



Er études et Résultats

N° 654 • août 2008

L'impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020, 2030

On peut craindre que le vieillissement de la population française n'accroisse considérablement les besoins en hospitalisation dans les années à venir.

L'analyse des hospitalisations en médecine, chirurgie et gynécologie-obstétrique (MCO) des années récentes révèle que le nombre de journées a baissé entre 1998 et 2004. Pourtant la prise en compte de la seule évolution démographique observée durant cette période aurait conduit à son augmentation.

L'étude prospective indique qu'il existe des marges d'action importantes et que le vieillissement de la population ne conduit pas inéluctablement à augmenter l'offre hospitalière en MCO, même si les patients âgés les plus fragiles nécessiteront toujours une prise en charge par des structures hospitalières lourdes, similaires à celles qui assurent les soins aigus aujourd'hui. Mais tout cela n'est possible que si des structures alternatives ou d'aval (consultations externes spécialisées, réseaux de soins, hospitalisations à domicile, soins de suite et de réadaptation, établissements pour personnes âgées dépendantes...) se développent.

Marie-Claude MOUQUET et Philippe OBERLIN

Merci aux experts qui ont accepté de collaborer à cette étude : A. COHEN-SOLAL, L. COM-RUELLE, J.-P. DROZ, C. JEANDEL, B. LAVALLART, S. LEGRAIN, P. MICHEL, P. ORCEL, M. RAINFRAY.

Et merci aux participants de la DHOS et de la DREES : M. CHALEIX, M. GENTILE, J.-B. HERBET, D. LELIÈVRE.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

Ministère du Travail, des Relations sociales de la Famille et de la Solidarité

Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative

Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique

LE VIEILLISSEMENT de la population française va-t-il entraîner une augmentation du recours aux soins et notamment à l'hôpital? Doit-on craindre un blocage de l'ensemble du système hospitalier si des changements d'organisation et de pratiques n'intervenaient pas? Pour éclairer ces questions, la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) a demandé à la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) d'évaluer l'impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030¹.

À cette fin, la DREES a réuni durant l'année 2007 un groupe d'experts pour les disciplines les plus concernées par la prise en charge des personnes âgées. Il a examiné, à partir des données recueillies dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information pour les unités de soins en médecine, chirurgie et gynécologie-obstétrique (PMSI-MCO) (encadré 1), les évolutions récentes – entre 1998 et 2004 – des taux d'hospitalisation,

des durées de séjour et des parts d'ambulatoire par âge en répartissant les pathologies en 41 grandes classes.

Puis, en s'appuyant sur les projections de population de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) (encadré 1), il a examiné trois scénarios d'évolution possibles :

- le statu quo (scénario 1), c'est-à-dire le maintien de ces paramètres à leur niveau actuel ;
- la poursuite à l'identique des tendances récentes (scénario 2) ;
- enfin, le groupe d'experts a formulé des hypothèses d'évolution de ces paramètres d'ici à 2030, en se fondant sur l'évolution prévisible des pathologies et des traitements et sur les modalités d'organisation de la prise en charge les plus performantes (scénario 3) ; tous les facteurs influençant les soins n'ont pu être individuellement étudiés (encadré 2) ; ils ont cependant été présents dans les réflexions des experts, qui ont particulièrement tenu compte des changements prévisibles induits par les mesures de prévention et d'éducation pour la santé.

¹. Ce document présente les principaux résultats de l'étude. Ceux-ci sont détaillés dans le *Dossier solidarité et santé*, n° 4, DREES, juillet 2008.

■ ENCADRÉ 1

Les sources de données

Base nationale PMSI-MCO

Les données sur l'hospitalisation proviennent de l'analyse des bases nationales de résumés de sortie anonymes (RSA) du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) des années 1998 et 2004 pour les soins aigus en médecine, chirurgie et gynécologie-obstétrique (MCO).

Pour l'étude, les RSA ont été répartis en 41 groupes de pathologies, à partir de leur diagnostic principal. Ont été exclus les RSA des patients ne résidant pas en métropole, les séances (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie...) et les hospitalisations pour grossesses, accouchements, affections périnatales et motifs liés à la reproduction ou à la surveillance de la grossesse et du nouveau-né normal.

