, comme dans le cas de l'opération de la cataracte, un accès plus large aux soins dû à une simplification de l'intervention.

Ainsi, la baisse du nombre des séjours des personnes âgées de 85 ans ou plus en 2003 est à relier au nombre moins élevé de personnes de cet âge, conséquence du déficit de naissances induit par la guerre 1914-1918.

L'accroissement du nombre de séjours constaté pour les tumeurs, les maladies de l'œil et de ses annexes, des maladies de l'appareil circulatoire ou des maladies du système ostéo-articulaire, pathologies plus fréquentes aux âges élevés, découle en partie de celui des personnes âgées dans la population française qui totalisait 6,7 % de 75 ans ou plus en 1998, 7,6 % en 2003 et 8,5 % en 2008.

La progression importante des séjours pour maladies du sang ou pour maladies du tube digestif est, quant à elle, à rapprocher de celles du nombre des coloscopies réalisées dans un but de diagnostic étiologique (anémies) ou de surveillance (MICI) ou de dépistage du cancer colorectal dans des populations à risque conduisant à la découverte de pathologies peu graves (polypes). En outre, pour les maladies de l'intestin, il faut ajouter le rôle joué par la création dans la Classification internationale des maladies 10<sup>e</sup> révision (CIM10) de l'Organisation mondiale de la santé, fin 1999, du code K63.5 concernant certains polypes colorectaux dont l'effectif a atteint 72 982 séjours en 2008.

La faible augmentation, entre 2003 et 2008, du nombre de séjours pour des motifs liés à la surveillance ou à la prévention après la forte augmentation intervenue entre 1998 et 2003 est la conséquence de la circulaire sur les actes frontalières du 31 août 2006 et de l'arrêt sur les

forfaits « sécurité et environnement hospitalier » (SE) du 27 février 2007. La première exclut du champ de l'hospitalisation les prises en charge de moins de 24 heures qui peuvent être habituellement réalisées en médecine de ville ou dans le cadre de consultations ou d'actes externes dans les établissements hospitaliers (exemple : monitoring de type « rythme cardiaque fœtal » non suivi d'hospitalisation). Le second précise que ces forfaits SE sont à facturer en lieu et place d'une hospitalisation lors de la réalisation de certains actes utilisant le secteur opératoire ou nécessitant la mise en observation du patient (exemple : les endoscopies sans anesthésie).

La diminution du recours hospitalier, d'une part, pour le traitement des maladies chroniques des amygdales et des végétations et, d'autre part, pour celui des otites semble correspondre à une réorientation vers des indications chirurgicales plus pertinentes sous l'influence des recommandations professionnelles. C'est également le cas pour les appendicites pour lesquelles intervient, en outre, l'amélioration des moyens diagnostiques apportée par l'imagerie.

Enfin, la baisse du nombre de séjours motivés par des fractures est en partie le résultat de mesures préventives, telles que les campagnes destinées à réduire le risque de chute<sup>5</sup>, notamment chez les personnes âgées, ou la diffusion du traitement de l'ostéoporose.

## Peu de modification de la structure des recours par pathologies

Tous âges confondus, deux groupes de causes de recours à l'hospitalisation prédominent sur l'ensemble de la période (voir graphique 1). Ce sont, d'une part, les motifs de recours dits « autres que les maladies ou traumatismes<sup>6</sup> » (voir encadré 2), tels que la surveillance, les bilans ou la prévention et, d'autre part, les maladies de l'appareil digestif (maladies des dents et de la bouche incluses). Leur poids total dans l'ensemble des séjours a augmenté entre 1998 (25,4 %) et 2008 (28,5 %) et la part des séjours liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention est devenue plus importante, alors qu'elle était inférieure à celle des maladies de l'appareil digestif en 1998. Ces évolutions des causes les plus fréquentes

d'hospitalisation sont analogues pour les hommes et les femmes (voir graphique 1).

Pour les hommes, les maladies de l'appareil circulatoire demeurent la troisième cause d'hospitalisation et les tumeurs, la quatrième, avec une part des séjours stable sur la période (respectivement 11 % et 9 %). La part des séjours pour traumatismes et empoisonnements, en recul de 2,5 points, arrive en cinquième position avant les séjours pour maladies du système ostéo-articulaire (stables à 6,4 %) et les maladies de l'appareil respiratoire (-1,5 point).

Pour les femmes, ce sont les tumeurs qui occupent la troisième place en 2008 avant les maladies de l'appareil circulatoire (-1,1 point). Les maladies du système ostéo-articulaire (+0,3 point) occupent la cinquième place et devancent les traumatismes et empoisonnements en recul de 1,8 point et les maladies de l'appareil génito-urinaire (-0,8 point).

## Moins de recours à l'hôpital entre 1998 et 2008 pour les moins de 15 ans

Le taux d'hospitalisation des moins de 15 ans a sensiblement reculé entre 1998 et 2008 pour les garçons comme pour les filles (voir graphique 2). La baisse varie selon le sexe et l'âge allant de -18 % pour les garçons âgés de 1 à 4 ans, la plus faible, à -23 % pour ceux de moins d'1 an, la plus élevée. Elle est toutefois plus importante pour les filles que pour les garçons sauf chez les moins d'1 an. Les taux de recours pour des maladies de l'oreille ou des maladies digestives ont diminué quel que soit l'âge, de même que ceux pour des maladies respiratoires ou de la traumatologie pour les 1-14 ans. Ces évolutions à la baisse sont globalement beaucoup plus marquées que l'augmentation enregistrée pour les recours à l'hôpital pour des motifs liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention chez les 1-14 ans ou pour les maladies de l'appareil génito-urinaire chez les garçons de 1 à 4 ans.

