

L'évolution des motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour entre 1993 et 2010 en France métropolitaine

Environ 10,6 millions de personnes résidant en France métropolitaine, soit une personne sur six, ont été hospitalisées au moins une fois en 2010, dans une unité de soins de courte durée de médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie (MCO) au sein d'un établissement hospitalier public ou privé (encadré « Sources et définitions »). Elles ont totalisé 15,9 millions de séjours, hors venues en séances¹ qui sont hors du champ de l'étude. Celle-ci présente l'évolution des motifs de recours au MCO entre 1993 et 2010. Elle 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 (encadré « Les regroupements de maladies »).

1. Pour des traitements itératifs tels que chimiothérapie, radiothérapie, dialyse...

En outre, ont été exclus les séjours pour grossesse, accouchement ou puerpéralité².

En 2010, comme les années précédentes, ce sont les enfants de moins de 1 an et les personnes âgées de 75 ans ou plus qui présentent les taux d'hospitalisation toutes causes les plus élevés. De même, les hommes sont plus souvent hospitalisés que les femmes, sauf entre 15 et 44 ans (figure 1).

Une évolution du nombre des séjours similaire pour les hommes et les femmes

Hors séjours liés à la grossesse, l'accouchement ou la puerpéralité, le nombre total de séjours hospitaliers est passé de 12,4 millions en 1993 à 14,6 millions en

2. Chapitre XI de la Classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 9^e révision (CIM9), et chapitre XV de la CIM de l'OMS, 10^e révision (CIM10).

**Marie-Claude Mouquet
Philippe Oberlin**

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), ministère de l'Économie et des Finances, ministère des Affaires sociales et de la Santé, ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social

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).

Les deux sources suivantes ont été mobilisées :

- l'enquête de morbidité hospitalière 1992-1993 réalisée par le Service des statistiques, des études et des systèmes d'information (Sesi) du ministère de la Santé, enquête par sondage qui a concerné un échantillon de 66 789 séjours, qui ont été pondérés pour obtenir des résultats représentatifs au niveau de la France métropolitaine ;
- les bases nationales annuelles de résu-
més de sortie anonymes (RSA) constituées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) dans le cadre du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), l'ensemble des séjours hospitaliers en MCO faisant l'objet d'un enregistrement standardisé depuis 1997 ; ces bases ont été pondérées jusqu'en 2009 par comparaison avec la Statistique annuelle des établissements (SAE) pour corriger leurs légers défauts d'exhaustivité ;

le taux d'exhaustivité a crû régulièrement au fil du temps, passant de 92 % en 1998 à 99 % en 2004 et à 100 % en 2010.

Cette étude a été réalisée en excluant :

- les venues pour des séances réalisées en ambulatoire,
- les séjours pour grossesse et accouchement, les IVG ayant été exclues du champ de l'enquête de morbidité hospitalière 1992-1993,
- et les séjours effectués dans les unités de soins de courte durée de MCO des hôpitaux locaux, des établissements dont l'activité principale ne relève pas des disciplines de MCO (psychiatrie, soins de suite et de réadaptation, par exemple), des établissements non conventionnés avec les organismes d'assurance maladie et des hôpitaux d'instruction des armées.

Les taux d'hospitalisation correspondent au nombre de séjours pour 1 000 habitants de France métropolitaine. Les données démographiques utilisées sont celles des estimations localisées de population au 1^{er} janvier, publiées par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) en mai 2009 pour 1993, 1998 et 2004, en janvier 2011 pour

2007 et en janvier 2012 pour 2010. Ces taux, établis à partir des RSA, sont donc le reflet des séjours dans les unités de soins et non des taux de personnes hospitalisées.

Les taux standardisés d'hospitalisation permettent d'analyser les différences de recours entre des populations aux caractéristiques démographiques hétérogènes 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 2010 est celle de la France métropolitaine au 1^{er} janvier 1990 pour les deux sexes réunis publiée par l'Insee en mai 2009, répartie en 11 tranches d'âges. ?