Données de population de l'INSEE

Les données sur la population de France métropolitaine sont celles produites par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). Il s'agit des estimations localisées de population au 1^{er} janvier pour les années 1998 (données rétrospectives à partir du recensement de 1999) et 2004 (données issues des enquêtes annuelles de recensement publiées en juillet 2005) et du scénario central des projections de population 2005-2050 pour les années 2010, 2020 et 2030.

La statistique annuelle des établissements de santé

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) est une enquête administrative exhaustive et obligatoire auprès des établissements de santé installés en France, quel que soit le type de soins prodigués. Elle contient des données sur les volumes d'activité (entrées, journées, etc.) et sur les moyens mis en œuvre (lits, plateaux techniques, personnel, etc.).

Les facteurs susceptibles d'influencer le recours à l'hospitalisation

Lors de la première réunion, les experts ont identifié des facteurs influant sur l'hospitalisation en MCO et les ont classés en deux groupes.

Les facteurs déjà explorés

– **la précarité et l'isolement** : la présence « d'aïdants » joue un rôle important dans la prise en charge et peut éviter l'hospitalisation ;

– **les modes d'organisation** : la part des hospitalisations de jour est encore limitée et le potentiel de développement des pratiques ambulatoires est donc important ; celles-ci s'adressent également aux personnes âgées, même si, pour elles, une organisation spécifique doit être mise en place ;

– **les paramètres humains** : la densité de médecins et de personnel paramédical influe sur la rapidité de prise en charge et sa qualité ; les fermetures de lits en MCO par manque de personnel tendent à raccourcir la durée des hospitalisations ; quant aux transferts du MCO vers les soins de suite et de réadaptation (SSR), les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les maisons de retraite, ils sont tributaires du nombre de travailleurs sociaux ;

– **les facteurs financiers** : il est difficile de prévoir le mode de financement qui aura cours en 2010, 2020 ou 2030, mais, comme aujourd'hui, il influera sur la prise en charge.

Les facteurs émergents

– **la prévention** : la mise en place de la consultation de prévention pour les plus de 70 ans peut permettre d'éviter certaines hospitalisations ;

– **l'éducation thérapeutique** : les expériences prouvent qu'on peut éviter des hospitalisations en améliorant la sécurité sanitaire par l'éducation à la bonne observance des traitements¹ ;

– **la dénutrition** : elle est particulièrement fréquente chez les personnes âgées et influe sur la durée de séjour ; sa prise en compte commence seulement à être organisée ;

– **la délégation de tâches** : le transfert à des personnels paramédicaux de tâches traditionnellement dévolues aux médecins peut améliorer l'efficacité des mesures thérapeutiques ;

– **le dossier médical partagé (DMP)** : il est un moyen de décloisonner les pratiques et d'éviter des interactions délétères ;

– **les dispositifs de coordination entre prise en charge médicale et médico-sociale** : la possibilité pour les EHPAD de recourir à l'hospitalisation à domicile² (HAD) pourrait diminuer les venues itératives aux services d'urgence d'un même résident ;

– **la transformation des services de long séjour en EHPAD** : cette transformation en structures moins consomatrices en personnel pose un problème pour les personnes dépendantes qui ont à la fois besoin d'un hébergement adapté à leur manque d'autonomie et de soins techniques ;

– **les facteurs éthiques** : la notion de « juste soin », qui n'est pas réservée à la population âgée, nécessite la connaissance de l'état antérieur du patient et un investissement dans les soins préventifs ; cela permet de recourir à bon escient aux gestes agressifs, mais implique une formation à l'éthique du soin.

1. Actuellement 30 % des hospitalisations des personnes âgées de 75 ans ou plus seraient dues à un accident iatrogène ou à un défaut d'observance et plus de la moitié d'entre elles pourraient être évitées.