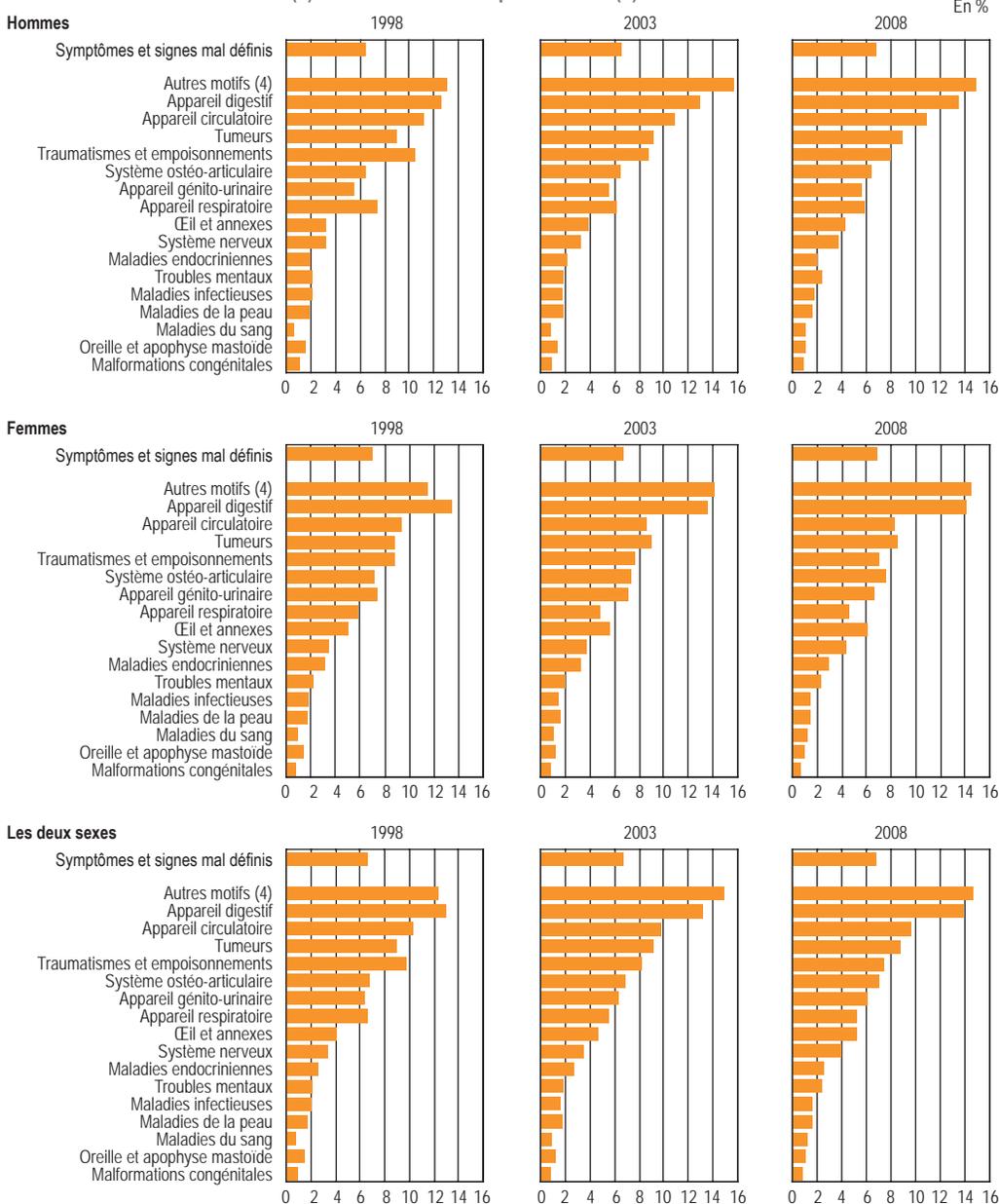
## Un recours à l'hôpital plutôt stable entre 1998 et 2008 pour les 15-64 ans

Les évolutions des taux d'hospitalisation en MCO par tranches d'âges sont voisines pour les hommes et les

5. Oberlin Ph. et Mouquet M.-Cl., 2010, « Les fractures du col du fémur en France entre 1998 et 2007 : quel impact du vieillissement ? », *Études et Résultats*, n° 723, DREES, avril.

6. Codes Z de la Classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 10<sup>e</sup> révision (CIM10). Les motifs autres que maladie ou traumatisme sont largement liés aux hospitalisations de moins de 24 heures pour lesquelles ils comptent pour 25 % des séjours contre seulement 8 % des hospitalisations de 24 heures ou plus.

GRAPHIQUE 1 ● Évolution de la répartition des séjours dans les services de soins de courte durée MCO (1) de 1998 à 2008 selon le sexe des patients et la pathologie traitée - Champ de l'étude Impact du vieillissement (2) - Ensemble des hospitalisations (3)



**Note** • En dehors des symptômes, signes et états morbides mal définis, les groupes de maladies ont été classés par ordre décroissant de fréquences, pour les deux sexes, tous âges réunis en 2008.

(1) Médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie.

(2) Non compris grossesse, accouchement et puerpéralité (chapitre XV de la CIM de l'OMS 10<sup>e</sup> révision [CIM10]), affections périnatales (chapitre XVI de la CIM10), recours pour des motifs liés à la reproduction (codes Z30 à Z39 de la CIM10) et surveillance médicale des nourrissons et enfants en bonne santé (codes Z76.1 et Z76.2 de la CIM10).

(3) Séjours appartenant à des hospitalisations  $\geq 24$  heures (y compris pour des traitements itératifs) et hospitalisations  $< 24$  heures pour des motifs autres que dialyse, chimiothérapie, radiothérapie et autres traitements itératifs.

(4) Motifs de recours aux services de santé autres que maladie ou traumatisme, tels que surveillance, prévention, motifs sociaux...

**Champ** • France métropolitaine et DOM, établissements hospitaliers publics et privés hors SSA et hôpitaux locaux.

**Sources** • ATIH, PMSI-MCO 1998-2008, traitement DREES.

## ENCADRÉ 2 • Les regroupements de maladies

Les groupes de pathologies étudiés ont été constitués à partir du diagnostic principal mentionné dans les séjours. Dans le PMSI-MCO, ce diagnostic principal est défini comme le motif de prise en charge ayant mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soigné au cours de l'hospitalisation. Il est codé à l'aide de la Classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 10<sup>e</sup> révision (CIM10). La CIM comporte un système de codage qui permet d'attribuer deux codes à certains diagnostics contenant des informations relatives à la fois à une maladie généralisée initiale (étiologie) et à une manifestation localisée à un organe donné représentant en elle-même un problème clinique (manifestation clinique). Dans le PMSI, c'est le code manifestation clinique qui est retenu comme diagnostic principal. Ainsi, à titre d'exemple, dans cette étude, un séjour pour rétinopathie diabétique est considéré comme un séjour pour maladie de l'œil (affection de la rétine) et non comme un séjour pour maladie endocrinienne (diabète).

Pour l'analyse de la morbidité hospitalière, les codes sont regroupés selon une liste validée par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

Ces pathologies diffèrent des groupes homogènes de malades (GHM), unités médico-économiques utilisées par le PMSI. Celles-ci reposent à la fois sur le diagnostic principal, les actes réalisés et éventuellement l'âge du patient et la présence de certaines comorbidités sévères.

Dans leur niveau agrégé, utilisé dans les tableaux et les graphiques, les groupes de pathologies correspondent aux chapitres de la CIM qui réunissent les maladies, soit dans des agrégats les localisant selon leur siège anatomique ou fonctionnel (maladies de l'appareil circulatoire, maladies de l'œil et de ses annexes...), soit, pour des raisons d'efficacité en termes d'études épidémiologiques, dans des agrégats généraux (tumeurs, certaines maladies infectieuses et parasitaires). C'est ainsi que les cancers et les tumeurs bénignes, sont réunis dans le chapitre des « Tumeurs » et non pas ventilés dans les chapitres anatomiques. Ces chapitres ne correspondent généralement pas aux spécialités médicales. Par exemple, le champ de l'ORL se trouve réparti entre les chapitres tumeurs, maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde et maladies de l'appareil respiratoire. Inversement le chapitre des maladies de l'appareil digestif contient les maladies non infectieuses et non tumorales des dents et du parodonte, du tube digestif (œsophage, estomac, duodénum, intestins), du foie, de la vésicule biliaire et du pancréas. Par ailleurs, les symptômes et signes n'aboutissant pas à un diagnostic précis sont regroupés dans un chapitre intitulé « Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs ».

