

SOUS EMBARGO jusqu'au 6 avril 2023 à 6h

# ÉTUDES et RÉSULTATS

avril 2023  
n° 1262

## Les hospitalisations potentiellement évitables touchent davantage les ouvriers et les agriculteurs

En 2017, 265 000 hospitalisations pour des pathologies chroniques auraient pu être évitées ; elles représentent un séjour hospitalier en médecine sur 40. Près de la moitié de ces hospitalisations potentiellement évitables (HPE) avaient pour motif une insuffisance cardiaque. Quatre personnes hospitalisées de manière évitable sur cinq ont 65 ans ou plus, et une sur trois 85 ans ou plus. Les HPE touchent fréquemment les mêmes patients : 26 % des personnes concernées en 2017 avaient déjà connu un événement de ce type au cours des cinq années précédentes et 14 % ont connu plusieurs HPE cette même année. 80 % des HPE sont prises en charge par des établissements publics, alors qu'ils ne prennent en charge que 55 % de l'ensemble des séjours de médecine.

Le risque d'HPE décroît avec le niveau de diplôme, une fois tenu compte des autres caractéristiques individuelles (âge, sexe, configuration familiale, nationalité, etc.). Les agriculteurs exploitants et les ouvriers sont les catégories socioprofessionnelles les plus exposées. Le risque d'HPE augmente fortement pour les personnes n'ayant pas consulté leur médecin traitant au cours de l'année passée : ils ont un risque cinq fois et demie plus élevé de connaître une HPE que les personnes ayant consulté une ou deux fois leur médecin traitant. Il est également fortement accru parmi les personnes qui ont consulté à de nombreuses reprises (plus de neuf fois par an). En revanche, l'accessibilité aux médecins généralistes et le fait de résider dans un quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV) n'ont pas d'effet significatif sur le risque d'HPE.

Alice Bergonzoni, Blandine Legendre et Jehanne Richet, avec la collaboration de Samuel Allain (DREES)

**E**n 2017, environ 225 000 personnes ont été hospitalisées pour des pathologies chroniques, alors que ces hospitalisations auraient pu être évitées par une meilleure prise en charge en ville. Ces hospitalisations potentiellement évitables (HPE) [encadré 1] sont à distinguer des recours non pertinents : au moment où elle a lieu, l'HPE est nécessaire, mais si le patient avait été mieux pris en charge en amont, le risque d'hospitalisation aurait pu être réduit. Ainsi, un faible taux d'HPE au sein d'un territoire suggère un bon

suivi des patients en ambulatoire et une bonne politique de prévention de l'hospitalisation, permettant de se dispenser des hospitalisations coûteuses pour le patient comme pour le système de santé. Parmi les patients ayant été hospitalisés alors que cela aurait potentiellement pu être évité, 14 % ont connu plusieurs hospitalisations de ce type au cours de l'année, dont 82 % pour la même pathologie à chaque fois. Au total, sur le champ de l'étude, environ 265 000 hospitalisations et 275 000 séjours hospitaliers<sup>1</sup> – soit 2,5 % de

1. Ici, un séjour hospitalier est un séjour qui commence et se termine dans le même établissement de santé. Une hospitalisation est un épisode de prise en charge de santé qui peut avoir lieu dans différents établissements, avec au maximum 48 heures entre chaque séjour hospitalier qui la constitue.

Retrouvez toutes nos données sur [data.drees](https://data.drees.fr)

l'ensemble des séjours de médecine<sup>2</sup> au cours de l'année 2017 – auraient pu être évités. Entre 2012 et 2017, le nombre d'HPE reste à peu près stable.

Les HPE touchent en particulier les plus âgés : quatre personnes concernées sur cinq en 2017 avaient 65 ans ou plus, et une sur trois de 85 ans ou plus. Cette forte proportion de personnes âgées parmi les patients ayant connu une HPE est liée à l'augmentation des hospitalisations avec l'âge, mais aussi à la définition même des HPE, qui inclut des seuils d'âge pour chacune des pathologies chroniques considérées et qui cible des pathologies touchant plus fréquemment les seniors<sup>3</sup>. À partir des données sociodémographiques appariées aux données de santé (EDP-Santé), cette étude décrit les caractéristiques sociales des patients hospitalisés de manière évitable (*encadré 2*).

## En 2017, 26 % des personnes hospitalisées de manière évitable l'avaient déjà été au cours des cinq dernières années

Au cours de la période observée (2012-2017), 51 % des hospitalisations potentiellement évitables ont pour motif une insuffisance cardiaque (*graphique 1*). 22 % sont liées à une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), 11 % à des déshydratations, 8 % à des angines de poitrine sans infarctus du myocarde, 6 % sont causées par une crise d'asthme et 1 % par des complications

du diabète à court terme. Cette répartition entre les différentes pathologies est stable d'une année sur l'autre.

