

Études & Résultats

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES



octobre
2020
numéro
1168

Les motifs de recours hospitalier en court séjour en 2018 et leurs évolutions récentes

En 2018, 12 millions de personnes ont été hospitalisées en court séjour. Le nombre moyen de séjours par personne hospitalisée est égal à 1,5, ce qui représente 18 millions d'hospitalisations. Le taux de recours, élevé avant l'âge de 1 an, est faible entre 1 et 18 ans. Il augmente ensuite progressivement avec l'âge, avec un pic féminin aux âges de la maternité, et atteint 500 pour 1 000 habitants à partir de 70 ans pour les hommes et de 75 ans pour les femmes.

Selon la classification internationale des maladies (10^e révision : CIM-10), les motifs de recours les plus fréquents, tous âges confondus, sont : les maladies de l'appareil digestif (intégrant l'odontologie), les tumeurs et les maladies de l'appareil circulatoire. Cette hiérarchie des motifs de recours évolue toutefois avec l'âge : avant 15 ans, ce sont les maladies de l'appareil respiratoire qui prédominent, puis entre 15 et 44 ans, les recours liés à la fécondité, alors qu'entre 45 et 64 ans, ce sont les maladies de l'appareil digestif, entre 65 et 84 ans, les tumeurs et, pour les plus âgés, les maladies de l'appareil circulatoire.

Entre 2010 et 2018, le nombre de patients hospitalisés en court séjour a augmenté de 8 % et celui des hospitalisations de 10 %. Les taux standardisés sur l'âge, qui prennent en compte l'augmentation et le vieillissement de la population, ont respectivement augmenté de 2 % et de 2,5 %.

Christine de Peretti (DREES)

En 2018, près de 12 millions de personnes résidant en France ou dans les départements d'outre-mer¹ ont été hospitalisées au moins une fois dans une unité de soins de courte durée de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), soit un peu plus d'une personne sur six (*tableau 1 et tableau complémentaire A²*). Le nombre annuel de séjours par personne hospitalisée est de 1,5 en moyenne.

Le nombre global de séjours s'élève à 18 millions et le nombre d'équivalents-journées, à près de 64 millions (*encadré 1*). La part des séjours en hospitalisation complète est de 56 %, avec une durée moyenne de 5,5 jours. Celle des séjours sans nuitée est de 44 %, cette proportion atteignant 52 % pour les séjours chirurgicaux, c'est-à-dire avec un acte classant opératoire.

Hors maternité, les femmes sont moins souvent hospitalisées que les hommes

Le taux global d'hospitalisation en court séjour est égal à 270 séjours pour 1 000 habitants en 2018. Ce taux brut est plus élevé pour les femmes que pour les hommes (279 séjours pour 1 000 femmes, *versus* 260 séjours pour 1 000 hommes).

Les taux d'hospitalisation des femmes sont de fait supérieurs à ceux des hommes entre 15 et 49 ans, essentiellement en raison de la maternité,

•••

1. À l'exception de Mayotte, voir encadré méthodologique pour les exclusions du champ de cette étude.

2. Les tableaux complémentaires sont disponibles dans les données associées à l'étude sur le site internet de la DREES.

TABLEAU 1

Hospitalisations en court séjour de 2010 à 2018

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Évolution 2010-2018 (en %)
Patients (effectifs en millions)	10,9	11,1	11,2	11,2	11,4	11,4	11,7	11,7	11,8	7,7
Taux bruts (pour 1 000 personnes)	169,1	170,5	171,4	171,6	172,5	172,9	175,6	175,4	176,6	4,5
Taux standardisés (pour 1 000 personnes)	171,5	172,4	172,6	172,3	172,7	172,4	174,5	173,7	174,2	1,6
Nombre moyen de séjours par patients	1,50	1,50	1,50	1,50	1,51	1,51	1,53	1,53	1,53	1,9
Séjours (effectifs en millions)	16,4	16,6	16,8	16,9	17,2	17,3	17,8	17,8	18,0	9,8
Taux bruts (pour 1 000 personnes)	253,6	255,8	257,9	257,9	260,3	261,8	268,1	268,2	269,9	6,4
Taux standardisés (pour 1 000 personnes)	258,5	259,7	260,5	259,3	260,6	260,9	266,0	264,7	264,9	2,5
Équivalents-journées (millions)	66,3	65,9	66,2	66,0	65,7	65,3	65,0	64,2	63,8	-3,8
Séjours en hospitalisation complète (HC, millions)	10,4	10,4	10,4	10,3	10,3	10,3	10,3	10,2	10,1	-2,3
Durée moyenne de séjour en HC	5,8	5,7	5,7	5,7	5,7	5,7	5,6	5,5	5,5	-5,1
Séjours en hospitalisation de jour (HJ, millions)	6,0	6,2	6,4	6,6	6,8	7,1	7,5	7,6	7,9	30,6
Part globale de l'HJ (en %)	36,7	37,4	38,1	38,8	39,7	40,7	42,0	42,8	43,7	19,0
Part des séjours avec acte classant opératoire (en %)	32,6	33,1	33,2	33,2	33,3	33,2	32,9	33,2	33,2	1,9
Part des séjours avec acte classant non opératoire (en %)	16,2	16,6	16,9	17,3	17,5	17,8	18,5	18,5	18,6	14,4
Part des séjours sans acte classant (en %)	51,2	50,4	50,0	49,5	49,2	49,0	48,6	48,3	48,2	-5,8

Champ - France entière, hors Mayotte ; hospitalisations complètes et de jour, à l'exclusion des séances et des séjours des nouveau-nés en bonne santé restés auprès de leur mère.

Sources - Bases de données du PMSI MCO (ATI-H), années 2010 à 2018 pour les hospitalisations. Populations (Insee) : estimations localisées de populations au 1^{er} janvier de l'année en cours pour le calcul des taux bruts et population moyenne de l'année 2014 comme population de référence pour le calcul des taux standardisés sur l'âge.