De même, les motifs non répertoriés dans les chapitres de symptômes, de maladies ou de traumatismes et empoisonnements sont classés dans un chapitre appelé « Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé ». Ce sont, dans cette étude, les motifs liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention. Ils sont aussi parfois désignés sous le vocable de « codes Z », car leurs codes CIM10 commencent par cette lettre. Ils permettent, d'une part, de repérer les séjours de personnes, malades ou non, entrant en contact avec les services de santé pour une raison précise : soins de niveau limité pour une affection en cours (chimiothérapie ou radiothérapie par exemple), don d'organe ou de tissu, surveillance de grossesse ou de nouveau-né normal, vaccination, discussion d'un problème ne représentant pas en soi une maladie ou un traumatisme... Ils concernent, d'autre part, les circonstances ou les problèmes influençant l'état de santé sans constituer en eux-mêmes une maladie ou un traumatisme : antécédents personnels ou familiaux de pathologies (cancers, par exemple) nécessitant des examens de dépistage, conditions socio-économiques ou psycho-sociales menaçant la santé, existence d'un risque lié à des maladies transmissibles... Ces rubriques permettent de coder la réalisation d'actes à visée diagnostique (coloscopie, explorations fonctionnelles respiratoires ou digestives, arthroscopie...) sans qu'il y ait pour autant de découverte de pathologie, ainsi que la réalisation d'examen médicaux généraux (bilans de santé par exemple) ou spéciaux de dépistage concernant des individus ou des populations. Enfin, elles permettent de coder la surveillance rendue nécessaire par certains traitements médicaux ou chirurgicaux (trachéotomie, colostomie, stimulateur cardiaque...).

Les chapitres CIM retenus pour effectuer cette partition des maladies sont différents des catégories majeures de diagnostics (CMD) utilisées dans le PMSI pour agréger les séjours classés en groupes homogènes de malades (GHM).

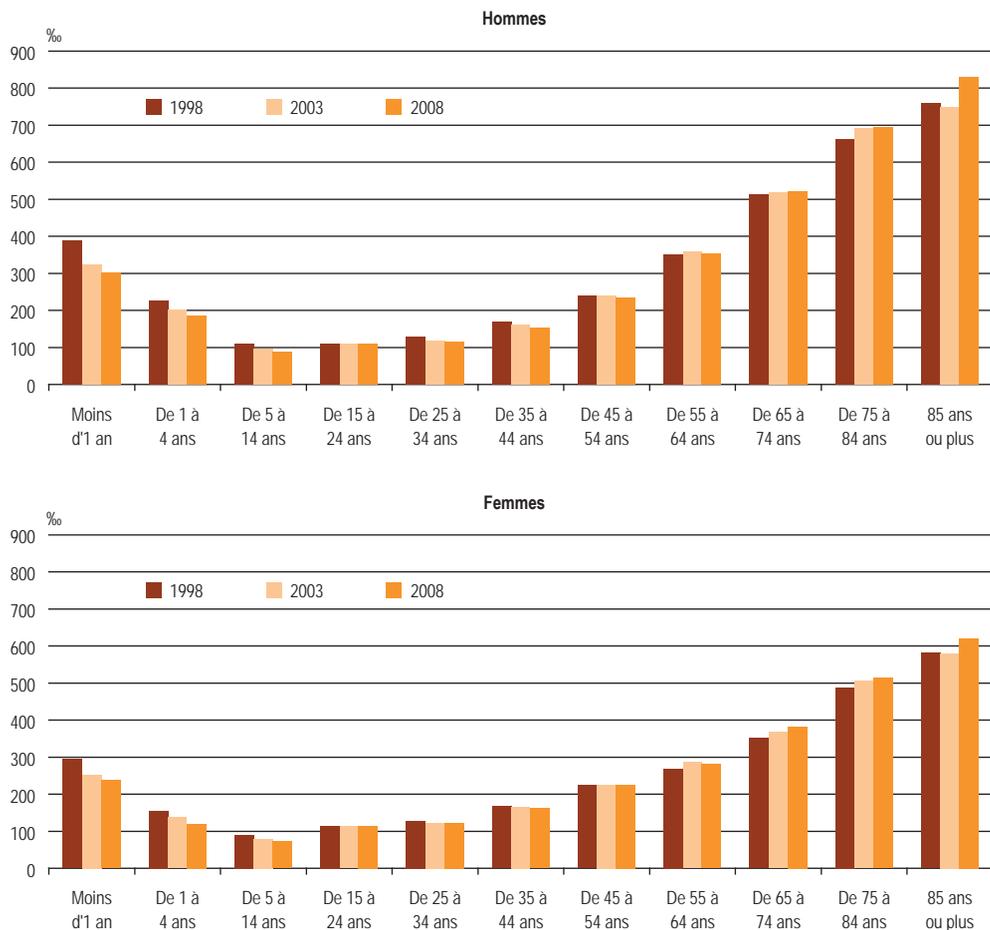
femmes âgés de 15 à 64 ans (voir graphique 2). Les taux toutes causes sont restés stables entre 1998 et 2008 pour les 15-24 ans des deux sexes et pour les femmes entre 45 et 54 ans. Ils ont diminué pour les hommes entre 25 et 54 ans et pour les femmes entre 25 et 44 ans et augmenté à partir de 55 ans pour les femmes et de 65 ans pour les hommes.

Les taux d'hospitalisation pour des traumatismes ou empoisonnements ont décliné nettement dans toutes les tranches d'âges pour les hommes et pour les femmes.

Chez les 15-24 ans, cette baisse a été compensée par une croissance des taux de recours pour des maladies digestives et pour des motifs liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention. Une hausse sensible des taux d'hospitalisation pour ces groupes de motifs est également retrouvée pour les femmes âgées de 25 à 44 ans.

En outre, les taux d'hospitalisation pour des motifs liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention ou des maladies digestives ont aussi augmenté pour les hommes et les femmes âgés de 45 à 64 ans et ceux

GRAPHIQUE 2 ● Évolution des taux d'hospitalisation (1) dans les services de soins de courte durée MCO (2) de 1998 à 2008 selon le sexe et l'âge des patients - Champ de l'étude Impact du vieillissement (3) - Ensemble des hospitalisations (4)



(1) Nombre de séjours effectués par les personnes résidant en France entière pour 1 000 habitants de France entière.

(2) Médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie.

(3) Non compris grossesse, accouchement et puerpéralité (chapitre XV de la CIM de l'OMS 10<sup>e</sup> révision [CIM10]), affections périnatales (chapitre XVI de la CIM10), recours pour des motifs liés à la reproduction (codes Z30 à Z39 de la CIM10) et surveillance médicale des nourrissons et enfants en bonne santé (codes Z76.1 et Z76.2 de la CIM10).

(4) Séjours appartenant à des hospitalisations  $\geq$  24 heures (y compris pour des traitements itératifs) et hospitalisations  $<$  24 heures pour des motifs autres que dialyse, chimiothérapie, radiothérapie et autres traitements itératifs.

**Champ** • France métropolitaine et DOM, établissements hospitaliers publics et privés hors SSA et hôpitaux locaux.

**Sources** • ATIH, PMSI-MCO 1998-2008, traitement DREES, INSEE population par âge.

pour des maladies ostéo-articulaires pour les personnes âgées de 55 à 64 ans. Inversement, les taux d'hospitalisation pour des maladies de l'appareil circulatoire ont baissé, pour les deux sexes, entre 45 et 64 ans et ceux pour des tumeurs entre 45 et 54 ans. S'y ajoutent un recul des maladies respiratoires notamment pour les hommes entre 55 et 64 ans et de celles de l'appareil génito-urinaire pour les femmes.