Le nombre d'HPE pour insuffisance cardiaque augmente fortement avec l'âge (*graphique 2*) : les personnes âgées de 85 ans ou plus ont connu trois fois plus d'HPE pour ce motif que celles de 65 à 74 ans. À l'inverse, le nombre d'HPE liées à une BPCO diminue pour les personnes de 75 ans ou plus. Cette baisse pourrait s'expliquer par la définition des HPE, qui exclut notamment les cas d'hospitalisations liées à une BPCO avec un diagnostic associé d'insuffisance cardiaque. Or la prévalence des maladies cardiovasculaires (dont fait partie l'insuffisance cardiaque) augmente fortement avec l'âge : 21 % des personnes de 70 à 74 ans vivent avec une maladie cardiovasculaire, contre 37 % de celles de 80 à 84 ans et 49 % des 90 ans ou plus (Allain, 2022).

Les HPE touchent fréquemment les mêmes personnes : 26 % des personnes hospitalisées de manière évitable en 2017 avaient déjà connu un épisode de ce type depuis 2012 (*tableau 1*). Cela concerne environ 30 % de ceux ayant une HPE pour une BPCO, une crise d'asthme ou une insuffisance cardiaque. En revanche, la proportion de personnes ayant déjà eu une HPE est plus faible lorsque cette dernière est liée à une angine de poitrine (10 %) ou à une déshydratation (14 %). Dans la majorité des cas d'HPE répétées, le motif est le même d'une fois sur l'autre. Toutefois, les HPE répétées liées à des complications du diabète à court terme ou à

### Encadré 1 Définition des hospitalisations potentiellement évitables (HPE)

Cette étude s'appuie sur le guide méthodologique d'identification des HPE dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), établi par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) en mars 2018. L'objectif est de mettre à disposition des agences régionales de santé (ARS) et autres acteurs du monde de la santé un « outil de mesure des recours hospitaliers pour lesquels une prise en charge optimale et anticipée aurait pu se traduire par une absence d'hospitalisation ». Est ainsi défini un indicateur simple à calculer, construit uniquement à partir des bases médico-administratives. Cette étude s'inscrit dans la suite de ce guide méthodologique qui appelait à des analyses complémentaires pour apprécier les liens entre l'offre de médecine de ville (et en particulier l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée [APL]), l'intensité de recours aux soins primaires, les facteurs sociodémographiques et épidémiologiques (appréciés par le fait d'être en affection de longue durée [ALD]) et les HPE.

Le PMSI est constitué de données administratives collectées par les établissements de santé et centralisées par l'ATIH. Chaque séjour hospitalier donne lieu à un enregistrement dans le PMSI avec, notamment, les informations suivantes : la date du séjour, le mode d'entrée, le diagnostic principal, les diagnostics associés et le mode de sortie – en plus d'informations sur l'établissement et sur le patient (commune de résidence, âge, sexe, régime d'affiliation...).

Il n'y a pas de consensus scientifique sur la définition des hospitalisations potentiellement évitables. Toutefois, le guide méthodologique s'appuie sur une liste de pathologies établie par l'agence américaine pour la recherche et la qualité des soins de santé (Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ), associée à des critères d'âge. Cette liste est fréquemment utilisée dans les travaux internationaux sur les HPE. Il s'agit de pathologies chroniques pour lesquelles une prise en charge plus efficace des patients en

ville réduirait les risques d'hospitalisation (DGOS-ATIH, 2018) :

- asthme (âge ≥ 18 ans) ;
- insuffisance cardiaque (âge ≥ 40 ans) ;
- bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) [âge ≥ 18 ans] ;
- déshydratation (âge ≥ 65 ans) ;
- complications du diabète à court terme (âge ≥ 40 ans) ;
- angine de poitrine sans infarctus du myocarde (âge ≥ 40 ans).

Les hospitalisations comprenant l'une de ces pathologies comme diagnostic principal sont considérées comme potentiellement évitables lorsqu'elles ne comportent pas un ou plusieurs diagnostics associés qui les rendraient compliquées. Par exemple, une hospitalisation pour asthme comme diagnostic principal n'est pas comptabilisée comme HPE si le patient a une maladie respiratoire ou bien si cette hospitalisation a lieu dans le cadre d'une grossesse ou d'un accouchement. Le détail des diagnostics principaux et associés utilisés dans les critères d'inclusion et d'exclusion de l'algorithme d'identification des HPE figure en tableau complémentaire (*tableau complémentaire A*).

Dans le PMSI, chaque enregistrement (ou séjour) est associé à un patient et à un établissement. Un transfert d'établissement donne donc lieu à un nouvel enregistrement. En principe, ces transferts sont identifiables à travers le mode d'entrée, le mode de sortie et le type de séjour. Néanmoins, ces variables ne sont pas toujours bien renseignées par les établissements. Dans cette étude, les dates d'entrée et de sortie ont été utilisées pour regrouper les enregistrements liés à une même hospitalisation : si un nouveau séjour survient dans les 48 heures suivant la fin d'un précédent, il est supposé qu'il s'agit de la même hospitalisation. Cela constitue une différence notable par rapport à la méthodologie proposée par la DGOS et l'ATIH qui se base uniquement sur les séjours : en 2017, ce regroupement fait diminuer le nombre d'HPE de 3 %.