ENCADRÉ 1

Sources et méthodes

Source de données :

- Hospitalisations en court séjour : bases annuelles du PMSI MCO (programme de médicalisation des systèmes d'information – médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie) produites par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATI-H) pour les années 2010 à 2018. Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), mis en place par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'ATI-H, fournit une description médico-économique de l'activité de l'ensemble des établissements de santé, publics et privés, sous la forme de résumés standardisés de chaque séjour réalisé.

- Populations : les estimations localisées de population au 1^{er} janvier de chaque année, produites par l'Insee, ont été utilisées pour le calcul des taux bruts ; pour le calcul des taux standardisés sur l'âge, c'est la population moyenne de l'année 2014 qui a été utilisée comme population de référence.

Champ

Ont été inclus tous les séjours en hospitalisation complète ou partielle entrant dans le champ d'hospitalisation MCO et concernant des personnes résidant en France métropolitaine ou dans les DROM, à l'exclusion de Mayotte pour laquelle les données ne sont pas disponibles sur l'ensemble de la période considérée. Les séances et les séjours des nouveau-nés restés auprès de leur mère (ne nécessitant pas de soins médicaux), ainsi que les séjours en erreur (ou inclasables) ont été exclus du champ de l'étude.

Méthodes

Les regroupements de pathologies ont été constitués à partir du diagnostic principal retenu dans chaque résumé de séjour hospitalier ou, lorsque le diagnostic principal relève du chapitre XXI (« Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé ») de la classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 10^e révision (CIM-10), à partir du diagnostic relié, s'il est renseigné.

Les données ont ensuite été regroupées par chapitre de la CIM-10. Ceux-ci sont des agrégats qui regroupent les maladies soit selon leur siège anatomique ou leur unité fonctionnelle (« Maladies de

l'appareil circulatoire », « Maladies de l'œil et de ses annexes », etc.), soit dans des regroupements étiologiques (« Tumeurs », « Certaines maladies infectieuses et parasitaires »). Le champ de l'ORL se trouve, par exemple, réparti entre les chapitres « Tumeurs », « Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde » et « Maladies de l'appareil respiratoire ». 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 ». En outre, les « groupes » de pathologies définis par la CIM-10 au sein de chaque chapitre ont été considérés pour l'étude par classe d'âge et l'analyse des évolutions.

Pour le classement et le financement des séjours, l'ATI-H a créé une classification française des séjours MCO en groupes homogènes de malades (GHM), selon les ressources mobilisées. Cette classification en GHM distingue des séjours avec **acte classant opératoire** (séjours classés dans un GHM en « C »), des séjours avec **acte classant non opératoire**, (séjours classés dans un GHM en « K ») ne nécessitant habituellement pas d'être réalisés dans un bloc opératoire, tels les explorations endoscopiques ou les actes thérapeutiques par voie endo-vasculaire. Les **autres séjours** sont considérés comme des GHM « médicaux ». Les GHM sont regroupés au sein de « catégories majeures » (CM), qui correspondent le plus souvent à un système fonctionnel (affections du système nerveux, de l'œil, de l'appareil respiratoire, etc.).

Dans cette étude, l'hospitalisation de jour comprend tous les séjours sans nuitée, sauf ceux dont le mode de sortie est un transfert vers une autre unité de court séjour ou bien un décès. Dans le PMSI MCO, leur « durée » est de 0 (nuitée), par définition. Pour le calcul des équivalents-journées d'hospitalisation, leur durée a été portée à 1.

Ont été calculés des effectifs annuels d'hospitalisation (équivalents dans le texte aux termes de recours et de séjours) et de patients hospitalisés, ainsi que les taux bruts correspondant (pour 1 000 habitants) et les taux standardisés sur l'âge (par standardisation directe). Des régressions de Poisson ont été réalisées pour étudier les tendances observées par classe d'âge et par sexe entre 2010 et 2018.

mais inférieurs dans toutes les autres classes d'âge (graphique 1). Après prise en compte de la structure par âge, les taux standardisés de recours sont presque identiques pour les deux sexes (267 séjours pour 1 000 femmes et 268 pour 1 000 hommes). L'écart entre les taux standardisés est toutefois plus marqué si l'on exclut les hospitalisations liées à la maternité (232 séjours féminins hors maternité pour 1 000 habitantes).

Les taux d'hospitalisation évoluent surtout avec l'âge. La fréquentation hospitalière est élevée avant un an, avec un taux de recours de 522 pour 1 000 nourrissons en 2018. Mais passé la première année, les taux d'hospitalisation des enfants sont plus faibles que ceux des autres groupes d'âge, particulièrement entre 5 et 14 ans, avec toutefois un léger rebond masculin entre 15 et 19 ans, visible également sur la courbe féminine hors séjours liés à la fécondité. Les taux d'hospitalisation augmentent ensuite à l'âge adulte, avec, pour les femmes, un pic aux âges de la maternité ; ils dépassent 500 pour 1 000 habitantes à partir de 70 ans pour les femmes et de 75 ans pour les hommes. Il existe en outre un effet de l'âge sur le nombre d'hospitalisations annuelles par patient, leur mode (complète ou partielle) ainsi que leur durée (graphique 2). Ainsi, le nombre d'équivalents-journées cumulées sur l'année, de même que la durée moyenne des séjours en hospitalisation complète sont faibles dans l'enfance après la première année, puis augmentent avec l'âge pour atteindre respectivement 12 et 8 jours chez les plus âgés. À l'inverse, la part de la prise en charge chirurgicale en ambulatoire est faible avant un an, mais élevée entre 1 et 10 ans (atteignant 82 % entre 1 et 4 ans) ; ce pourcentage oscille ensuite autour de 50 %, mais chute à partir de 85 ans (tableau complémentaire B).