## Un accroissement des taux d'hospitalisation entre 1998 et 2008 pour les 65 ans ou plus

Les taux d'hospitalisation globaux se sont accrus entre 1998 et 2008 pour les personnes âgées de 65 ans ou plus (voir graphique 2). L'augmentation a été plus importante pour les femmes que pour les hommes

entre 65 et 74 ans (+8 % contre +2 %), identique entre 75 et 84 ans (+5 %) et plus élevée pour les hommes chez les plus de 84 ans (+9 % contre +7 %). Les évolutions observées pour les motifs d'hospitalisation les plus fréquents sont similaires pour les hommes et pour les femmes. Elles sont essentiellement dues au développement des séjours motivés par des soins ou des examens de surveillance, de bilan ou de prévention pour lesquels les taux d'hospitalisation ont crû pour l'ensemble des patients de ces groupes d'âges. Il en est de même pour les maladies ophtalmologiques, à l'exception des femmes les plus âgées, tandis que, dans le même temps, les taux de recours à l'hôpital liés à des causes accidentelles ont diminué. Pour les maladies digestives, les taux d'hospitalisation ont augmenté pour les 65-74 ans et baissé pour les 85 ans ou plus. Les taux d'hospitalisation pour des maladies de l'appareil circulatoire ont reculé pour les 65-74 ans et progressé pour les 85 ans ou plus. Pour les tumeurs, les taux d'hospitalisation par sexe et âge ont décliné sur

la période, sauf pour les femmes âgées de 65 à 74 ans pour lesquelles ils se sont accrus.

## Une augmentation du taux global d'hospitalisation entre 1998 et 2008 en lien avec le vieillissement de la population

Le taux brut d'hospitalisation, tous âges confondus, est passé de 221 pour 1 000 en 1998 à 229 pour 1 000 en 2008 et la progression a été voisine sur les deux sous-périodes (voir tableau 2). Il a progressé plus nettement pour les femmes (+4,8 %) que pour les hommes (+2,6 %). Cette augmentation est essentiellement liée aux modifications intervenues dans la structure par âge de la population française et en particulier à son vieillissement<sup>7</sup>. En effet, à structure de population identique, le taux global standardisé (voir encadré 1) de recours à l'hospitalisation en MCO a diminué entre 1998 et 2008, la baisse touchant essentiellement les hommes (voir tableau 2).

7. La part des personnes âgées de 65 ans ou plus dans la population française est passée de 15,5% en 1998 à 16,4% en 2008.

**TABEAU 2 • Évolution des taux d'hospitalisation tous âges dans les services de soins de courte durée MCO (1) de 1998 à 2008 selon le sexe des patients - Champ de l'étude Impact du vieillissement (2) - Ensemble des hospitalisations (3)**

	Hommes	Femmes	Les deux sexes
<b>Taux bruts</b>			
Valeurs (4) (%)			
1998	231,1	210,6	220,6
2003	233,9	215,5	224,4
2008	237,0	220,7	228,6
Évolutions (%)			
1998-2003	+1,2	+2,3	+1,7
2003-2008	+1,3	+2,4	+1,9
1998-2008	+2,6	+4,8	+3,6
<b>Taux standardisés (5)</b>			
Évolutions (%)			
1998-2003	-1,6	-0,1	-0,9
2003-2008	-1,5	-0,6	-1,0
1998-2008	-3,1	-0,7	-1,9

(1) Médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie.

(2) Non compris grossesse, accouchement et puerpéralité (chapitre XV de la CIM de l'OMS 10<sup>e</sup> révision [CIM10]), affections périnatales (chapitre XVI de la CIM10), recours pour des motifs liés à la reproduction (codes Z30 à Z39 de la CIM10) et surveillance médicale des nourrissons et enfants en bonne santé (codes Z76.1 et Z76.2 de la CIM10).

(3) Ensemble des séjours appartenant à des hospitalisations ≥ 24 heures (y compris pour des traitements itératifs) et hospitalisations < 24 heures pour des motifs autres que dialyse, chimiothérapie, radiothérapie et autres traitements itératifs.

(4) Nombre de séjours effectués par les personnes résidant en France entière pour 1 000 habitants de France entière.

(5) Cette standardisation sur le sexe et sur l'âge permet de mettre en évidence les évolutions des taux de recours autres que celles induites par les modifications structurelles observées dans la population. Les taux standardisés calculés pour chacune des années pour les hommes, les femmes ou l'ensemble sont ceux que l'on observerait si chacun de ces groupes avait la même structure d'âge qu'une population de référence identique pour tous. La population de référence utilisée ici est celle de la France métropolitaine au 1<sup>er</sup> janvier 1990, les deux sexes.

**Champ** • France métropolitaine et DOM, établissements hospitaliers publics et privés hors SSA et hôpitaux locaux.

**Sources** • ATIH, PMSI-MCO 1998-2008, traitement DREES et INSEE, estimations localisées de population au 1<sup>er</sup> janvier.

## Entre 1998 et 2008, une progression des prises en charge en ambulatoire...

En 2008, la part totale des séjours effectués en hospitalisation de moins de 24 heures est un peu plus élevée pour les femmes que pour les hommes (39 % contre 38 %). Entre 1998 et 2008, elle a augmenté d'environ 10 points pour les hommes et 12 points pour les femmes (voir tableau 3). La progression a toutefois été plus importante entre 1998 et 2003 (+7 points globalement) qu'entre 2003 et 2008 (+4 points).

Le développement de ce type de prise en charge concerne tous les groupes d'âges à l'exception des garçons de moins d'1 an et des filles de moins de 5 ans (voir graphique 3). Ce mouvement a sans doute été amplifié par la mise en place, par la loi de financement de la sécurité sociale de 2008, d'un dispositif soumettant certains établissements hospitaliers à l'obtention d'un accord préalable de l'Assurance maladie pour réaliser certains actes chirurgicaux en hospitalisant les patients au moins une nuit. Cette procédure, qui a pour objectif de développer la chirurgie ambulatoire, concerne dix-sept gestes chirurgicaux courants<sup>8</sup> pour lesquels cette réalisation a été validée par les sociétés savantes. Les groupes de pathologies concernés par ces chirurgies enregistrent, d'ailleurs, des augmentations notables des parts de séjours réalisées en ambulatoire entre 1998 et

2008. En outre, le développement de cette part est relativement plus important chez les patients âgés (65 ans ou plus), groupes d'âges où elle est toutefois plus faible. Cette évolution est vraisemblablement en partie due au traitement des maladies ophtalmologiques et, en particulier, aux opérations de la cataracte qui donnent lieu à une croissance importante des traitements réalisés en ambulatoire (un cinquième des prises en charge en 1998 et sept sur dix 2008) ; dans le même temps, lorsque cette opération est réalisée en hospitalisation complète, la durée moyenne de séjour a diminué, passant de 2 jours en 1998 à 1,5 en 2008.