Les regroupements de maladies

Les groupes de pathologies étudiés ont été constitués à partir du diagnostic principal (DP) mentionné dans les séjours. Dans l'enquête de morbidité hospitalière et dans le PMSI-MCO jusqu'en 2009, le diagnostic principal était défini comme étant le motif de prise en charge ayant mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation. Depuis 2010, il est défini comme étant le problème de santé qui a motivé l'hospitalisation, déterminé à la sortie du patient.

Le diagnostic principal a été codé à l'aide de la Classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 9^e révision (CIM9) dans l'enquête de morbidité hospitalière et 10^e révision (CIM10)

dans le PMSI-MCO. 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 l'enquête de morbidité hospitalière et dans le PMSI-MCO jusqu'en 2009, c'est le code manifestation clinique qui a été retenu comme diagnostic principal. Depuis 2010, c'est celui qui correspond le plus précisément à la prise en charge.

Pour l'analyse, les codes ont été regroupés en « pseudo-chapitres » homogènes en CIM9 et en CIM10 selon une liste d'agrégation validée par l'ATIH. ?

2010 (tableau 1). Globalement, cette augmentation se retrouve pour les hommes comme pour les femmes.

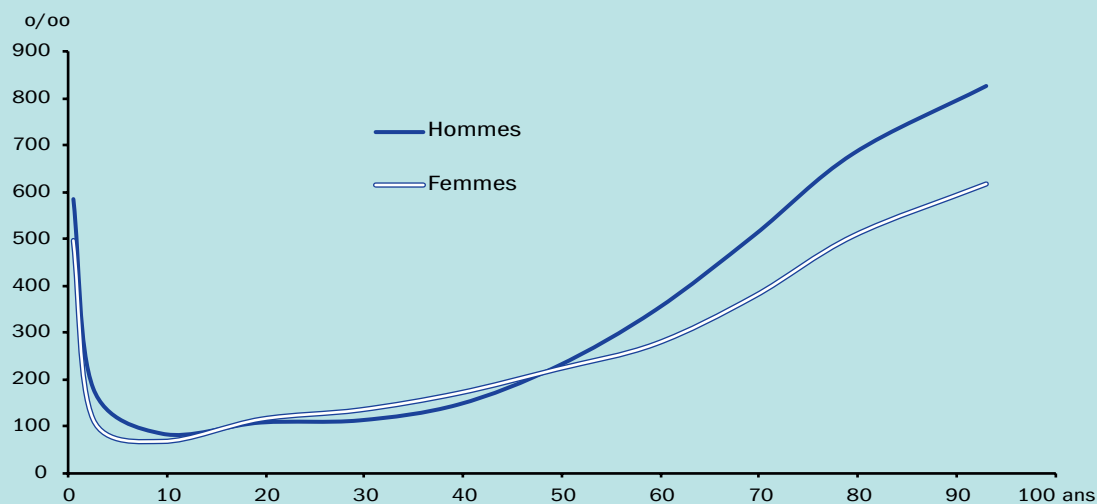
Des variations contrastées selon les groupes de pathologies...

Les augmentations les plus importantes en termes de nombre de séjours (plus de 30 % entre 1993 et 2010)

s'observent pour les hommes comme pour les femmes dans les groupes de maladies suivants : maladies du système ostéo-articulaire (arthropathies, arthroses, lésions articulaires), maladies du système nerveux (syndrome du canal carpien notamment) et maladies de l'œil (cataracte). Il faut y ajouter, pour les hommes, les maladies du sang (anémies en particulier), les

figure 1

Taux d'hospitalisation¹ en 2010 dans les services de soins de courte durée MCO² selon le sexe et l'âge des patients. Toutes causes, non compris grossesse, accouchement et puerpéralité³, ensemble des hospitalisations⁴



1. Nombre de séjours pour 1 000 habitants de France métropolitaine.
 2. Médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie.
 3. Chapitre XV de la Classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 10^e révision (CIM10).
 4. 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, établissements hospitaliers publics et privés.