Les motifs de recours hospitalier varient selon l'âge et le sexe

Tous âges et tous sexes confondus, les motifs de recours les plus fréquents en 2018 sont les maladies de l'appareil digestif (13 %), avec en premier lieu les maladies de l'œsophage, de l'estomac ou du duodénum et les affections de la cavité buccale et des dents. Les tumeurs, bénignes et malignes, représentent la deuxième cause de recours (10 % des séjours). Le troisième groupe comprend les maladies de l'appareil circulatoire (9 %) dont les cardiopathies ischémiques, qui sont les causes

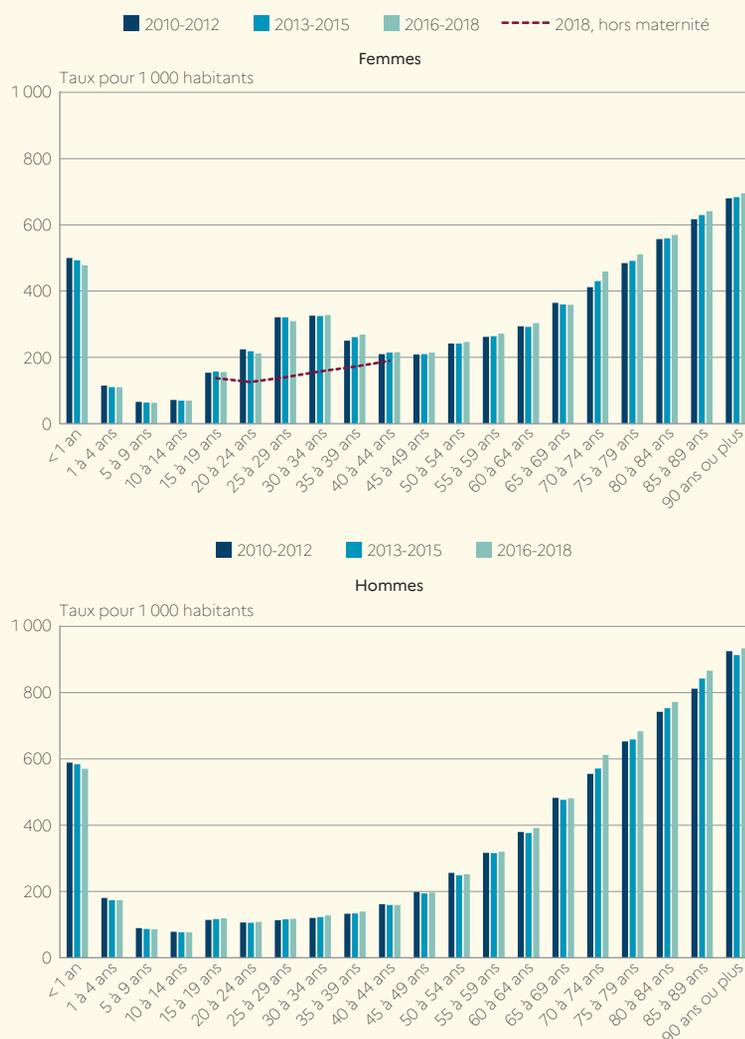
les plus fréquentes en MCO, suivies par l'insuffisance cardiaque et les maladies de veines. Viennent ensuite les hospitalisations pour bilan de symptômes ou signes mal définis (7 %), les maladies de l'appareil ostéo-articulaire (7 %) et les lésions de causes externes, généralement accidentelles, relevant du chapitre des « lésions traumatiques, empoisonnements et autres conséquences de causes externes » (7 %), suivies par la grossesse et l'accouchement (6 %), la surveillance

(6 %), les maladies de l'œil et de ses annexes (6 %), puis les maladies de l'appareil génito-urinaire (5 %).

Si les maladies de l'appareil digestif sont la première cause d'hospitalisation pour les hommes comme pour les femmes (respectivement 14 % et 13 %), les séjours liés à la fécondité représentent pour ces dernières le deuxième motif de recours (12 %), devant les tumeurs (9 %), les maladies de l'appareil circulatoire (7 %), les maladies de l'appareil ostéo-articulaire

GRAPHIQUE 1

Taux de recours hospitalier en court séjour selon la période, le sexe et l'âge



Note • Ce graphique présente la moyenne des taux annuels d'hospitalisation des 3 années de chaque période considérée par la classe d'âge et le sexe. (Le taux de recours hospitalier est le nombre d'hospitalisations de la classe considérée rapporté à la population de la même classe. Il est exprimé pour 1 000 habitants). Pour les femmes âgées de 15 à 40 ans, le graphique féminin présente en pointillé les taux de l'année 2018, après exclusion des séjours liés à la fécondité.

Champ • France entière, hors Mayotte ; séjours en hospitalisation complète et de jour, à l'exclusion des séances et des séjours des nouveau-nés en bonne santé restés auprès de leur mère.

Sources • Bases de données du PMSI MCO (ATIH), années 2010 à 2018 pour les hospitalisations. Populations (Insee) : estimations localisées de populations au 1^{er} janvier de l'année en cours.

(7 %) et les bilans pour symptômes ou signes mal définis (7 %).

Pour les hommes, en revanche, les parts des séjours pour tumeurs et pour maladies de l'appareil circulatoire, de même que leurs nombres, sont plus élevés (12 % pour chacun de ces chapitres) ; c'est également le cas pour les lésions dues à une cause externe qui représentent leur quatrième motif de recours (8 %).

Avant 15 ans, les maladies de l'appareil respiratoire sont le motif de recours le plus fréquent

Avant 15 ans, les motifs de recours les plus fréquents en 2018, pour les filles comme pour les garçons, sont les maladies de l'appareil respiratoire (17 %) [graphique 3]. Dans plus de deux cas sur trois, il s'agit de séjours pour affection chronique des amygdales ou des végétations adénoïdes, pour bronchiolite aiguë ou pour asthme.

Les « affections dont l'origine se situe dans la période périnatale » constituent le deuxième motif d'hospitalisation des moins de 15 ans (10 %), mais le premier pour les enfants de moins d'un an pour qui elles représentent plus du tiers des recours (37 %).