2. Et 1,5 % de l'ensemble des séjours de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO). Par définition, les HPE sont essentiellement des séjours de médecine (*encadré 1*).

3. Ainsi, en 2014, les patients de 65 ans ou plus représentaient 75 % des hospitalisations pour bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et 90 % de celles pour insuffisance cardiaque (DREES, Santé Publique France, 2017) alors qu'ils constituaient 68 % des séjours en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) [Brilhault, 2016].

la déshydratation surviennent plus fréquemment après une HPE pour un autre motif<sup>4</sup>.

### 79 % des HPE sont prises en charge par des établissements publics, contre 64 % pour l'ensemble des séjours de médecine

Les HPE sont davantage prises en charge par les hôpitaux publics que l'ensemble des séjours de médecine (graphique 3). Cela s'explique en partie par le fait que les HPE touchent davantage des personnes âgées, dont la part d'hospitalisations dans le public est

élevée même hors HPE. Chez les 85 ans ou plus, environ 80 % des HPE, comme de l'ensemble des séjours de médecine, ont lieu dans un centre hospitalier universitaire (CHU) ou un hôpital public. Il ne s'agit toutefois pas uniquement d'un effet de la composition par âge de la population, puisque la prise en charge des HPE par le public est plus importante chez les patients de toutes les tranches d'âge inférieures à 85 ans. Cela se vérifie en particulier chez les 18 à 40 ans, pour lesquels la part de séjours dans un établissement public atteint 88 % dans le cas d'HPE, contre 61 % pour l'ensemble des séjours de médecine.

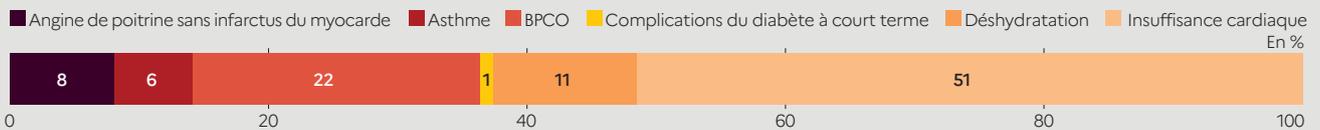
#### Encadré 2 L'EDP-Santé

Cette étude mobilise les données de l'échantillon démographique permanent (EDP) enrichi des données du système national des données de santé (SNDS). La constitution de cette base de données, baptisée EDP-Santé, a été pilotée par la DREES entre 2016 et 2020 (Dubost, Leduc, 2020). Elle vise à combler un manque dans le système national des données de santé, qui ne contient que peu d'informations sur les caractéristiques sociodémographiques des patients. L'EDP est un panel créé en 1968 par l'Insee et comprenant environ 4,4 % de la population. Il est représentatif des personnes résidant, travaillant ou connaissant un événement d'état civil sur le territoire (DROM compris). Les individus appartenant à cet échantillon ont été sélectionnés sur la base de leur jour de naissance. L'EDP comporte 3,7 millions d'individus en 2017 et ne fait qu'augmenter au cours du temps, car les personnes décédées n'en sont pas retirées. Il rassemble des informations issues de plusieurs sources de données : l'état civil, le recensement de la population, le fichier général des

électeurs (auquel s'est substitué le répertoire électoral unique depuis 2019), le panel d'actifs « tous salariés » et des fichiers sociofiscaux. L'EDP-Santé ajoute à ces sources le SNDS, comprenant l'ensemble des consommations de soins de ville et hospitaliers des bénéficiaires de l'Assurance maladie.

Pour cette étude, seules les données des enquêtes annuelles de recensement ont été mobilisées afin de caractériser les personnes ayant connu une HPE. Le champ de l'étude est donc la population résidant en France (hors Mayotte) l'année considérée. Le nombre d'HPE obtenu par extrapolation à partir de l'EDP-Santé (qui est un échantillon de la population) est légèrement inférieur à celui obtenu sur le PMSI exhaustif (comprenant l'ensemble des consommateurs de soins hospitaliers). Entre 2012 et 2017, la différence varie de 1 % à 7 %. Toutefois, les répartitions d'HPE par âge, sexe et pathologies calculées à partir de l'EDP-Santé sont très proches de celles obtenues à partir du PMSI exhaustif.

#### Graphique 1 Répartition des hospitalisations potentiellement évitables selon le motif, en 2017



BPCO : bronchopneumopathie chronique obstructive.