2. Décret n° 2007-241 du 22 février 2007.

TABLEAU 1

Évolution des journées d'hospitalisation toutes causes (1) entre 1998 et 2004

	1998			2004			2004 estimé (2)		
	Journées en hospitalisation complète (3)	Hospitalisations en ambulatoire (4)	Total équivalent-journées	Journées en hospitalisation complète (3)	Hospitalisations en ambulatoire (4)	Total équivalent-journées	Journées en hospitalisation complète (3)	Hospitalisations en ambulatoire (4)	Total équivalent-journées
Tous âges (en milliers)	58 419	3 561	61 980	53 481	4 960	58 441	62 970	3 753	66 723
65 ans ou plus (en milliers)	30 942	820	31 762	29 952	1 396	31 348	33 638	885	33 523
Part des 65 ans ou plus (en %)	53,0	23,0	51,2	56,0	28,1	53,6	53,4	23,6	51,7

(1) Non compris grossesse et accouchement (chapitre XV de la CIM10), périnatalité (chapitre XVI de la CIM10), surveillance de la grossesse et du nouveau-né normal (codes CIM10 Z30 à Z39, Z76.1 et Z76.2) et venues pour des séances (chimiothérapie, radiothérapie... : GHM V9 24Z01Z à 24Z08Z et 680 à 690 pour les versions antérieures).

(2) Estimé en appliquant les taux de journées pour 1 000 personnes calculés en 1998 par sexe, âge (11 tranches) et pathologie (diagnostics principaux regroupés en chapitres CIM10) à l'estimation localisée de population (ELP) de l'INSEE au 1^{er} janvier 2004.

(3) Hospitalisations ≥ 24 heures.

(4) Hospitalisations < 24 heures.

Champ • Résidents en France métropolitaine, les deux sexes.

Sources • Base nationale PMSI-MCO, exploitation DREES.

■ TABLEAU 2

Évolution entre 1998 et 2004 de la structure des équivalents-journées d'hospitalisation par pathologie (1) et de la part réalisée en ambulatoire

En%

	Tous âges				65 ans ou plus			
	Total équivalents-journées (2)		Part d'équivalents-journées réalisées en ambulatoire (3)		Total équivalents-journées (2)		Part d'équivalents-journées réalisées en ambulatoire (3)	
	1998	2004	1998	2004	1998	2004	1998	2004
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	2,3	2,4	3,5	3,2	1,8	2,1	0,6	0,6
Tumeurs	11,7	11,7	4,8	7,3	12,1	11,9	3,3	5,2
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	0,9	1,1	5,6	6,1	0,9	1,2	2,6	3,2
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	3,1	3,1	4,0	5,1	2,8	2,7	1,7	2,2
Troubles mentaux et du comportement	2,5	2,6	3,0	4,7	2,2	2,3	2,4	3,9
Maladies du système nerveux	3,6	3,8	5,2	8,7	3,6	3,6	2,3	4,4
Maladies de l'œil et de ses annexes	1,8	1,8	12,3	30,7	2,4	2,4	11,6	31,4
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	0,7	0,5	27,2	30,0	0,2	0,2	5,4	8,0
Maladies de l'appareil circulatoire	15,2	15,1	1,1	1,5	20,9	20,5	0,5	0,7
Maladies de l'appareil respiratoire	7,6	7,3	4,2	4,0	8,5	8,2	0,7	0,9
Maladies de l'appareil digestif	11,5	11,1	7,8	12,0	9,5	9,0	3,6	5,5
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	1,5	1,5	11,0	14,8	1,3	1,3	3,0	5,4
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	8,5	8,6	3,2	4,9	7,7	8,1	1,1	1,9
Maladies de l'appareil génito-urinaire	5,5	5,3	5,7	8,8	4,5	4,5	1,8	3,5
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	5,6	5,8	5,5	8,3	6,0	6,2	2,1	3,9
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	10,5	9,5	3,0	3,8	10,0	9,4	0,6	0,8
Autres recours aux soins (4)	7,6	8,6	19,9	27,4	5,5	6,2	14,0	20,7
Toutes causes (5)	100	100	5,7	8,5	100	100	2,6	4,5
Total équivalents-journées (en milliers)	61 980	58 441	3 561	4 960	31 762	31 348	820	1 396

(1) Diagnostics principaux regroupés en chapitres de la Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé 10^e révision (CIM10).

(2) Journées réalisées en hospitalisations ≥ 24 heures auxquelles on ajoute les hospitalisations < 24 heures.

(3) Hospitalisations < 24 heures.