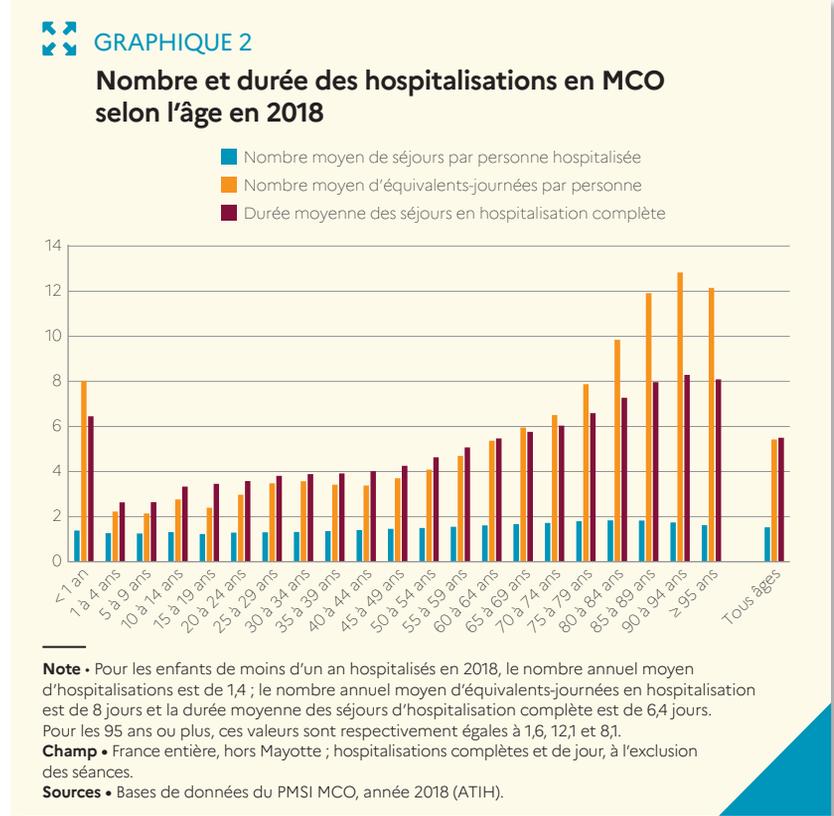
Les lésions de causes externes, généralement accidentelles, relevant du chapitre des « lésions traumatiques, empoisonnements et autres conséquences de causes externes » constituent le troisième motif de recours des moins de 15 ans (9 %), mais le deuxième entre 5 et 14 ans.

Viennent ensuite les maladies de l'appareil digestif (8,5 %), avec en premier lieu les problèmes dentaires et l'appendicite aiguë, puis les recours pour symptômes ou résultats anormaux d'examen (8 %) et les « maladies de l'appareil génito-urinaire » (8 %). Ces dernières représentent la deuxième cause de recours des jeunes garçons, soit 11 %, essentiellement en raison des interventions sur le prépuce.

Entre 15 et 44 ans, la maternité est le premier motif de recours, suivi par les maladies de l'appareil digestif

Entre 15 et 44 ans, les motifs de recours les plus fréquents sont liés à « la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité » : ils représentent 25 % de l'ensemble des recours de cette classe d'âge et 38 % de ceux des femmes.

Si l'on exclut ces séjours, généralement non liés à des pathologies, ce sont alors les maladies de l'appareil



digestif qui représentent la première cause de recours des 15-44 ans : 22 % des séjours hors maternité, dont 30 % pour dents incluses (particulièrement les dents de sagesse), et même plus des deux tiers entre 15 et 19 ans ; ces recours pour dents incluses sont responsables du léger rebond du taux de recours observé entre 15 et 19 ans pour les hommes et pour les femmes, après exclusion des séjours liés à la fécondité [graphique 1].

Viennent ensuite les lésions dues aux traumatismes et autres causes externes (10 % hors maternité, avec trois séjours sur dix pour lésion traumatique du poignet ou de la main), puis les séjours pour surveillance, prévention ou autres facteurs influant sur l'état de santé (9 %) et les maladies de l'appareil génito-urinaire (9 %).

Pour les femmes de cette classe d'âge, les causes prédominantes après les séjours liés à la fécondité et à la maternité sont les maladies de l'appareil digestif (22 % hors maternité), puis celles de l'appareil génito-urinaire (12 % hors maternité), ainsi que les motifs liés à la surveillance et à la prévention (12 %).

Pour les hommes entre 15 et 44 ans, les motifs de recours les plus fréquents sont également les maladies de l'appareil digestif (22 %), suivies par les lésions dues aux traumatismes ou autres causes

externes (16 %), puis par les maladies du système ostéo-articulaire (10 %, dont près du quart pour lésion interne du genou).

Entre 45 et 64 ans, les maladies de l'appareil digestif prédominent

Entre 45 et 64 ans, ce sont les maladies de l'appareil digestif qui représentent la première cause d'hospitalisation (16 %), avec une prééminence des maladies intestinales non infectieuses.

À ces âges, les tumeurs représentent le deuxième motif de recours (14 %), dont un tiers des séjours pour tumeurs bénignes et, particulièrement, pour tumeurs bénignes du côlon.

Viennent ensuite les maladies du système ostéo-articulaire (10 %) et de l'appareil circulatoire (9 %), puis les recours pour surveillance ou prévention ou pour bilan de symptômes ou examens anormaux (8 % dans les deux cas).

Les deux premiers motifs sont identiques pour les femmes et pour les hommes. Mais pour ces derniers, les maladies de l'appareil circulatoire représentent la troisième cause de recours (12 %, dont un tiers pour cardiopathie ischémique), alors que leur part est deux fois plus faible pour les femmes de cette classe d'âge (6 %, dont 18 % pour cardiopathie ischémique).

Entre 65 et 84 ans, les motifs d'hospitalisation les plus fréquents sont les tumeurs

Entre 65 et 84 ans, les motifs d'hospitalisation les plus fréquents sont les tumeurs (15 % des séjours, dont un quart pour tumeur bénigne). Viennent ensuite les recours pour maladie de l'appareil circulatoire (14 %, dont un quart pour cardiopathie ischémique). Les recours pour maladie de l'œil ou de ses annexes (13 %) sont fréquents à ces âges, du fait du développement de la chirurgie de la cataracte. Viennent ensuite les

recours pour maladie de l'appareil digestif (12 %), puis ceux pour maladie de l'appareil ostéo-articulaire (8 %).

Les tumeurs (17 %) et les maladies de l'appareil circulatoire (17 %) sont également les deux premiers motifs masculins d'hospitalisation.