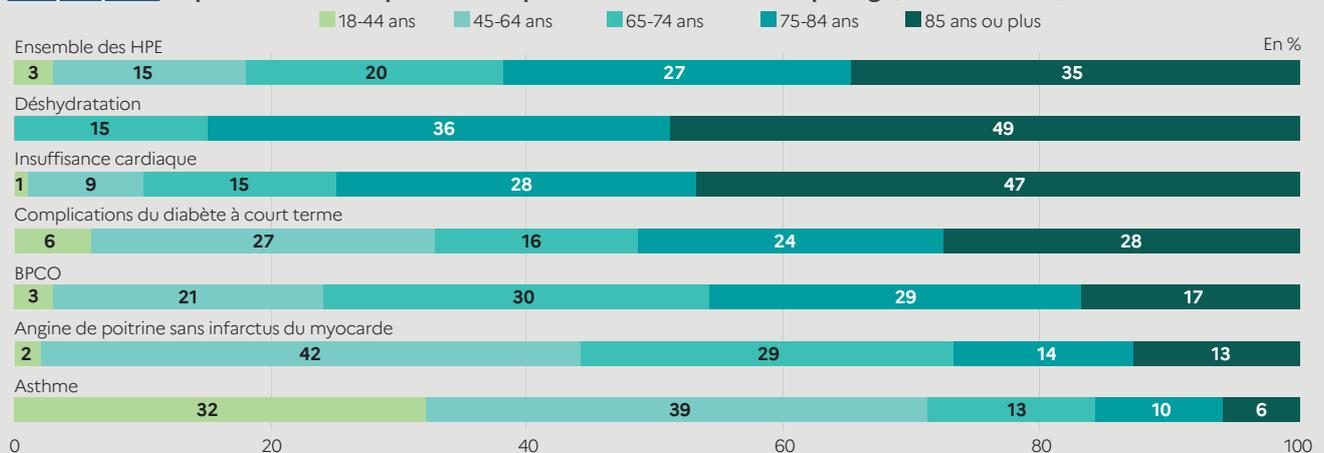
Lecture • En 2017, 51 % des hospitalisations potentiellement évitables avaient pour motif une insuffisance cardiaque.

Champ • France hors Mayotte.

Source • DREES-CNAM-Insee, EDP-Santé 2017.

> Études et Résultats n° 1262 © DREES

#### Graphique 2 Répartition des hospitalisations potentiellement évitables par âge, selon le motif, en 2017



HPE : hospitalisation potentiellement évitable ; BPCO : bronchopneumopathie chronique obstructive.

Lecture • En 2017, 1 % des hospitalisations potentiellement évitables ont pour motif une insuffisance cardiaque concernaient des patients âgés de 35 à 44 ans.

Champ • France hors Mayotte.

Source • DREES-CNAM-Insee, EDP-Santé 2017.

> Études et Résultats n° 1262 © DREES

4. Contrairement à la définition des HPE pour BPCO, insuffisance cardiaque ou angine de poitrine sans infarctus du myocarde, la définition des HPE pour complication du diabète à court terme, déshydratation ou asthme n'exclut aucune hospitalisation de patients présentant également un diagnostic associé lié à une pathologie d'HPE.

**Tableau 1** Part de personnes, parmi celles ayant une HPE en 2017, qui l'avaient déjà vécu au cours des cinq dernières années

Pathologie d'HPE	Part de personnes ayant déjà eu une HPE depuis 2012	Part de personnes ayant déjà eu une HPE depuis 2012 pour le même motif
Angine de poitrine sans infarctus du myocarde	10	7
Asthme	30	24
BPCO	32	27
Complication du diabète à court terme	28	12
Déshydratation	14	3
Insuffisance cardiaque	29	25
<b>Ensemble des HPE</b>	<b>26</b>	<b>21</b>

HPE : hospitalisation potentiellement évitable ;

BPCO : bronchopneumopathie chronique obstructive.

**Lecture** • 10 % des personnes hospitalisées pour une angine de poitrine sans infarctus du myocarde en 2017 avaient déjà eu une HPE depuis 2012, dont 7 % pour le même motif.