(4) Malformations congénitales, anomalies chromosomiques et codes Z, non compris surveillance de la grossesse et du nouveau-né normal (codes CIM10 Z30 à Z39, Z76.1 et Z76.2).

(5) Non compris grossesse et accouchement (chapitre XV de la CIM10), périnatalité (chapitre XVI de la CIM10), surveillance de la grossesse et du nouveau-né normal (voir note précédente) et venues pour des séances (chimiothérapie, radiothérapie... : GHM V9 24Z01Z à 24Z08Z et 680 à 690 pour les versions antérieures).

Champ • Résidents en France métropolitaine, les deux sexes.

Sources • Base nationale PMSI-MCO, exploitation DREES.

Analyse rétrospective : des changements dans l'organisation des soins

Le nombre d'équivalents-journées d'hospitalisation² a diminué entre 1998 et 2004, passant de 62 millions en 1998 à 58,4 millions en 2004 (tableau 1). Cette diminution a été plus faible pour les 65 ans ou plus (de 31,8 à 31,3 millions). Ce volume de journées réalisées en 2004 est nettement inférieur à celui que l'on pouvait attendre si

les principaux paramètres (taux d'hospitalisation, durées de séjour et parts d'ambulatoire par grandes pathologies) étaient restés à leur niveau de 1998 : dans ce cas, il aurait été de 66,7 millions d'équivalents-journées dont 34,5 millions pour les 65 ans ou plus. Les niveaux constatés diffèrent donc sensiblement de ceux qui auraient été attendus du seul fait de l'évolution démographique. L'écart entre les nombres

projetés et ceux constatés est de 8,3 millions d'équivalent-journées en 2004, soit 14 % pour l'ensemble et 10 % pour les 65 ans ou plus. Dans le même temps, le nombre de lits d'hospitalisation complète a diminué de 10 % et le nombre de places en ambulatoire a augmenté de 26 % (tableau 3).

En revanche, la structure de l'ensemble des journées d'hospitalisation par grands motifs de recours en MCO

2. Les équivalents-journées sont la somme des journées en hospitalisation ≥ 24 heures et des venues en ambulatoire (< 24 heures).

■ TABLEAU 3

Estimation des lits et places en MCO pour les années 2010, 2020 et 2030 selon les scénarios envisagés

	Données PMSI		Scénario 1			Scénario 2			Scénario 3		
	1998	2004	2010	2020	2030	2010	2020	2030	2010	2020	2030
Séjours (en milliers) (1)											
• Séjours en HC (2)	9 372	8 919	9 401	10 343	11 407	8 921	9 012	9 091	8 633	8 303	7 983
• Venues en ambulatoire (3)	3 561	4 960	5 127	5 494	5 842	5 949	8 206	11 422	5 819	7 777	10 356
Total	12 933	13 879	14 528	15 837	17 249	14 870	17 218	20 513	14 452	16 080	18 339
Équivalents-journées (en milliers) (1)											
• Journées en HC (2)	58 419	53 481	57 323	64 633	73 512	52 690	52 341	53 246	50 602	47 507	45 755
• Venues en ambulatoire (3)	3 561	4 960	5 127	5 494	5 842	5 949	8 206	11 422	5 819	7 777	10 356
Total équivalents-journées	61 980	58 441	62 450	70 127	79 354	58 639	60 547	64 668	56 421	55 284	56 111
Capacités d'hospitalisation											
	Données SAE (4)		Scénario 1			Scénario 2			Scénario 3		
	1998	2004	2010	2020	2030	2010	2020	2030	2010	2020	2030
• Nombre de lits	214 535	194 111	208 057	234 587	266 815	180 443	179 249	182 349	173 294	162 696	156 695
• Nombre de places	12 018	15 101	15 609	16 728	17 786	17 602	24 278	33 794	17 217	23 009	30 640
Évolution des capacités d'hospitalisation par rapport à 2004 (en %)											
• Lits	-	-	+ 7,2	+ 20,9	+ 37,5	- 7,0	- 7,7	- 6,1	- 10,7	- 16,2	- 19,3
• Places	-	-	+ 3,4	+ 10,8	+ 17,8	+ 16,6	+ 60,8	+ 123,8	+ 14,0	+ 52,4	+ 102,9

(1) Non compris grossesse et accouchement (chapitre XV de la CIM10), périnatalité (chapitre XVI de la CIM10), surveillance de la grossesse et du nouveau-né normal (codes CIM10 Z30 à Z39, Z76.1 et Z76.2) et venues pour des séances (chimiothérapie, radiothérapie... : GHM V9 24Z01Z à 24Z08Z et 680 à 690 pour les versions antérieures).