Mais pour les femmes, ce sont les recours pour maladie de l'œil et de ses annexes qui prédominent à ces âges (16 %), devant les tumeurs (13 %) et les maladies de l'appareil digestif (12 %). Comme aux âges précédents, le poids des recours féminins pour maladie de

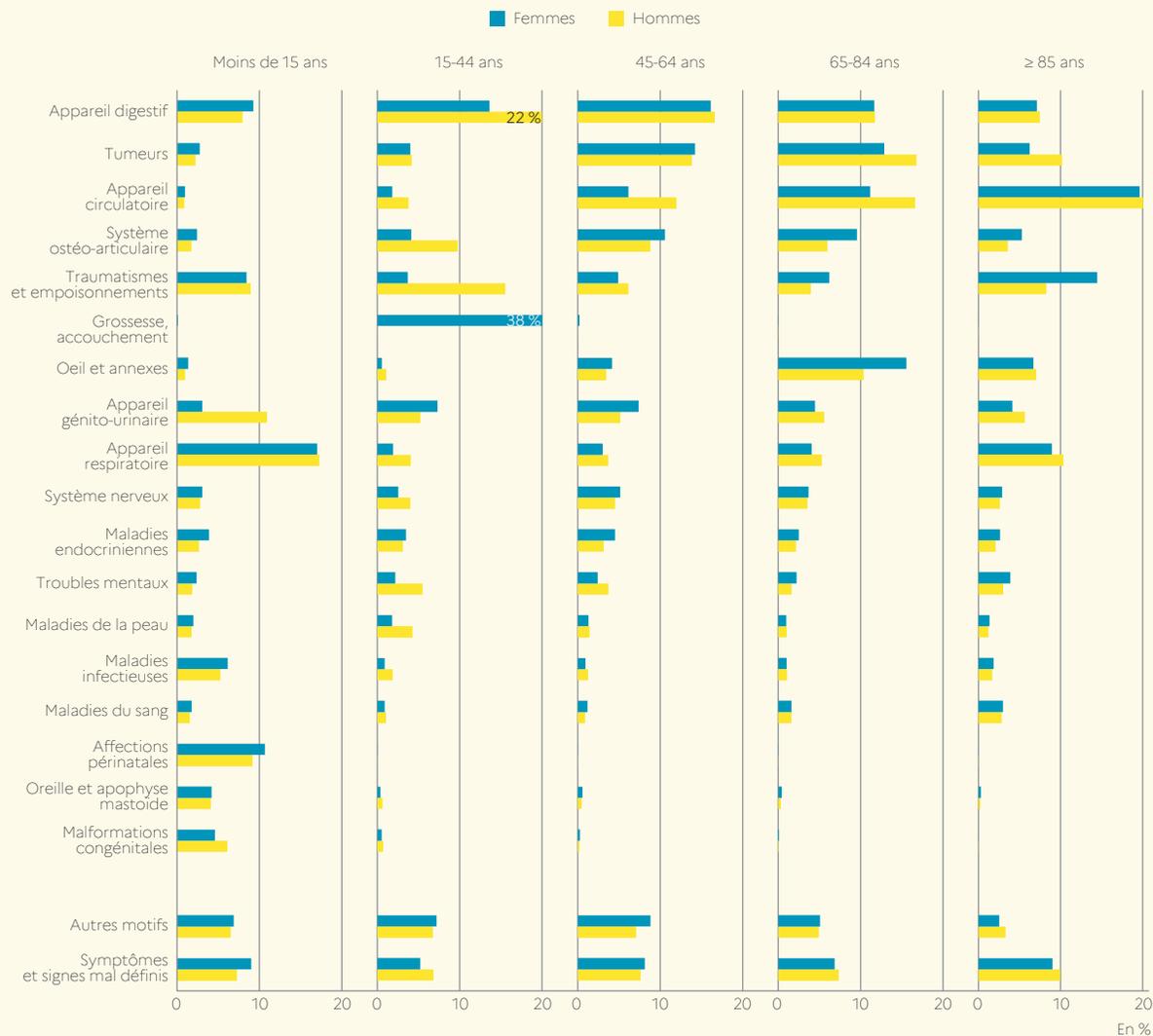
l'appareil circulatoire (11 %) est plus faible que celui des hommes.

À partir de 85 ans, l'appareil circulatoire est le premier motif de recours hospitalier

Pour les personnes âgées d'au moins 85 ans, l'appareil circulatoire est le premier motif de recours hospitalier (20 %). Les lésions dues aux traumatismes, empoisonnements ou autres causes externes représentent à ces âges la deuxième cause d'hospitalisation (12 %, dont un quart pour fracture du col du fémur).

GRAPHIQUE 3

Motifs des recours hospitaliers selon l'âge et le sexe en 2018



Note • Les motifs de séjours sont classés par chapitre de la CIM-10 et présentés par ordre de fréquence décroissante, tous sexes et tous âges confondus (sauf les deux derniers).

Champ • France entière, hors Mayotte ; hospitalisations complètes et de jour, à l'exclusion des séjours des nouveau-nés en bonne santé restés auprès de leur mère.

Sources • Bases de données du PMSI MCO, année 2018 (ATIH).

Viennent ensuite les maladies de l'appareil respiratoire (9 %), les bilans de symptômes ou d'anomalies d'examen (9 %), puis les tumeurs (8 %), les maladies de l'appareil digestif (7 %) et les affections de l'œil ou de ses annexes (7 %).

À ces âges, la part des maladies de l'appareil circulatoire est similaire pour les deux sexes (20 %), avec un tiers de ces séjours pour insuffisance cardiaque. En revanche, la part des femmes hospitalisées pour conséquences des traumatismes ou autres causes externes est plus élevée que celle des hommes (14 % des séjours contre 8 %).

Pour ces derniers, les maladies de l'appareil respiratoire représentent la deuxième cause de recours (10 %), juste devant les tumeurs (10 %) et les bilans d'anomalie (10 %). Viennent ensuite les lésions traumatiques, puis les motifs digestifs (8 % et 7 %).