Sources : Base nationale PMSI-MCO, exploitation Drees et estimations localisées de population au 1^{er} janvier, Insee.

maladies de l'appareil génito-urinaire et les maladies endocriniennes (diabète, obésité). À noter aussi pour les deux sexes une croissance forte du nombre de séjours dus à des maladies de l'appareil digestif (+30 % pour les hommes et +32 % pour les femmes) malgré une baisse notable des séjours pour appendicite ; dans ce groupe, 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.

La diminution la plus importante concerne les maladies de l'oreille (-45 % pour les hommes et -48 % pour les femmes), en raison de la baisse des séjours pour traitement des otites par pose de drains transtympaniques.

Enfin, le nombre des séjours pour des motifs liés à la surveillance ou la prévention recule entre 2007³ et 2010, après avoir fortement progressé entre 1993 et 2007.

3. Cette diminution est notamment la conséquence de la circulaire sur les « actes frontières » du 31 août 2006 et de l'arrêté sur les forfaits « sécurité et environnement hospitalier » (SE) du 27 février 2007 qui sortent du champ de l'hospitalisation des prises en charge

... mais peu de modifications de la structure des recours par pathologies

Tous âges confondus, deux groupes de causes de recours prédominent sur l'ensemble de la période. Ce sont, d'une part, les motifs de recours dits « autres que maladies ou traumatismes⁴ », 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 1993 (24 %) et 2010 (28 %), 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 1993. Ces évolutions sont analogues pour les hommes et les femmes.

ou des réalisations d'actes qui y étaient précédemment incluses. Il faut également y ajouter, pour cette étude, le passage en séances de séjours qui ne sont plus considérés comme des séjours hospitaliers depuis la mise en place de la version 11 de la classification des séjours en groupes homogènes de malades en 2009.

4. Codes V de la CIM9 ou codes Z de la CIM10.

tableau 1

Évolution de 1993 à 2010 des séjours effectués dans les services de soins de courte durée MCO¹ selon le sexe et l'âge des patients. Toutes causes, non compris grossesse, accouchement et puerpéralité², ensemble des hospitalisations³

	Répartition selon l'âge (%)					Effectif Tous âges
	Moins de 1 an	De 1 à 14 ans	De 15 à 44 ans	De 45 à 64 ans	65 ans ou plus	
Hommes						
1993	2,7	13,3	29,0	25,6	29,4	6 265 700
1998	3,4	11,5	25,6	27,8	31,7	6 816 600
2004	3,0	9,5	22,6	30,1	34,8	7 091 900
2007	3,1	8,9	21,6	30,9	35,5	7 321 700
2010	3,2	8,5	20,5	31,5	36,3	7 279 100
Femmes						
1993	2,1	10,0	30,6	23,6	33,7	6 140 800
1998	2,7	8,5	28,2	24,8	35,8	6 689 300
2004	2,4	6,7	25,7	27,2	38,0	7 118 300
2007	2,5	6,3	24,6	27,8	38,8	7 335 500
2010	2,6	5,8	23,4	28,5	39,7	7 342 300
Les deux sexes						
1993	2,4	11,6	29,8	24,6	31,6	12 406 500
1998	3,1	10,0	26,8	26,3	33,8	13 505 900
2004	2,7	8,1	24,2	28,6	36,4	14 210 200
2007	2,8	7,6	23,1	29,3	37,2	14 657 200
2010	2,9	7,1	22,1	29,9	38,0	14 621 400

1. Médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie.

2. Chapitre XI de la Classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 9^e révision (CIM9), ou chapitre XV de la CIM de l'OMS, 10^e révision (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, établissements hospitaliers publics et privés.

Sources : Enquête de morbidité hospitalière, Drees et base nationale PMSI-MCO, exploitation Drees.