(2) Hospitalisation ≥ 24 heures.

(3) Hospitalisation < 24 heures.

(4) Médecine + chirurgie.

Champ • Résidents en France métropolitaine, les deux sexes.

Sources • Base nationale PMSI-MCO, exploitation DREES et Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), DREES.

est stable dans le temps (tableau 2). En 2004, comme en 1998, les quatre groupes de pathologies ayant motivé le plus grand nombre de journées d'hospitalisation sont, par ordre décroissant, les maladies cardiovasculaires, les tumeurs, les maladies digestives (y compris les maladies de la bouche et des dents) et les traumatismes et empoisonnements (fractures, entorses, plaies, effets secondaires néfastes des médicaments...). Ces groupes totali-

sent 47,5 % des journées en 2004 et 49 % en 1998. Pour les personnes âgées de 65 ans ou plus (tableau 2), les traumatismes et empoisonnements arrivent en troisième position après les maladies cardiovasculaires, les tumeurs et avant les maladies digestives. Ces quatre groupes totalisent 51 % des journées en 2004 contre près de 53 % en 1998.

L'activité ambulatoire, bien que faible (8,5 % des journées en 2004),

a fortement augmenté, y compris chez les 65 ans ou plus. Entre 1998 et 2004, la part d'ambulatoire a été multipliée par 1,5 pour l'ensemble des journées et par 1,7 pour celles des personnes âgées de 65 ans ou plus (tableau 2).

Au total, le nombre de journées d'hospitalisation en MCO a baissé entre 1998 et 2004 au lieu d'augmenter comme on aurait pu s'y attendre sous l'effet de l'accroisse-

ment et du vieillissement de la population sur cette période. Cela confirme que l'évolution de l'hospitalisation ne dépend pas que des modifications structurelles de la population. Les modalités d'organisation et le progrès technique jouent aussi un rôle important et le système hospitalier a fait montre d'une grande adaptabilité pendant cette période récente.

Analyse prospective : l'impact des facteurs démographiques...

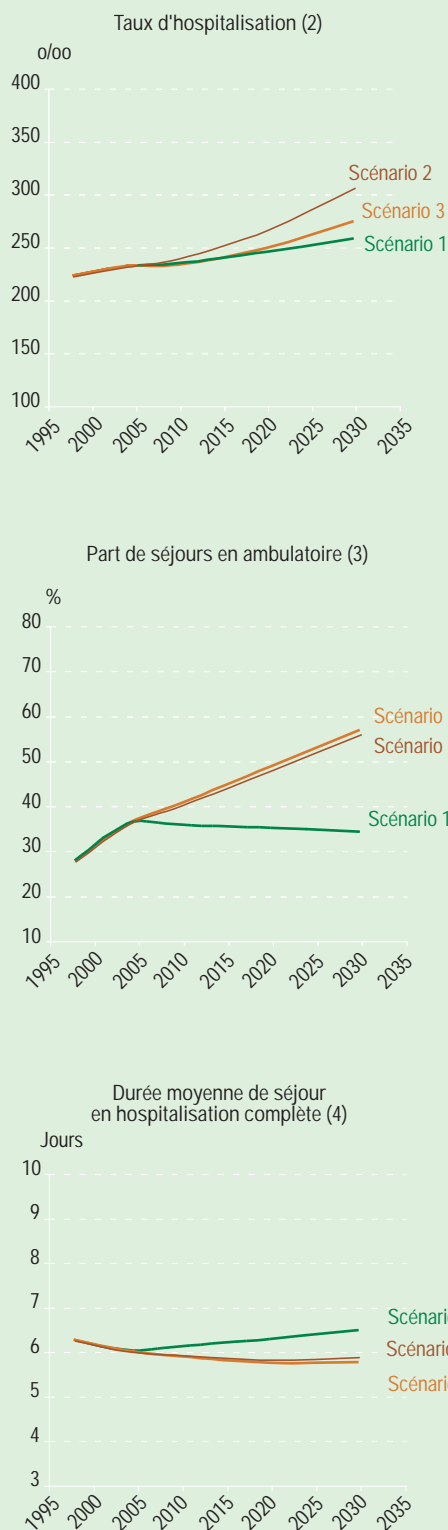
Le premier des trois scénarios développés dans l'étude illustre l'effet mécanique de l'accroissement et du vieillissement de la population à organisation et comportements inchangés. Il montre que cet effet potentiel serait massif et constituerait un véritable choc sur le système hospitalier. À l'horizon 2030, il entraînerait une augmentation du nombre de séjours de 24 %, toutefois moins importante que dans les deux autres scénarios même pour les patients de 65 ans ou plus. Ceux-ci représenteraient 48 % des séjours contre 37 % en 2004. Par contre, le maintien au niveau de 2004 de la durée moyenne de séjour et de la part d'ambulatoire aboutirait à une croissance très importante du nombre d'équivalents-journées (+20,9 millions, soit +36 %); en outre, 65 % d'entre elles seraient le fait de personnes de 65 ans ou plus et 43 % de 75 ans ou plus (contre respectivement 54 % et 34 % en 2004). Pour accueillir ces patients, le nombre de lits en hospitalisation complète devrait donc augmenter de 37,5 % et le nombre de places en ambulatoire de 17,8 % (tableau 3).