Entre 2010 et 2018, les hospitalisations en court séjour ont augmenté, mais le nombre d'équivalents-journées a diminué

Globalement, le nombre de patients hospitalisés en court séjour a augmenté

de 8 % entre 2010 et 2018 (tableau 1). L'évolution correspondante est de +4,5 % pour le taux brut (qui neutralise la croissance de la population au cours de la période) et de +1,6 % pour le taux standardisé sur l'âge, qui neutralise en outre l'effet du vieillissement. De plus, le nombre moyen de séjours par personne hospitalisée a légèrement augmenté (+2 %).

En conséquence, le surcroît de séjours durant cette période est un peu plus élevé : +10 % en termes de nombre de séjours, +6 % pour le taux brut d'hospitalisation et +2,5 % pour le taux standardisé sur l'âge.

Mais du fait de la diminution de la durée moyenne des séjours en hospitalisation complète (de 5,8 à 5,5 jours), conjuguée à la hausse des prises en charge en hospitalisation de jour (de 37 % à 44 %), le nombre d'équivalents-journées a diminué de 4 % entre 2010 et 2018.

L'augmentation de l'hospitalisation de jour concerne essentiellement les séjours chirurgicaux³, dont le taux global d'ambulatoire est passé de 37 % à 52 % entre 2010 et 2018, alors que ce taux est resté assez stable pour les séjours médicaux (respectivement 24 % et 25 %) et

ceux avec acte classant non opératoire⁴ (78 % ces deux années) [encadré 1]. Toutefois, la part des séjours avec acte classant non opératoire a augmenté de 16 % à 19 % au cours de la période, alors que celle des séjours chirurgicaux n'a pas évolué (33 %).

Principales causes de la hausse du taux de recours

Les motifs d'hospitalisation pour lesquels les taux de recours standardisés sur l'âge ont augmenté de plus de 5 % entre 2010 et 2018 sont les maladies de l'œil et de ses annexes (+14 %), la surveillance (« autres motifs » : +14 %), les bilans de symptômes ou de résultats anormaux (+10 %), les maladies de l'appareil digestif (+7 %), les maladies de l'appareil respiratoire (+7 %) et les maladies de l'appareil ostéo-articulaire (+6 %) [graphique 4]. Les hausses sont également notables pour les recours pour maladie de la peau (+15 %) et les troubles mentaux (+8 %), mais leur contribution à l'évolution globale est faible en raison du nombre plus réduit de ces séjours.

Les motifs d'hospitalisation qui ont le plus grand impact apparent sur l'augmentation globale du taux standardisé

•••

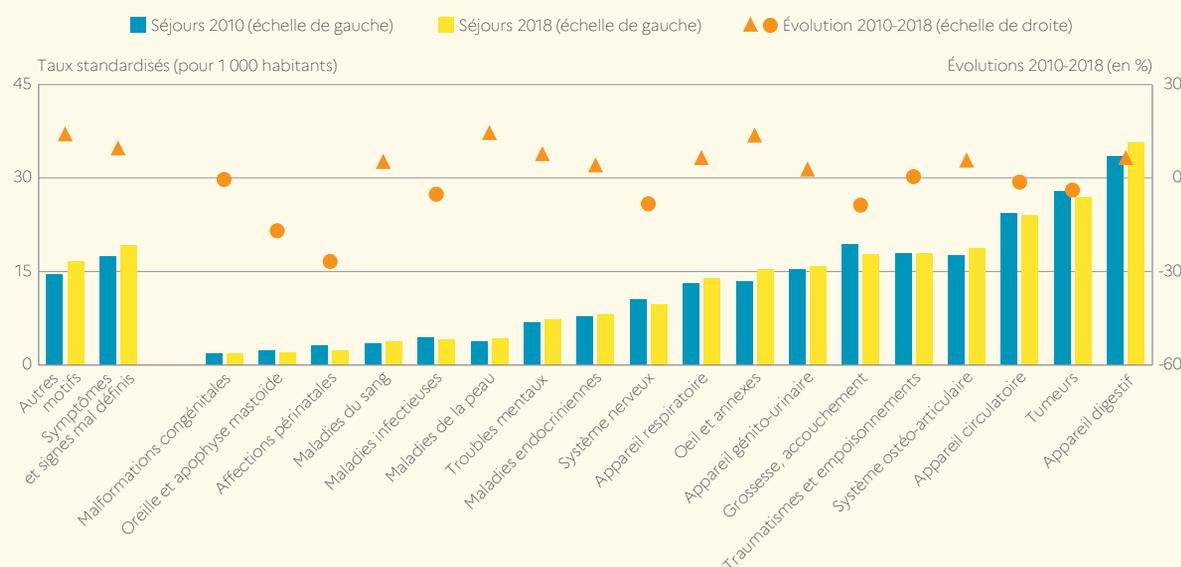
3. Au sens de la classification de l'ATIH en groupes homogènes de malades (GHM avec acte classant opératoire, classé en « C »).

4. Voir encadré méthodologique.



GRAPHIQUE 4

Évolutions entre 2010 et 2018 des taux standardisés d'hospitalisation par chapitre de la CIM-10



Note - L'échelle de gauche concerne les taux standardisés d'hospitalisation pour les motifs d'hospitalisation regroupés par chapitre de la CIM-10, pour les années 2010 et 2018. L'échelle de droite concerne les évolutions de ces taux entre 2010 et 2018. Ces évolutions sont représentées par un triangle lorsque les taux ont augmenté (par exemple « œil et annexes » +14 % entre 2010 et 2018) et par un rond, lorsqu'ils ont diminué (par exemple « affections périnatales » -27 %).

Champ - France entière, hors Mayotte ; hospitalisations complètes et de jour, à l'exclusion des séances et des séjours des nouveau-nés en bonne santé restés auprès de leur mère.

Sources - Hospitalisations : bases de données annuelles du PMSI MCO (ATIH) ; Populations : estimations localisées de populations au 1^{er} janvier de l'année en cours et population moyenne de l'année 2014 pour la population de standardisation (Insee).

de recours sont les maladies de l'appareil digestif. Toutefois, près du quart de la hausse des séjours de ce chapitre est due à un changement de codage des hémorroïdes qui ont été insérées dans ce chapitre en 2014 (catégorie CIM-10 « K64 »), alors qu'auparavant elles relevaient du chapitre des maladies de l'appareil circulatoire (« I84 »). Mais d'autres évolutions notables sont à relever durant la période pour les maladies digestives. Selon les groupes de pathologies définis par la CIM-10, on observe ainsi une augmentation des hospitalisations pour affection dentaire (+19 %), et notamment pour dents incluses qui affectent surtout les adolescents, des séjours pour maladie « de l'œsophage, de l'estomac et du duodénum », particulièrement pour gastrite ou duodénite, et des séjours liés aux « maladies de la vésicule biliaire, des voies biliaires et du pancréas ». On observe en outre une augmentation des séjours avec acte classant non opératoire⁵, dont la part, pour ce chapitre, est passée de 48 % à 51 % durant la période.