Pour les hommes, les maladies de l'appareil circulatoire et les tumeurs, qui étaient aux quatrième et cinquième places en 1993, passent respectivement aux troisième et quatrième places en 2010 en raison du recul de la part des séjours pour traumatismes et empoisonnements (11 % en 1993 et 8 % en 2010), qui les amène de la troisième à la cinquième place. Leurs parts dans les séjours sont toutefois demeurées stables sur la période (environ 11 % pour les maladies de l'appareil circulatoire et 9 % pour les tumeurs). Pour les femmes, les maladies de l'appareil circulatoire et les tumeurs représentent les troisième et quatrième causes d'hospitalisation en 2010, avec environ 8 % des séjours. Leurs parts ont décliné entre 1993 et 2010 (-1,3 point pour les premières et -0,8 point pour les secondes). L'augmentation de la part des séjours pour les maladies du système ostéo-articulaire (6 % des séjours en 1993 et 8 % en 2010) les fait passer de la septième à la cinquième place tandis que, dans le

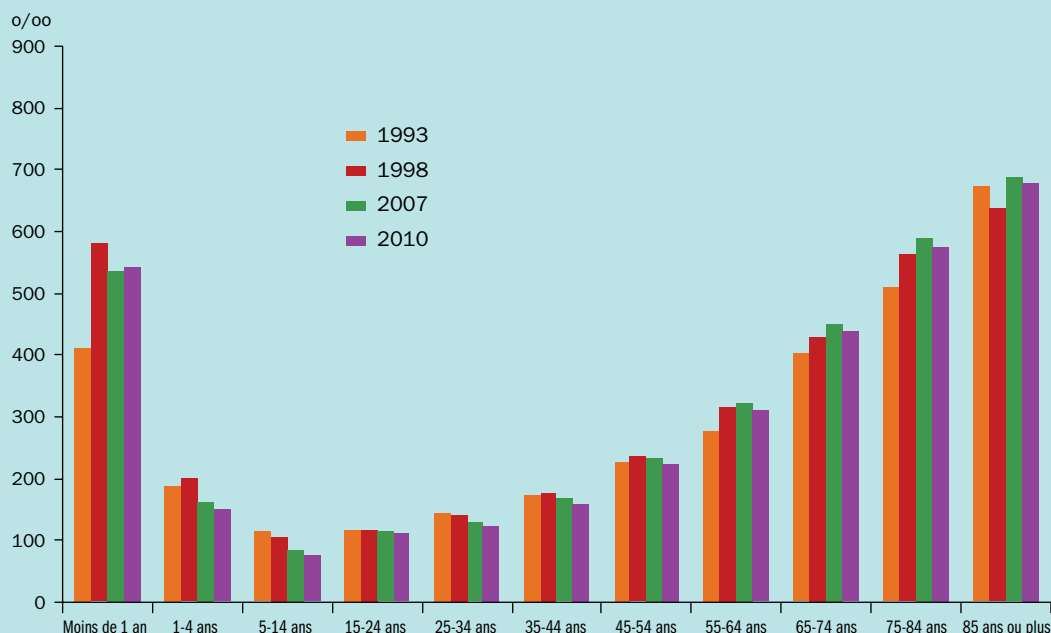
même temps, la baisse de celle des traumatismes et empoisonnements (9 % en 1993 et 7 % en 2010) les amène de la quatrième à la sixième place.

Diminution du taux de recours toutes causes pour les plus jeunes et augmentation pour les plus âgés...

Les taux d'hospitalisation pour les deux sexes réunis ont baissé entre 1993 et 2010 pour les patients âgés de 1 à 54 ans et progressé pour ceux de moins de 1 an et ceux de 55 ans ou plus (figure 2). Toutefois, l'ampleur des évolutions varie selon le groupe d'âges et la période considérés. Ainsi, pour les moins de 1 an, on enregistre une progression très importante entre 1993 et 1998, puis une baisse modérée entre 1998 et 2007, et une stabilisation entre 2007 et 2010. Pour les 5-14 ans et les 25-34 ans, la baisse du taux d'hospitalisation concerne toute la période. Elle n'intervient que depuis 1998 pour les 1-4 ans, les 15-24 ans et les 35-54 ans.

figure 2

Évolution de 1993 à 2010 des taux d'hospitalisation¹ dans les services de soins de courte durée MCO² selon l'âge des patients pour les deux sexes. Toutes causes, non compris grossesse, accouchement et puerpéralité³, ensemble des hospitalisations⁴



1. Nombre de séjours pour 1 000 habitants de France métropolitaine.

2. Médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie.

3. Chapitre XI de la Classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) 9^e révision (CIM9), ou chapitre XV de la CIM de l'OMS, 10^e révision (CIM10).