## ... accompagnée d'une baisse de la durée moyenne de séjour en hospitalisation complète

La durée moyenne de séjour en hospitalisation complète (DMS) est voisine pour les hommes et les femmes (5,8 jours en 2008). Elle augmente sensiblement avec l'âge (voir graphique 4). En 2008, elle était, globalement, de 2,7 jours pour les 1-4 ans et de 9 jours pour les 85 ans ou plus. En effet, les patients âgés souffrent souvent de polyopathologies et leurs hospitalisations sont fréquemment motivées par des maladies chroniques comme les maladies du cœur, les cancers, les affections respiratoires ou les conséquences de chutes

TABLEAU 3 ● Évolution de la durée des séjours effectués dans les services de soins de courte durée MCO (1) de 1998 à 2008 selon le sexe des patients - Champ de l'étude Impact du vieillissement (2)

	Hommes	Femmes	Les deux sexes
Part des séjours pris en charge en ambulatoire (3) (%)			
1998	27,7	27,0	27,3
2003	34,1	33,9	34,0
2008	37,6	38,7	38,1
Durée moyenne de séjour en hospitalisation complète (4) (nombre de jours)			
1998	6,2	6,3	6,2
2003	6,0	6,1	6,1
2008	5,8	5,8	5,8

(1) Médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie.

(2) Non compris grossesse, accouchement et puerpéralité (chapitre XV de la CIM de l'OMS 10<sup>e</sup> révision [CIM10]), affections périnatales (chapitre XVI de la CIM10), recours pour des motifs liés à la reproduction (codes Z30 à Z39 de la CIM10) et surveillance médicale des nourrissons et enfants en bonne santé (codes Z76.1 et Z76.2 de la CIM10).

(3) Hospitalisations < 24 heures pour des motifs autres que dialyse, chimiothérapie, radiothérapie et autres traitements itératifs.

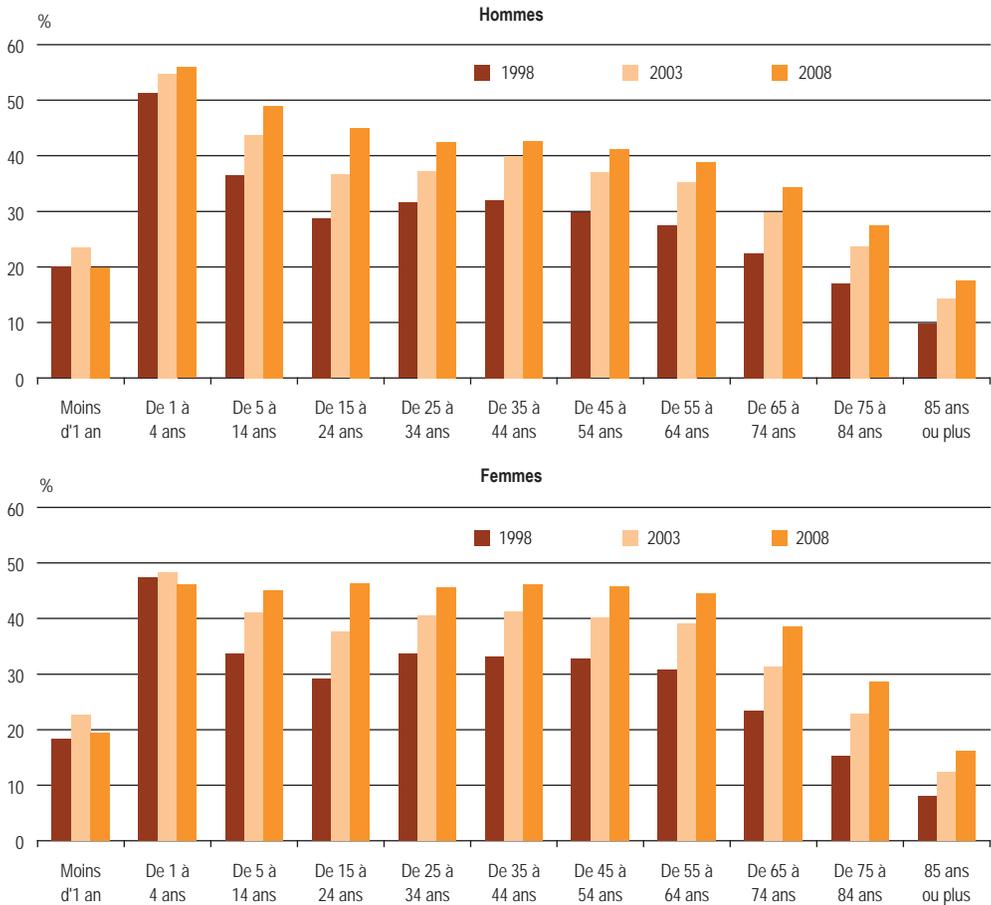
(4) Hospitalisations ≥ 24 heures (y compris pour des traitements itératifs).

Champ • France métropolitaine et DOM, établissements hospitaliers publics et privés hors SSA et hôpitaux locaux.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 1998-2008, traitement DREES.

8. Adénoïdectomies, arthroscopies du genou hors ligamentoplasties, chirurgie anale, chirurgie du canal carpien et autres libérations nerveuses du membre supérieur, chirurgie de la conjonctive (ptérygion), chirurgie de la maladie de Dupuytren, chirurgie des bourses, chirurgie des hernies inguinales, chirurgie des varices, chirurgie du cristallin, chirurgie du sein/tumorectomie, chirurgie réparatrice des ligaments et tendons (main), chirurgie du strabisme, chirurgie de l'utérus, vulve, vagin et assistance médicale à la procréation (AMP), coelioscopie gynécologique, extraction dentaire, exérèses de kystes synoviaux.

GRAPHIQUE 3 ● Évolution de la part des séjours pris en charge en ambulatoire (1) dans les services de soins de courte durée MCO (2) de 1998 à 2008 selon le sexe et l'âge des patients - Champ de l'étude Impact du vieillissement (3)



(1) Hospitalisations < 24 heures pour des motifs autres que dialyse, chimiothérapie, radiothérapie et autres traitements itératifs.

(2) Médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie.

(3) Non compris grossesse, accouchement et puerpéralité (chapitre XV de la CIM de l'OMS 10<sup>e</sup> révision [CIM10]), affections périnatales (chapitre XVI de la CIM10), recours pour des motifs liés à la reproduction (codes Z30 à Z39 de la CIM10) et surveillance médicale des nourrissons et enfants en bonne santé (codes Z76.1 et Z76.2 de la CIM10).