Les trois chapitres suivants ont également une contribution notable à la hausse du taux standardisé global, qui s'avère même plus importante que les maladies digestives après exclusion de l'effet de la modification du code CIM-10 correspondant aux hémorroïdes.

Le chapitre de la CIM-10 regroupant l'ensemble de motifs liés à la surveillance ou la prévention d'états pathologiques divers participe le plus à la hausse globale du taux standardisé d'hospitalisation. Dans ce cadre, l'augmentation des motifs en lien avec l'appareil digestif est marquée, avec notamment des séjours de surveillance ou de dépistage motivés par des antécédents personnels ou familiaux de maladies (bénignes ou malignes) de cet appareil. D'autres types de motifs sont également en augmentation tels que des séjours pour ajustement et entretien de prothèse interne (d'accès vasculaire notamment), pour examens (avec particulièrement une hausse des bilans préopératoires et des tests cutanés de diagnostic ou désensibilisation).

Les recours pour maladies de l'œil et de ses annexes ont également un fort impact sur l'évolution du taux standardisé. Elle est due à la poursuite du développement de la chirurgie de la cataracte qui affecte principalement les personnes de 65 à 84 ans (de Peretti, *et al.*, 2018). Toutefois, la hausse est

un peu moins élevée si l'on considère non les séjours, mais les patients, dans la mesure où ceux-ci sont de plus en plus souvent opérés des deux yeux la même année, au cours de deux séjours distincts.

Le chapitre des « symptômes, signes et résultats anormaux d'examen clinique et de laboratoire non classés ailleurs » a également pesé sur l'augmentation du taux standardisé de recours. Les groupes de diagnostics ayant le plus contribué à cette évolution sont, par poids décroissant, les symptômes et signes généraux et, ici encore, les symptômes et signes relatifs à l'appareil digestif et à l'abdomen, avec notamment les douleurs abdominales et pelviennes.

Enfin, la hausse des séjours motivés par une maladie de l'appareil ostéo-articulaire participe également à la hausse globale. Pour ces pathologies, la part des séjours chirurgicaux est passée de 70 % à 74 % entre 2010 et 2018. Les principaux groupes de pathologies en augmentation sont en premier lieu l'arthrose, avec une croissance du nombre de séjours de 29 % (et de 39 % pour l'arthrose du genou) ; viennent ensuite les séjours pour lésion de l'épaule (+37 %) et ceux pour atteinte de la colonne vertébrale (+16 %).

Les taux standardisés de recours ont diminué pour les séjours liés à la fécondité, aux affections périnatales et aux maladies de l'oreille

Parallèlement, les taux standardisés d'hospitalisation ont diminué pour les affections périnatales (-27 %) et les maladies de l'oreille ou de l'apophyse mastoïde (-17 %). La baisse est également marquée pour les séjours pour grossesse ou accouchement (-9 %) ainsi que pour les maladies du système nerveux (-8 %) avec, pour ces dernières, une moindre amplitude de la baisse lorsque l'on considère les taux des patients hospitalisés (-4 %).

L'impact le plus important sur le taux standardisé global de recours concerne le chapitre XV de la CIM-10 : « grossesse, accouchement et puerpéralité ». Cette baisse est due à la diminution des naissances qui, conjuguée au recul de l'âge de la maternité, affecte principalement les taux de recours des femmes de 20 à 29 ans. Le deuxième facteur contribuant à la réduction substantielle de ces hospitalisations est la réduction de la part des interruptions volontaires de grossesse

(IVG) réalisées en établissement hospitalier du fait du développement des IVG médicamenteuses en ville (Vilain, 2020). Les deux autres chapitres ayant une forte tendance à la baisse concernent les hospitalisations des enfants. Il s'agit en premier lieu de la baisse des recours des nouveau-nés pour affections périnatales, dont le taux avait fortement augmenté pendant la décennie précédente (+42 % entre 1998 et 2008). Cette baisse est probablement due, en grande partie, à l'évolution du codage pour des situations telles que des nouveau-nés en bonne santé nés par césarienne ou par extraction instrumentale (forceps, ventouse ou spatule), mais cette modification du codage ne permet pas de documenter l'évolution des pratiques.

La baisse des recours relevant du chapitre des maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde prolonge la décroissance importante du taux déjà observée entre 1998 et 2008 (-27 %). La baisse de 17 % observée entre 2010 et 2018 est due aux recours pour otites moyennes et concerne essentiellement les GHM chirurgicaux correspondant à la pose de drains trans-tympaniques chez des enfants. Cette baisse prolongée est très probablement liée, au moins en partie, à la vaccination contre le pneumocoque et à l'amélioration de sa valence vaccinale⁶ qui est passée de 7 à 10 sérotypes depuis 2010.

Par ailleurs, s'il y a également eu une baisse des taux standardisés de recours pour tumeur (-4 %), celle-ci est due aux réhospitalisations et n'est plus observée lorsque l'on considère les taux relatifs aux patients (+3 %). Cette tendance globale varie toutefois selon le type de tumeurs : la légère baisse des taux standardisés de patients hospitalisés pour tumeur maligne (-1 %) contraste avec la hausse des taux standardisés de patients ayant une tumeur bénigne (+12 %).