L'analyse de l'évolution ayant été faite par pathologies et tranches d'âge, le résultat global sur l'ensemble de la population serait une faible augmentation du taux d'hospitalisation et de la durée moyenne de séjour alors que la part d'ambulatoire diminuerait (graphique 1).

Même si ce scénario n'a aucune raison de se réaliser, il a l'intérêt de servir de référence pour mesurer l'ampleur des variations qu'entraîneraient les hypothèses du scénario 3.

GRAPHIQUE 1

Évolution des indicateurs d'hospitalisation selon les scénarios envisagés - Toutes causes (1) - Tous âges



(1) Non compris grossesse et accouchement (chapitre XV de la CIM10), périnatalité (chapitre XVI de la CIM10), surveillance de la grossesse et du nouveau-né normal (codes CIM10 Z30 à Z39, Z76.1 et Z76.2) et venues pour des séances (GHM V9 24Z01Z à 24Z08Z et 680 à 690 pour les versions antérieures).

(2) Hospitalisations ≥ 24 heures et hospitalisations < 24 heures, non compris venues pour des séances.

(3) Hospitalisations < 24 heures.

(4) Hospitalisations ≥ 24 heures.

Sources • Base nationale PMSI-MCO, exploitation DREES et estimations localisées de population (ELP) et projections 2005-2050 scénario central, INSEE

Exemples d'hypothèses retenues dans le scénario 3

Les tumeurs

Dans le scénario 3, l'étude envisage, pour les trois localisations les plus fréquentes (sein, prostate et côlon), une augmentation du nombre de séjours, due à une plus grande efficacité des traitements quel que soit le stade de la maladie ainsi que la proposition de traitements nécessitant un recours hospitalier à des personnes de plus en plus âgées. Cette stratégie oncogériatrique « volontariste », avec une politique de dépistage et de traitement quel que soit l'âge, se traduirait, en situation curative, par une chirurgie de plus en plus fréquente, avec une période préopératoire brève et, en postopératoire, un transfert plus précoce en SSR. En situation palliative, les traitements seraient principalement réalisés en hôpital de jour, avec des hospitalisations courtes pour complications. En fin de vie, les soins organisés au domicile seraient développés. Cette forte progression du recours à l'hospitalisation (2,16 millions de séjours en 2030 dans le scénario 3 contre 1,3 million en 2004, +67%) s'accompagnerait donc d'une croissance modérée du nombre d'équivalents-journées (7,58 millions en 2030 contre 6,87 millions en 2004, +10%), liée à la part importante prise par l'ambulatoire.