**Champ** • France métropolitaine et DOM, établissements hospitaliers publics et privés hors SSA et hôpitaux locaux.

**Sources** • ATIH, PMSI-MCO 1998-2008, traitement DREES.

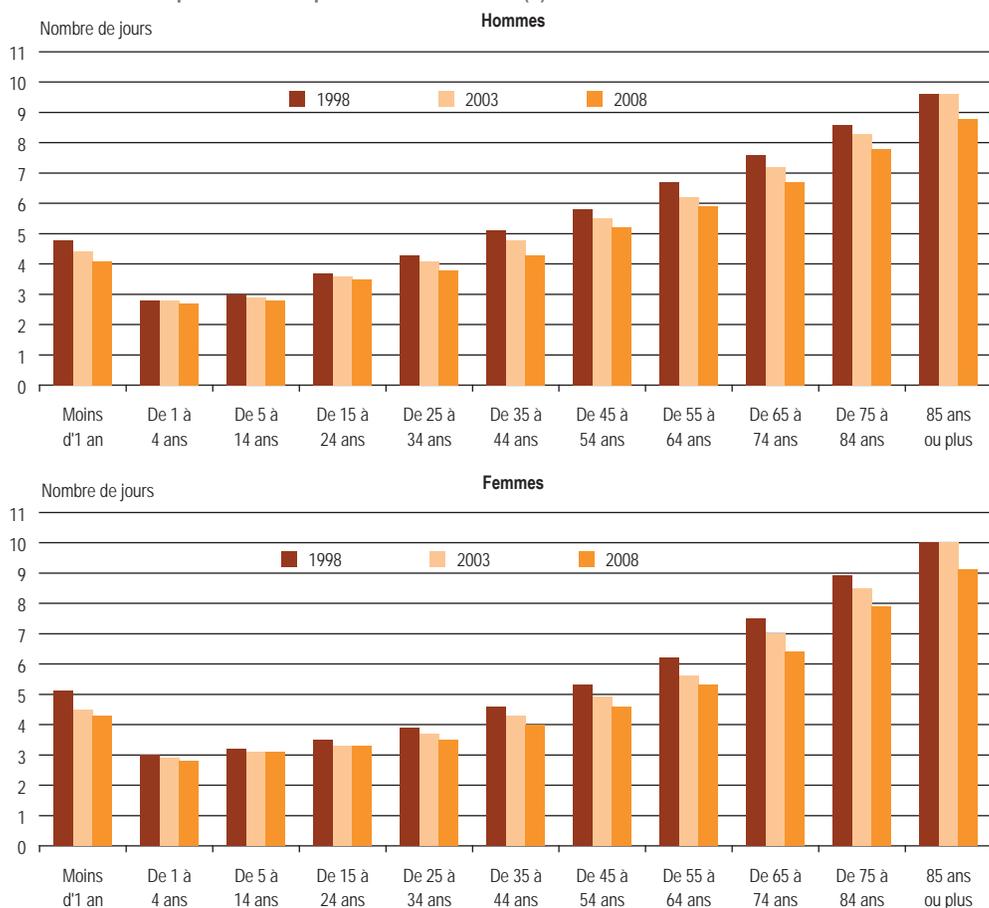
accidentelles comme la fracture du col du fémur<sup>9</sup>. Ces pathologies conduisent à des hospitalisations pour lesquelles les prises en charge de moins de 24 heures sont peu fréquentes<sup>10</sup> et les durées moyennes de séjour longues (12,8 jours pour la fracture du col de fémur, 10,2 jours pour les maladies respiratoires et 9,6 jours pour les tumeurs malignes en 2008). La DMS par groupes d'âges est similaire pour les hommes et les

femmes sauf entre 45 et 64 ans où elle est supérieure pour les hommes et à partir de 85 ans où c'est l'inverse. Entre 1998 et 2008, la DMS a diminué d'environ une demi-journée (voir tableau 3). La baisse a été plus sensible entre 2003 et 2008 (-0,3 jour soit -5 % en valeur relative) qu'entre 1998 et 2003 (respectivement -0,1 jour et -2 %). La diminution a concerné tous les groupes d'âges (voir graphique 4). Les réductions les

9. En 2008, la fracture du col du fémur a été à l'origine, pour les 65 ans ou plus, de 75 700 séjours hospitaliers en MCO, dont 29 300 ont concerné des femmes âgées de 85 ans ou plus.

10. Les traitements itératifs réalisés en séances comme les chimiothérapies ou les radiothérapies sont exclus de cette étude.

GRAPHIQUE 4 ● Évolution de la durée moyenne de séjour en hospitalisation complète (1) dans les services de soins de courte durée MCO (2) de 1998 à 2008 selon le sexe et l'âge des patients - Champ de l'étude Impact du vieillissement (3)



(1) Hospitalisations  $\geq 24$  heures (y compris pour des traitements itératifs).

(2) Médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie.

(3) Non compris grossesse, accouchement et puerpéralité (chapitre XV de la CIM de l'OMS 10<sup>e</sup> révision [CIM10]), affections périnatales (chapitre XVI de la CIM10), recours pour des motifs liés à la reproduction (codes Z30 à Z39 de la CIM10) et surveillance médicale des nourrissons et enfants en bonne santé (codes Z76.1 et Z76.2 de la CIM10).

Champ • France métropolitaine et DOM, établissements hospitaliers publics et privés hors SSA et hôpitaux locaux.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 1998-2008, traitement DREES.

plus importantes en valeur absolue apparaissent à partir 55 ans avec près d'un jour en moins. En valeur relative, les diminutions les plus sensibles (entre -10 % et -16 % selon le sexe et le groupe d'âges) sont notées chez les moins d'1 an et entre 25 et 74 ans pour les hommes et entre 25 et 84 ans pour les femmes.

### Au total : une baisse du nombre d'équivalents-journées malgré l'augmentation du nombre de séjours...

Le nombre total d'équivalents-journées a diminué de 8,4 % entre 1998 et 2008 tandis que, dans le même temps, le

nombre de séjours augmentait de 11 % (voir tableau 4). C'est le résultat d'une baisse importante du nombre de journées en hospitalisation complète (-7,3 millions) non contrebalancée par l'augmentation du nombre d'hospitalisations en ambulatoire (+2 millions). La diminution a été un peu plus importante pour les femmes (-8,8 %) que pour les hommes (-8 %), alors même que les séjours féminins progressaient davantage (+12 % contre +8 %).

### ...et une fréquentation de plus en plus âgée

Pour les 75 ans ou plus, le nombre de séjours a augmenté de 42 % entre 1998 et 2008 et celui des équivalents-

journées de 14 % avec une croissance en hospitalisation complète mais aussi en ambulatoire. La progression a été plus importante pour les hommes (+49 % pour les séjours et +22 % pour les équivalents-journées) que pour les femmes (respectivement +38 % et +9 %). La part des séjours de 75 ans ou plus est ainsi passée de 18 % en 1998 à 23 % en 2008 et celle de leurs équivalents-journées de 30 % à 37 %, les proportions étant plus élevées chez les femmes que chez les hommes (voir tableau 4).

### Un taux brut d'hospitalisation féminin inférieur à celui des hommes dans toutes les régions

La supériorité du taux d'hospitalisation masculin apparaît dans toutes les régions, en dépit d'une part de personnes âgées de 65 ans ou plus inférieure à celles des femmes dans toutes les régions (voir graphique 5). En 2008, les écarts entre sexes les plus faibles (< 1 %) sont observés en Alsace et à la Guadeloupe et les plus importants (> 10 %) en Poitou-Charentes, Pays de la Loire, Languedoc-Roussillon, Limousin, Auvergne et à La Réunion.