4. 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, établissements hospitaliers publics et privés.

Sources : Enquête de morbidité hospitalière, Drees, base nationale PMSI-MCO, exploitation Drees et estimations localisées de population au 1^{er} janvier, Insee.

Pour les 55-84 ans, le taux d'hospitalisation a légèrement diminué entre 2007 et 2010, après avoir fortement augmenté entre 1993 et 1998, puis plus modérément entre 1998 et 2007. Enfin, pour les plus âgés (85 ans ou plus), la hausse observée entre 1998 et 2007 a été compensée par les baisses intervenues entre 1993 et 1998, puis entre 2007 et 2010.

...aboutissant à une augmentation du taux global d'hospitalisation entre 1993 et 2010 en lien avec le vieillissement de la population

Le taux brut d'hospitalisation pour les deux sexes réunis est passé, tous âges confondus, de 216 pour 1 000 en 1993 à 233 pour 1 000 en 2010 (tableau 2). Hors grossesse, accouchement et puerpéralité, le taux global d'hospitalisation des femmes demeure, en 2010, inférieur à celui des hommes en dépit d'une progression plus importante entre 1993 et 2010. Entre 1993 et 1998, les modifications intervenues dans la structure par

âge de la population française, et en particulier son vieillissement⁵, n'expliquent qu'une petite partie de l'augmentation puisque, à structure de population identique, le taux global standardisé (encadré 1) de recours à l'hospitalisation en MCO progresse sensiblement (tableau 2). En revanche, entre 1998 et 2007, le vieillissement joue un rôle prépondérant, puisque « à âge égal », le taux standardisé d'hospitalisation diminue. Il en est de même pour la période 2007-2010, la baisse du taux standardisé d'hospitalisation étant environ deux fois plus importante que celle du taux brut. Mais, pour cette dernière période, il faut tenir compte des conséquences sur le décompte des séjours des changements intervenus en 2006, 2007 et 2009⁶.

5. La part des personnes âgées de 65 ans ou plus dans la population française est passée de 14,6 % en 1993 à 16,8 % en 2010.

6. voir note 3.

tableau 2

Évolution de 1993 à 2010 des taux d'hospitalisation tous âges dans les services de soins de courte durée MCO¹ selon le sexe des patients. Toutes causes, non compris grossesse, accouchement et puerpéralité², ensemble des hospitalisations³

	Hommes	Femmes	Les deux sexes
Taux bruts			
Valeurs ⁴ (o/oo)			
1993	224,5	208,5	216,3
1998	240,7	223,1	231,7
2004	241,9	228,2	234,9
2007	244,7	230,1	237,2
2010	239,4	226,8	232,9
Évolutions (%)			
1993-1998	7,3	7,0	7,1
1998-2007	1,7	3,1	2,4
2007-2010	-2,2	-1,5	-1,8
1993-2010	6,6	8,8	7,7
Taux standardisés⁵			
Évolutions (%)			
1993-1998	4,5	5,1	5,0
1998-2007	-3,3	-1,4	-2,4
2007-2010	-4,0	-3,0	-3,4
1993-2010	-2,9	0,5	-1,0

1. Médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie.

2. Chapitre XI de la Classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 9^e révision (CIM9), ou chapitre XV de la CIM de l'OMS, 10^e révision (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 pour 1 000 habitants de France métropolitaine.

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^{er} janvier 1990, les deux sexes.

Champ : France métropolitaine, établissements hospitaliers publics et privés.

Sources : Enquête de morbidité hospitalière, Drees, base nationale PMSI-MCO, exploitation Drees et estimations localisées de population au 1^{er} janvier, Insee.