Les démences

L'étude retient l'hypothèse d'une augmentation des soins hospitaliers externes (consultations mémoire) et des prises en charge à domicile. Néanmoins les durées de séjours resteraient longues, les patients les plus graves nécessitant toujours une hospitalisation conventionnelle.

L'insuffisance cardiaque

Pour l'insuffisance cardiaque le nombre d'équivalents-journées d'hospitalisation a augmenté entre 1998 et 2004. Son traitement pourrait continuer à bénéficier d'améliorations, diminuant la durée des séjours et augmentant les prises en charge ambulatoires. Cela limiterait la croissance du nombre d'équivalents-journées qui serait en 2030 de 2,6 millions dans le scénario 3 contre 2,8 millions dans le scénario 1.

...et celui des choix organisationnels

Le scénario 2 offre une première illustration de l'importance des choix d'organisation de prise en charge (tableau 3). Il signale que la seule poursuite des tendances récentes aboutirait à un résultat très différent du scénario de vieillissement pur. À l'horizon 2030, le nombre de séjours augmenterait de 47% pour l'ensemble des patients et doublerait pour les 65 ans ou plus. La poursuite de la diminution de la durée de séjour et de l'augmentation de la part d'ambulatoire limiterait la progression du nombre d'équivalents-journées (+11%). Le nombre de lits en hospitalisation complète diminuerait de 6% tandis que le nombre de places en ambulatoire devrait plus que doubler. Ce scénario n'a d'intérêt qu'illustratif puisqu'il ne fait que poursuivre une évolution constatée sur un nombre limité d'années.

Mais l'évolution des pathologies liées à l'âge pourrait être très différente de celle constatée actuellement grâce aux améliorations thérapeutiques, à la

meilleure prévention ou aux modifications de prise en charge. Dans le scénario 3, l'étude détaillée propose, pour chacune des 41 pathologies analysées, un plan « optimal » d'action reposant sur des hypothèses de diffusion du progrès médical et des modes d'organisation exemplaires. Ce scénario volontariste souligne que l'organisation des soins et les pratiques qui en découlent pourraient plus que compenser l'effet induit par le seul vieillissement de la population.

En 2030, le nombre de séjours serait ainsi de 18,3 millions (+32% par rapport à 2004), 51% d'entre eux concernant des personnes de 65 ans ou plus et 27% de 75 ans ou plus (tableau 3). Ce nombre de séjours serait donc supérieur de 1,1 million à celui du scénario 1. Ceci est le résultat combiné des hypothèses faites sur l'incidence et la prévalence de certaines maladies et sur la prise en charge des plus âgés, certaines pathologies (encadré 3) étant traitées de manière plus intense (tumeurs), d'autres étant prises en charge en dehors de l'hôpital (démences). Les quatre prin-

cipaux groupes de motifs d'hospitalisation seraient les mêmes qu'en 2004, mais leur ordre d'importance serait modifié. Les maladies de l'appareil digestif (2^e en 2004) seraient le principal motif de recours, suivies des tumeurs (4^e en 2004), des « recours autres que maladie ou traumatisme, tels que surveillance, prévention, motifs sociaux... » (1^{er} en 2004) et des maladies de l'appareil circulatoire (3^e en 2004).

Les hypothèses faites par tranche d'âge et par pathologie entraîneraient globalement une diminution de la durée moyenne de séjour et une progression importante de la part d'ambulatoire par rapport à 2004 (graphique 1). Au total, la durée moyenne de séjour serait, en 2030, de 5,7 jours au lieu de 6,4 dans le scénario 1 et la part d'ambulatoire de 56,5% contre 33,9%. Tout cela aboutirait à un nombre d'équivalents-journées de 56,1 millions, dont 69% pour les personnes de 65 ans ou plus et 47% pour celles de 75 ans ou plus. Cela représenterait 23,3 millions de journées de moins que dans le scénario 1 et même 2,3 millions de moins qu'en 2004. Dans ce scénario 3, les cinq motifs d'hospitalisation à l'origine des plus grands nombres d'équivalents-journées en 2030 seraient les mêmes qu'en 2004, mais dans un ordre légèrement différent : maladies de l'appareil circulatoire (1^{er} en 2004), tumeurs (2^e en 2004), maladies ostéo-articulaires (5^e en 2004), maladies de l'appareil digestif (3^e en 2004) et traumatismes et empoisonnements (4^e en 2004). La part des maladies ostéo-articulaires dans la répartition des équivalents-journées augmenterait donc de manière importante passant de 8,6% en 2004 à 12,4% en 2030.