### Des disparités régionales de recours toutes causes largement expliquées par des différences de structure démographique

Le taux d'hospitalisation augmentant avec l'âge, on pourrait penser que les régions les plus âgées connaissent les taux d'hospitalisation les plus élevés. C'est le plus souvent vrai : les régions dans lesquelles la part des personnes âgées de 65 ans ou plus est supérieure à la moyenne nationale enregistrent la plupart du temps des taux bruts d'hospitalisation également supérieurs à la moyenne nationale et inversement (voir graphique 5). Les exceptions notables en 2008 sont l'Alsace (deux sexes), le Nord-Pas-de-Calais (deux sexes) et la Picardie (femmes) qui connaissent des taux bruts d'hospitalisation plus élevés malgré des parts de 65 ans ou plus inférieures et, à l'opposé, la Bretagne (deux sexes) et l'Auvergne (femmes) avec des taux bruts plus faibles et des parts de 65 ans ou plus supérieures.

On observe une assez grande variabilité des taux bruts régionaux toutes causes (voir cartes - Taux bruts). En 2008, huit régions pour les hommes et pour les femmes

TABLEAU 4 ● Évolution des séjours et des journées réalisés dans les services de soins de courte durée MCO (1) de 1998 à 2008 selon le sexe des patients - Champ de l'étude Impact du vieillissement (2)

	Tous âges		65 ans ou plus		75 ans ou plus		
	Nombre total de séjours (3) (en milliers)	Équivalents-journées (4) (en milliers)	Part de l'ensemble des séjours (en %)	Part de l'ensemble des équivalents-journées (en %)	Part de l'ensemble des séjours (en %)	Part de l'ensemble des équivalents-journées (en %)	
<b>Hommes</b>							
1998	6 725	31 888	32,2	46,3	14,4	23,3	
2003	7 005	30 279	34,5	48,9	17,0	27,1	
2008	7 337	29 352	36,0	50,2	19,6	30,8	
<b>Femmes</b>							
1998	6 488	31 692	36,9	55,2	21,1	35,7	
2003	6 869	30 079	38,6	57,2	23,1	39,2	
2008	7 284	28 907	40,1	58,1	25,8	42,5	
<b>Les deux sexes</b>							
1998	13 213	63 580	34,5	50,7	17,7	29,5	
2003	13 874	60 358	36,5	53,0	20,0	33,1	
2008	14 621	58 259	38,1	54,1	22,7	36,6	

(1) Médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie.

(2) Non compris grossesse, accouchement et puerpéralité (chapitre XV de la CIM de l'OMS 10<sup>e</sup> révision [CIM10]), affections périnatales (chapitre XVI de la CIM10), recours pour des motifs liés à la reproduction (codes Z30 à Z39 de la CIM10) et surveillance médicale des nourrissons et enfants en bonne santé (codes Z76.1 et Z76.2 de la CIM10).

(3) Séjours appartenant à des hospitalisations ≥ 24 heures (y compris pour des traitements itératifs) et hospitalisations < 24 heures pour des motifs autres que dialyse, chimiothérapie, radiothérapie et autres traitements itératifs.

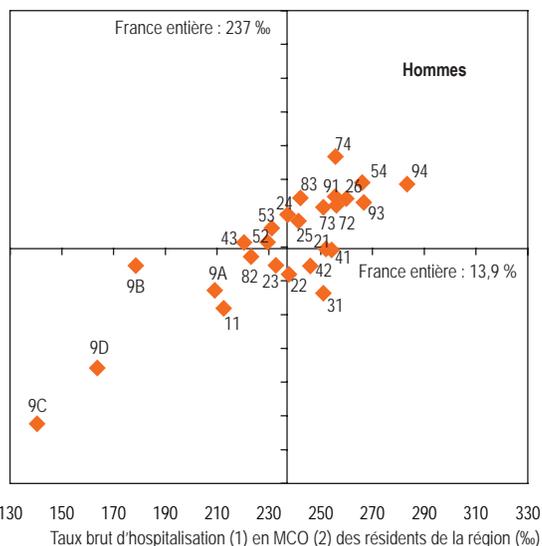
(4) Journées réalisées en hospitalisation complète auxquelles on ajoute les hospitalisations en ambulatoire.

Champ • France métropolitaine et DOM, établissements hospitaliers publics et privés hors SSA et hôpitaux locaux.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 1998-2008, traitement DREES.

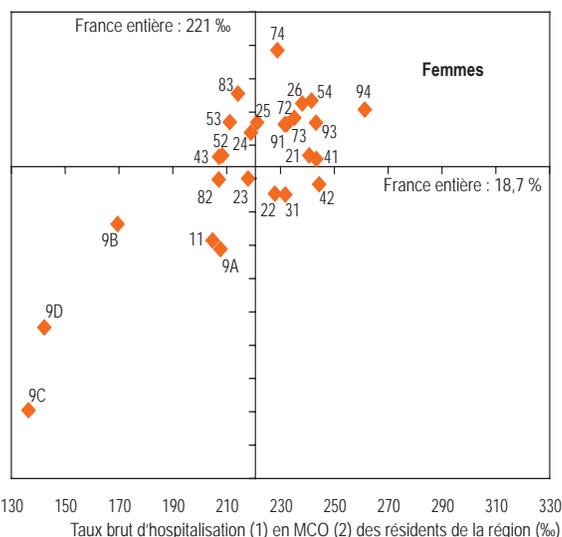
**GRAPHIQUE 5 • Comparaisons régionales des taux bruts d'hospitalisation (1) dans les services de soins de courte durée MCO (2) et des proportions de personnes âgées de 65 ans ou plus selon le sexe en 2008 - Ensemble des hospitalisations (3) - Champ de l'étude Impact du vieillissement (4)**

Proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus résidant dans la région (%)



Code	Libellé des régions
11	Île-de-France
21	Champagne-Ardenne
22	Picardie
23	Haute-Normandie
24	Centre
25	Basse-Normandie
26	Bourgogne
31	Nord - Pas-de-Calais
41	Lorraine
42	Alsace
43	Franche-Comté
52	Pays de la Loire
53	Bretagne
54	Poitou-Charentes
72	Aquitaine
73	Midi-Pyrénées
74	Limousin
82	Rhône-Alpes
83	Auvergne
91	Languedoc-Roussillon
93	Provence-Alpes-Côte d'Azur
94	Corse
9A	Guadeloupe
9B	Martinique
9C	Guyane
9D	La Réunion

Proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus résidant dans la région (%)



**Lecture** • La région Île-de-France (11), qui a une proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus inférieure à celle de la France entière, a également un taux d'hospitalisation en MCO inférieur à celui de la France entière.

(1) Nombre de séjours de toutes causes effectués par les personnes résidant dans la région pour 1 000 habitants de la région.

(2) Médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie.

(3) Séjours appartenant à des hospitalisations ≥ 24 heures (y compris pour des traitements itératifs) et hospitalisations < 24 heures pour des motifs autres que dialyse, chimiothérapie, radiothérapie et autres traitements itératifs.

(4) Non compris grossesse, accouchement et puerpéralité (chapitre XV de la CIM de l'OMS 10<sup>e</sup> révision [CIM10]), affections périnatales (chapitre XVI de la CIM10), recours pour des motifs liés à la reproduction (codes Z30 à Z39 de la CIM10) et surveillance médicale des nourrissons et enfants en bonne santé (codes Z76.1 et Z76.2 de la CIM10).