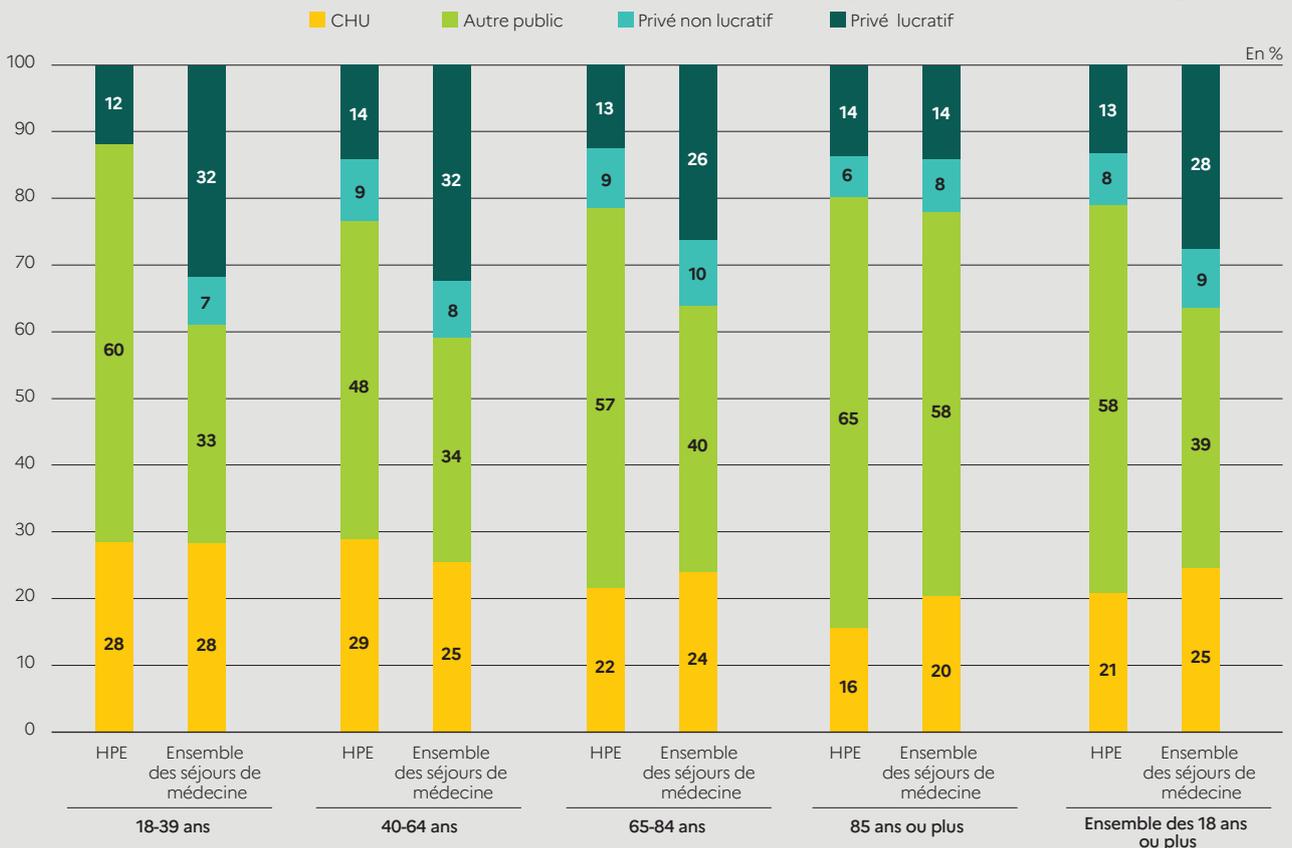
**Champ** • France hors Mayotte ; personnes ayant eu une HPE en 2017.

**Source** • DREES-CNAM-Insee, EDP-Santé 2017.

> *Études et Résultats* n° 1262 © DREES

Le profil des patients ayant vécu une HPE, quelle que soit leur tranche d'âge, pourrait expliquer ces différences. Ainsi, 74 % des personnes hospitalisées de manière évitable en 2017 étaient en affection de longue durée (ALD)<sup>5</sup>, donc déjà prises en charge pour au moins une pathologie chronique<sup>6</sup> [tableau 2 et tableau complémentaire A<sup>7</sup>]. C'est notamment le cas d'environ 75 % des personnes ayant vécu une HPE pour insuffisance cardiaque, contre une personne sur deux de 40 ans ou plus hospitalisée en médecine cette même année. De même, les trois quarts des personnes hospitalisées pour BPCO, complications du diabète à court terme ou déshydratation en 2017 étaient en ALD l'année précédente, contre respectivement 46 %, 52 % et 63 % de celles hospitalisées en médecine dans la tranche d'âge de référence pour ces pathologies (respectivement 18 ans ou plus, 40 ans ou plus et 65 ans ou plus). Or les établissements publics prennent davantage en charge les patients avec une ALD : en 2017, 59 % des séjours de médecine en CHU concernent des personnes en ALD l'année précédente, contre 53 % dans le reste du public et dans les établissements privés non lucratifs et 37 % dans les établissements privés lucratifs (cliniques privées). Une autre explication pourrait tenir au fait que les HPE feraient suite à des prises en charge non programmées après pas-

**Graphique 3** Répartition des hospitalisations potentiellement évitables par type d'établissement, selon l'âge, en 2017



HPE : hospitalisation potentiellement évitable ; CHU : centre hospitalier universitaire.

**Note** • Dans ce graphique, on compare les établissements qui accueillent les HPE par rapport à l'ensemble des séjours de médecine. En effet, les HPE sont à 97,8 % des séjours de médecine et à 2,2 % des séjours de chirurgie.