Dans ce scénario volontariste, le nombre de lits en hospitalisation complète pourrait diminuer sensiblement par rapport à 2004 ; cette diminution serait trois fois plus importante que dans le scénario 2 (poursuite de l'évolution observée sur la période récente). Par contre, le nombre de places d'ambulatoire devrait doubler (tableau 3) ; cette augmentation, beaucoup plus importante que dans

le scénario 1, serait cependant inférieure à celle du scénario 2.

Des résultats utilisables d'emblée et d'autres champs à explorer

Le raisonnement développé ici s'est affranchi des limites posées par la disponibilité en personnels médical et paramédical ou en structures alternatives (HAD) ou d'aval (SSR, unités de soins de longue durée, EHPAD). S'il apparaissait possible de contenir le nombre de lits en MCO, cela suppose un redéploiement, qui n'a pas été chiffré, des lits installés dans ces structures. L'étude ne permet donc pas d'établir si les gains de productivité, reflétés à travers l'augmentation de l'ambulatoire et la diminution des durées de séjour, sont

de vrais gains ou s'ils sont la contrepartie de transferts de charges vers les autres secteurs médicaux (SSR ou soins de ville) ou médico-sociaux. La qualité médiocre des PMSI-HAD et SSR et l'absence de source sur le médico-social ne permettent pas, pour l'instant, de mener des travaux similaires et symétriques sur ces secteurs.

En revanche, la transposition aux régions de scénarios réalisés pour la France métropolitaine est sans doute possible, même si elle nécessite des adaptations et pourrait utilement contribuer à la réflexion sur les futurs schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) à condition d'être pilotée par les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) en s'appuyant sur leur connaissance de l'offre locale. Il faut noter en effet

que, toutes causes réunies, les taux d'hospitalisation, les durées moyennes de séjours et les parts d'ambulatoire par tranches d'âge varient beaucoup selon les régions. Par exemple, pour les personnes de 75 ans ou plus, ces trois indicateurs sont plus élevés en Alsace que dans toutes les autres régions. Par ailleurs, certaines régions atteignent d'ores et déjà la cible nationale 2030 pour certaines pathologies. Il faut donc tenir compte, dans chaque région, de l'état actuel de la prise en charge des différentes pathologies. Enfin, certaines régions accueillent des patients résidant à l'étranger ou dans d'autres régions. Il faut donc définir la population pour laquelle on réalise les projections (résidents de la région ou ensemble des hospitalisés). ■

■ Pour en savoir plus

- Marsaudon X., Hermil J.-L. et Becret F., 2007, «Hospitaliser toutes les personnes âgées?», *La Revue du Praticien - Médecine générale*, n° 782: 872-874, octobre.
- CNAMTS, 2007, «Les dépenses d'assurance maladie à l'horizon 2015», *Point d'information mensuel*, juillet.
- Cambois E., Clavel A. et Robine J.-M., 2006, «L'espérance de vie sans incapacité continue d'augmenter», *Dossiers Solidarité et santé*, n° 2, DREES, avril - juin.
- Jeandel C., Pfitzenmeyer P. et Vigouroux Ph., 2006, «Un programme pour la gériatrie», *Rapport au Ministre de la*

santé et des solidarités et au Ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, avril.

- InVS, 2006, «La santé des personnes âgées», *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 5-6, InVS, 7 février.
- Le Bouler S., 2006, «Personnes âgées dépendantes: bâtir le scénario du libre choix», *Second rapport de la mission "Prospective des équipements et services pour les personnes âgées dépendantes"*, La Documentation française.
- Sourty Le Guellec M.-J., 2002, «La chirurgie ambulatoire: potentiel de développement pour 17 gestes marqueurs», *Questions d'économie de la santé*, n° 50, IRDES, avril.

Document complémentaire

Dossiers solidarité et santé, n° 4, juillet 2008, DREES.

- Mouquet M.-C. et Oberlin P., «Impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030»