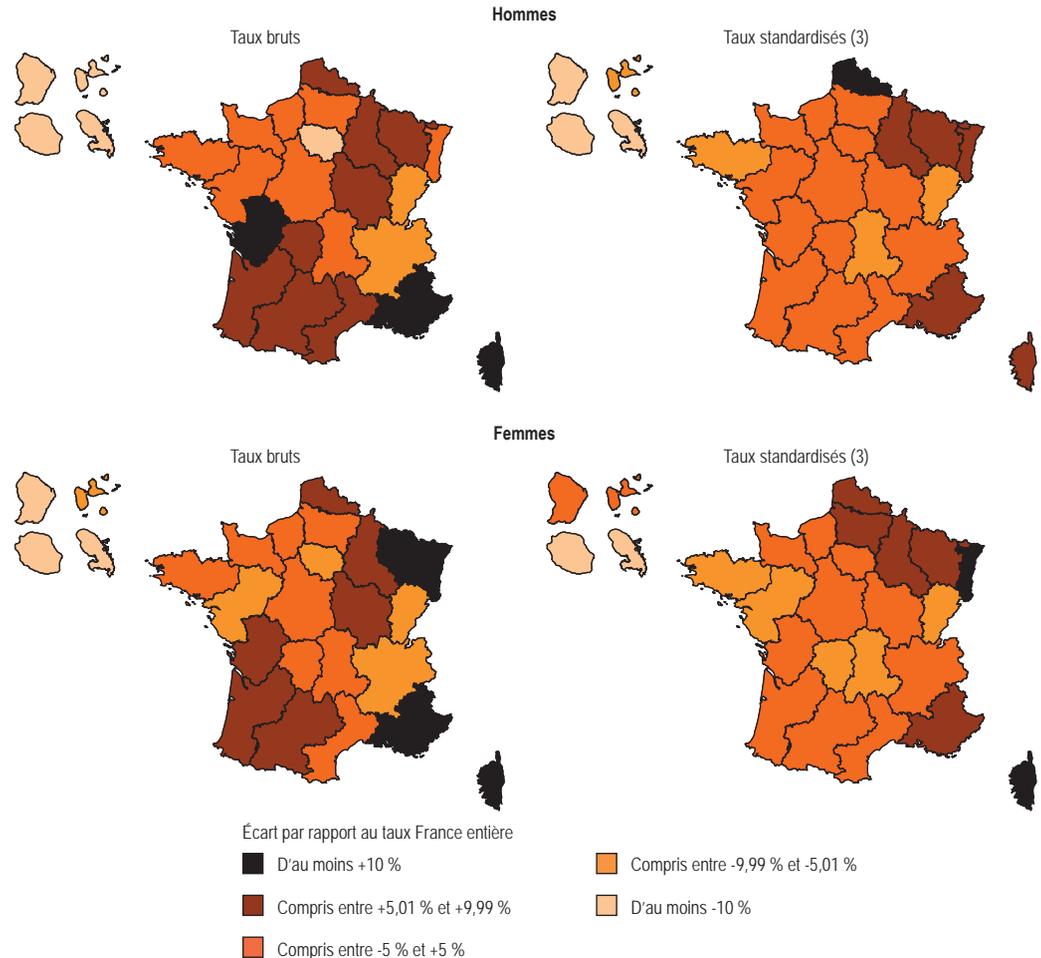
**Champ** • France métropolitaine et DOM, établissements hospitaliers publics et privés hors SSA et hôpitaux locaux.

**Sources** • ATIH, PMSI-MCO 1998-2008, traitement DREES et INSEE, estimations localisées de population au 1<sup>er</sup> janvier.

ont un taux variant de -5 % à +5 % autour de la moyenne nationale, dont six identiques pour les deux sexes (Picardie, Haute et Basse-Normandie, Centre, Bretagne et Auvergne). Aux extrêmes, cinq régions pour les hommes et trois régions pour les femmes ont un taux de recours inférieur d'au moins 10 % à la moyenne nationale (DOM notamment) et trois régions pour les hommes et quatre pour les femmes, un taux de recours supérieur d'au

moins 10 % (Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse en particulier). Une grande partie de ces écarts est liée aux différences de structures démographiques, notamment pour les hommes (voir cartes – Taux standardisés). En 2008, à « âge égal », treize régions pour les hommes et douze pour les femmes s'écartent au plus de 5 % de la moyenne nationale, dix étant communes aux deux sexes. Entre 1998 et 2008, on note, néanmoins, pour

CARTES ● Comparaisons régionales des taux de recours aux services de soins de courte durée MCO (1) selon le sexe des patients en 2008 - Champ de l'étude Impact du vieillissement (2)



(1) Médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie.

(2) Non compris grossesse, accouchement et puerpéralité (chapitre XV de la CIM de l'OMS 10<sup>e</sup> révision [CIM10]), affections périnatales (chapitre XVI de la CIM10), recours pour des motifs liés à la reproduction (codes Z30 à Z39 de la CIM10) et surveillance médicale des nourrissons et enfants en bonne santé (codes Z76.1 et Z76.2 de la CIM10).

(3) Cette standardisation sur le sexe et sur l'âge permet de mettre en évidence les évolutions des taux de recours autres que celles induites par les modifications structurelles observées dans la population. Les taux standardisés calculés pour les hommes et pour les femmes sont ceux que l'on observerait si chacun de ces groupes avait la même structure d'âge qu'une population de référence identique pour chacun des groupes. La population de référence utilisée ici est celle de la France métropolitaine au 1<sup>er</sup> janvier 1990, deux sexes.

Champ • France métropolitaine et DOM, établissements hospitaliers publics et privés hors SSA et hôpitaux locaux.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 1998-2008, traitement DREES et INSEE, estimations localisées de population au 1<sup>er</sup> janvier.

les deux sexes, la persistance d'un taux de recours plutôt excédentaire en Provence-Alpes-Côte d'Azur, Corse, Champagne-Ardenne et Lorraine. En outre, le taux standardisé d'hospitalisation est devenu supérieur d'au moins 10 % à la moyenne nationale dans le Nord-

Pas-de-Calais pour les hommes et en Alsace pour les femmes. Inversement, le recours au MCO demeure plutôt déficitaire en Guadeloupe, à La Réunion, en Bretagne et en Auvergne pour les deux sexes et dans les Pays de la Loire et le Limousin pour les femmes. ■

#### Pour en savoir plus

- Mouquet M.-C., 2012, « L'évolution des motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour entre 1998 et 2008 », *Document de travail, série études et recherche*, DREES à paraître.
- Mouquet M.-C., 2011, « Les motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour en 2008 », *Études et Résultats*, n° 783, DREES, novembre.
- DREES, 2011, L'état de santé de la population en France - Rapport 2011 : <http://www.drees.sante.gouv.fr/01-l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2011,9985.html>
- Mouquet M.-C. et Oberlin Ph., 2008, « Impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030 », *Dossiers Solidarité et Santé*, n° 4, DREES.
- Sur le site de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques : <http://www.drees.sante.gouv.fr/donnees-disponibles-sur-la-morbidite-hospitaliere,3369.html>
- ATIH, 2012, « Vieillissement de la population et évolution de l'activité hospitalière 2007-2010. Focus sur la prise en charge des 80 ans et plus », juillet.
- Site Internet de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) : <http://www.atih.sante.fr>