**Lecture** • Parmi les personnes de 18 à 39 ans, la part de séjours dans un CHU atteint 28 % et 60 % dans un autre établissement public dans le cas d'une HPE, contre respectivement 28 % et 33 % pour l'ensemble des séjours de médecine.

**Champ** • France hors Mayotte.

**Source** • DREES-CNAM-Insee, EDP-Santé 2017 ; DREES, SAE.

> *Études et Résultats* n° 1262 © DREES

5. La date d'entrée en ALD n'est pas renseignée précisément dans le système national des données de santé (SNDS). Le statut ALD est observé sur l'année précédente (soit 2016), faute de pouvoir dater précisément le moment où la personne entre en ALD (ce qui risquerait d'arriver après l'HPE, en considérant les ALD sur l'année 2017).

6. Le fait d'être pris en charge pour une pathologie chronique n'est pas contradictoire avec le fait que l'hospitalisation était potentiellement évitable. En effet, l'algorithme de détection des HPE exclut les cas complexes, notamment les cas de comorbidités, mais pas directement les cas de pathologies chroniques (tableau complémentaire A).

7. Les tableaux complémentaires sont disponibles avec les données associées à cette étude (lien en fin de publication).

**Tableau 2** Part de personnes en affection de longue durée (ALD), parmi celles ayant une HPE, en 2017

En %

Pathologie d'HPE	Part de personnes en ALD en 2016 parmi celles ayant eu une HPE en 2017	Part de personnes en ALD dans la tranche d'âge de référence <sup>1</sup>	Part de personnes en ALD parmi celles hospitalisées en médecine en 2017 dans la tranche d'âge de référence
Angine de poitrine sans infarctus du myocarde (âge ≥ 40 ans)	60	28	52
Asthme (âge ≥ 18 ans)	46	20	46
BPCO (âge ≥ 18 ans)	76	20	46
Complication du diabète à court terme (âge ≥ 40 ans)	77	28	52
Déshydratation (âge ≥ 65 ans)	74	45	64
Insuffisance cardiaque (âge ≥ 40 ans)	79	28	52
<b>Ensemble des HPE</b>	<b>74</b>	-	-

HPE : hospitalisation potentiellement évitable ; BPCO : bronchopneumopathie chronique obstructive.

1. Pour une HPE donnée, sa tranche d'âge de référence est celle imposée pour qu'une hospitalisation soit comptée comme une HPE. Par exemple, il s'agit des 40 ans ou plus pour l'HPE insuffisance cardiaque.

**Lecture** • 60 % des personnes hospitalisées pour une angine de poitrine sans infarctus du myocarde en 2017 étaient en ALD l'année précédant l'HPE. À titre de comparaison, 52 % des personnes de 40 ans ou plus (tranche d'âge de référence pour cette pathologie) hospitalisées en médecine en 2017 étaient en ALD l'année précédente. Au total, 28 % de l'ensemble des personnes de 40 ans ou plus étaient en ALD cette année-là.

**Champ** • France hors Mayotte.

**Source** • DREES-CNAM-Insee, EDP-Santé 2017.

> Études et Résultats n° 1262 © DREES

### Encadré 3 Analyse des déterminants individuels des HPE

Afin de comparer les déterminants individuels des HPE, en contrôlant du nombre de consultations, cette étude réplique la méthode utilisée dans l'étude de Ricochet et Seimandi (2020) sur le recours en ville des patients qui se rendent aux urgences.

#### Champ

L'analyse des recours aux soins de ville des patients avec et sans HPE se restreint aux personnes âgées entre 65 et 84 ans<sup>\*</sup>. Cette tranche d'âge représente 48 % de la population ayant une HPE en 2017. Les HPE concernant majoritairement des personnes âgées, l'application d'une borne inférieure permet de comparer des populations avec des besoins de soins similaires. La borne supérieure est liée à une limitation dans les données : 20 % des personnes âgées de 85 ans ou plus vivent en institution (Insee, 2019, calculs DREES) et il n'est pas possible d'isoler les consultations effectuées par les médecins des établissements d'hébergement. 33 % des personnes ayant connu une HPE en 2017 avaient 85 ans ou plus et sont donc exclues de cette analyse.

#### Recours de référence

Lorsqu'une personne a connu plusieurs HPE au cours de l'année 2017 (que ce soit pour un même motif ou pour différents motifs), une HPE est tirée au sort. Elle devient ainsi l'HPE de « référence », qui permet de déterminer les consommations de soins survenues dans les douze derniers mois. De la même façon, pour les personnes n'ayant pas connu d'HPE, une consultation chez le médecin généraliste est tirée au sort et devient le recours de référence, à partir duquel compter les consommations de soins des douze derniers mois. Le fait de sélectionner la population de référence sur la base d'au moins une consultation de médecin généraliste dans l'année permet d'avoir une population plus comparable à celle des HPE, car ayant eu au moins un problème de santé dans l'année. Parmi la population des 65 à 84 ans sans HPE, 12 % n'ont pas consulté de médecin généraliste au cours de l'année 2017. Les consommations de soins prises en compte sont des consultations chez le médecin généraliste pour un motif associé au premier recours. Leur identification repose sur la liste de prestations (par exemple, les consultations classiques, les consultations spécifiques de cardiologie, les consultations pour IVG ou les consultations de bilan de santé<sup>\*\*</sup>) utilisées dans le calcul de l'accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes. L'APL est un indicateur d'adéquation locale entre l'offre et la demande de soins de ville, calculé chaque année par la DREES.