Concernant le chapitre des causes externes (traumatismes ou empoisonnements), la stabilité apparente du taux standardisé de recours entre 2010 et 2018 recouvre toutefois des tendances hétérogènes, avec une baisse des taux standardisés entre 2010 et 2013, puis une augmentation entre 2013 et 2018 (+4 %). Les tendances varient selon l'âge, avec une baisse des taux de séjours pour les classes d'âge comprises entre 1 et 25 ans, ainsi que pour les adultes entre 35 et 54 ans, mais avec une hausse pour les nourrissons et les plus âgés. C'est aussi le cas pour les motifs, avec

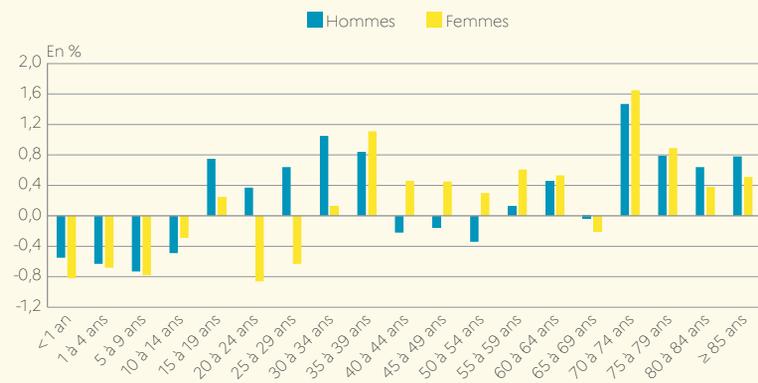
•••

5. GHM en « K ».

6. Nombre des différents types de pneumocoques (« sérotypes ») pour lesquels le vaccin procure une immunité.

GRAPHIQUE 5

Évolution annuelle moyenne des taux de séjour par classe d'âge et sexe entre 2010 et 2018



Lecture • Pour les moins de un an, les taux de séjour ont diminué en moyenne de 0,6 % par an pour les garçons et de 0,8 % pour les filles.
Champ • France entière, hors Mayotte ; hospitalisations complètes et de jour, à l'exclusion des séjours et des séjours des nouveau-nés en bonne santé restés auprès de leur mère.
Sources • Hospitalisations : bases de données annuelles du PMSI MCO (ATIH) ; Populations : estimations localisées de populations au 1^{er} janvier de l'année (Insee).

une baisse notable des hospitalisations pour intoxication (médicamenteuse et non-médicamenteuse) et des lésions traumatiques des membres inférieurs. En revanche, l'augmentation des hos-

pitalisations est importante pour les lésions traumatiques de l'abdomen, des lombes, du rachis lombaire ou du bassin (nombre de séjours +34 %, taux standardisés +25 %) et pour les lésions

traumatiques du thorax et du rachis thoracique (séjours +31,5 %, taux standardisés +20 %) qui prédominent chez les plus âgés. Il y a aussi une augmentation des hospitalisations pour les lésions traumatiques du poignet ou de la main (séjours +28 %, taux standardisé +26 %) qui concerne en premier lieu les adolescents et les jeunes adultes (15-44 ans). Ces tendances différenciées selon les pathologies s'accompagnent de disparités d'évolution par classe d'âge (graphiques 1 et 5 et tableau complémentaire C). Ainsi, les taux de recours ont significativement diminué entre 2010 et 2018 pour les enfants de moins de 15 ans, les femmes de 20 à 29 ans et, dans une moindre mesure, pour les hommes entre 40 et 54 ans. En revanche, les taux ont significativement augmenté pour les hommes de 15 à 39 ans, les femmes de 35 à 64 ans et pour les deux sexes, pour les personnes âgées de 70 ans ou plus. Mais si l'on prend en compte les patients hospitalisés, indépendamment des réhospitalisations éventuelles, les taux de patients hospitalisés se stabilisent pour les hommes comme pour les femmes entre 50 et 54 ans, 60 et 69 ans, ainsi que pour les 85 ans ou plus. ■

POUR EN SAVOIR PLUS

- Données sur la morbidité hospitalière disponibles sur le site data.drees.sante.gouv.fr, rubrique « État de santé et morbidité ».
- **Cazenave-Lacrouz, A., Yilmaz, E.** (2019, août). Dans quelle mesure les incitations tarifaires et la procédure de mise sous accord préalable ont-elles contribué au développement de la chirurgie ambulatoire ? *Les dossiers de la DREES*, 40.
- **Lefebvre-Hoang, I., Yilmaz, E.** (2019, août). État des lieux des pratiques de chirurgie ambulatoire en 2016. *DREES, Les dossiers de la DREES*, 41.
- **Fourcade, N., von Lennep, F., Grémy, I., Bourdillon, F.** (dir.) (2017). *L'État de santé de la population en France*. Rapport. Paris, France : DREES – Santé publique France.
- **Mouquet, M.-C., Oberlin, P.** (2013, novembre). L'évolution des motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour entre 1998 et 2008. Résultats détaillés. *DREES, Document de travail, série Études et Recherche*, 128.
- **Mouquet, M.-C.** (2015, août). Hospitalisation de court séjour : quels motifs de recours en 2013 ? *DREES, Études et Résultats*, 928.
- **de Peretti, C., Oberlin, P., avec la coll. de Villain, M. et Daien, V.** (2018, mars). Le traitement de la cataracte primaire est la plus fréquente des interventions chirurgicales. *DREES, Études et Résultats*, 1056.
- **Vilain, A., avec la coll. de Allain, S., Dubost, C.-L., Fresson, J. et Rey, S.** (2020, septembre). Interruptions volontaires de grossesse : une hausse confirmée en 2019. *DREES, Études et Résultats*, 1063.

LA DREES SUR INTERNET

Retrouvez toutes nos publications sur notre site drees.solidarites-sante.gouv.fr
Retrouvez toutes nos données sur www.data.drees.sante.gouv.fr
Pour recevoir nos avis de parution drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution

Directeur de la publication :

Fabrice Lenglat

Responsable d'édition :

Souphaphone Douangdara

Rédactrice en chef technique :

Sabine Boulanger

Secrétaire de rédaction :

Élisabeth Castaing

Composition et mise en pages :

Stéphane Jeandet

Conception graphique :

Julie Hiet et Philippe Brulin

Pour toute information :

drees-infos@sante.gouv.fr

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources • ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384



STATISTIQUE PUBLIQUE
La DREES fait partie du Service statistique public piloté par l'Insee.