Pour en savoir plus et consulter la liste des prestations retenues : <https://drees.shinyapps.io/carto-apl/>

La probabilité de connaître une HPE en 2017 est modélisée par une régression logistique, permettant de tenir compte simultanément d'un ensemble de caractéristiques : le sexe, l'âge, la nationalité, le mode de cohabitation, le niveau de diplôme, la catégorie socioprofessionnelle, le fait d'être en affection de longue durée, le nombre de consultations chez le médecin généraliste l'année précédant l'événement de référence, le fait de vivre dans un quartier prioritaire de la politique de la ville et le niveau d'accessibilité aux médecins généralistes, mesuré par l'APL. D'autres spécifications ont été estimées afin de tester la robustesse du modèle. Les analyses présentées sont robustes aux changements de spécification. En particulier, des analyses sans se restreindre à la population de référence, ou en se restreignant à la seule population en ALD en 2016, ou sans tenir compte du nombre de consultations du médecin traitant ont été testées. Les coefficients obtenus mesurent des rapports de cote (*odds-ratios*). La proportion d'HPE étant faible parmi la population d'intérêt (environ 1 % de la population de référence a fait une HPE en 2017), ces *odds-ratios* se confondent approximativement avec des risques relatifs (Galiana, Meslin, Courtejoie, Delage, 2022). Le modèle n'inclut que des variables issues des enquêtes annuelles de recensement (EAR), et les observations sont pondérées par des poids appropriés, permettant une représentativité des EAR au niveau de la France hors Mayotte. Les variables de revenu présentes dans l'EDP-Santé étant issues d'une autre source, Fidéli, disposant d'un jeu de pondérations distinct, nous ne les incluons pas dans le modèle<sup>\*\*\*</sup>.

Les taux d'hospitalisations potentiellement évitables standardisés, c'est-à-dire neutralisant les effets de composition de l'âge et du sexe de la population, sont plus élevés à La Réunion (7,6 HPE pour 1 000 habitants de 18 ans et plus en 2017), dans les Hauts-de-France (7,2) et en Normandie (7,0). Ils sont plus faibles en Martinique (4,0) et en Guadeloupe (5,0). Ces taux standardisés par région et par département sont disponibles sur le site scan santé de l'ATIH : <https://www.scansante.fr/applications/indicateurs-de-coordination>

<sup>\*</sup> Contrairement à Ricochet et Seimandi (2020), aucune restriction n'a été faite sur le régime de l'Assurance maladie.

<sup>\*\*</sup> La liste complète des prestations incluses dans l'APL est disponible sur cette application [<https://drees.shinyapps.io/carto-apl/>], à la rubrique « Documentation », « Évolutions méthodologiques de l'APL aux médecins généralistes ».

<sup>\*\*\*</sup> Il serait possible de les inclure, moyennant un travail de repondération spécifique qui n'a pas été entrepris dans le cadre de cette étude.

sage aux urgences, services relevant majoritairement d'établissements publics (Toutlemonde, 2021).

### Les personnes vivant seules, celles sans diplôme et certaines catégories socioprofessionnelles sont plus concernées par les HPE

À caractéristiques données (y compris le fait d'être ou non en ALD pour une pathologie chronique) [encadré 3], parmi les personnes âgées de 65 à 84 ans, les hommes ont un risque supérieur de 64 % aux femmes d'avoir une HPE (tableau 3). Le risque d'être hospitalisé de manière évitable augmente avec l'âge, en lien avec un état de santé qui se dégrade et nécessite donc davantage de suivi : il est

supérieur de 52 % chez les 75 à 84 ans par rapport aux 65 à 74 ans. Le fait de vivre en couple sans enfant est associé à un risque d'HPE réduit de 32 % par rapport à celui de vivre seul. Ce résultat pourrait s'expliquer par une plus grande attention portée à sa santé lorsque l'on vit en couple ou par une incitation au suivi médical de la part du conjoint. En revanche, les personnes vivant dans un hébergement de moyen ou de long séjour (maison de retraite, foyer, etc.) ont un risque 57 % plus élevé de connaître un HPE que celles vivant seules – probablement en raison d'un moins bon état de santé initial ou d'une moindre autonomie, ayant justifié le recours à ce type de services. Le fait d'être en ALD, signe d'un état de santé dégradé\*, multiplie par trois le risque de vivre une HPE à caractéristiques données.

**Tableau 3** Risque relatif d'avoir une hospitalisation potentiellement évitable chez les personnes âgées de 65 à 85 ans, en 2017

En %

		Part relative dans la population avec HPE par rapport à la population sans HPE	Risque relatif d'avoir une HPE toutes choses égales par ailleurs	Intervalle de confiance 95 %		Niveau de significativité
				Borne inférieure	Borne supérieure	
Sexe	Femme	0,79	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
	Homme	1,26	1,64	1,32	2,04	***
Classe d'âge	65-74 ans	0,68	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
	75-84 ans	1,51	1,52	1,25	1,86	***
Mode de cohabitation	Personne seule	1,15	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
	Couple sans enfant	0,79	0,68	0,54	0,86	***
	Couple avec enfant(s)	1,18	0,81	0,51	1,30	ns
	Famille monoparentale	1,04	0,93	0,59	1,46	ns
	Service moyen ou long séjour (hôpital, maison de retraite, foyer)	4,00	1,57	1,12	2,18	***
	Autre	1,77	1,38	0,91	2,08	ns
Nationalité	Français de naissance	0,96	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
	Français par acquisition	1,22	1,00	0,61	1,66	ns
	Étranger	1,52	1,17	0,73	1,90	ns
Niveau de diplôme	Enseignement supérieur	0,53	0,83	0,56	1,24	ns
	Baccalauréat	0,76	1,04	0,72	1,50	ns
	Brevet des collèges, CAP, BEP	0,84	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
	Aucun diplôme ou certificat d'études primaires	1,38	1,25	1,00	1,57	*
Catégorie socioprofessionnelle	Agriculteurs exploitants	1,37	1,38	0,95	2,01	*
	Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	1,05	1,21	0,83	1,77	ns
	Cadres et professions intellectuelles supérieures	0,62	0,95	0,58	1,55	ns
	Professions intermédiaires	0,71	1,06	0,75	1,49	ns
	Employés	0,75	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
	Ouvriers	1,58	1,43	1,09	1,87	***
	Autre	1,54	1,87	1,06	3,29	**
Affection de longue durée l'année précédente	Oui	1,75	2,95	2,30	3,77	***
	Non	0,40	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Nombre de consultations chez le médecin traitant dans les douze mois précédant l'événement de référence	0 consultation	0,91	5,51	2,90	10,48	***
	1 ou 2 consultations	0,37	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
	3 ou 4 consultations	0,45	1,28	0,74	2,20	ns
	Entre 5 et 8 consultations	1,07	2,85	1,75	4,64	***
	9 consultations ou plus	2,78	5,49	3,37	8,94	***
Quartier prioritaire de la politique de la ville	Oui	1,44	1,06	0,64	1,74	ns
	Non	0,98	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Commune dont l'APL aux médecins généralistes est inférieur ou égal à 4 C/an/hab	Oui	1,03	1,17	0,97	1,42	ns
	Non	0,96	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.

HPE : hospitalisation potentiellement évitable ; APL : accessibilité potentielle localisée, exprimée en consultations accessibles par an et par habitant (Vergier, 2017) ; ns : non significatif.

**Notes** • \*\*\* correspond à un niveau de significativité (ou de confiance) de 1 % ; \*\* 5 % ; \* 10 %.

Les coefficients estimés correspondent en toute rigueur à des rapports de cote (ou *odds-ratios*). Toutefois, le fait de faire une HPE au cours d'une année est un événement rare (environ 1 % de la population de référence), ces coefficients se confondent donc approximativement à un risque relatif, plus interprétable (Galana, Meslin, Courtejoie, Delage, 2022).

**Lecture** • En 2017, parmi les personnes de 65 à 85 ans, les hommes sont 1,26 fois plus nombreux que les femmes à avoir une HPE. Toutes choses égales par ailleurs, ils ont un risque 1,64 fois plus élevé d'avoir une HPE par rapport aux femmes (modalité de référence).

**Champ** • France hors Mayotte ; personnes âgées de 65 à 85 ans ayant fait une HPE en 2017 ou ayant consulté au moins une fois un médecin généraliste dans l'année.

**Source** • DREES-CNAM-Insee, EDP-Santé 2017.

> Études et Résultats n° 1262 © DREES

8. Le fait d'être en ALD est utilisé ici comme une variable approchant l'état de santé, mais ne reflète toutefois pas parfaitement cet état de santé. En effet, à état de santé égal justifiant l'inscription en ALD, l'inscription en ALD suppose la connaissance de son état de santé dégradé, qui n'est pas toujours systématique, mais également le fait d'avoir sollicité son inscription en ALD. L'ALD comporte ainsi une composante de proximité avec le système de santé qui, en théorie, pourrait réduire la probabilité d'avoir une HPE. L'effet état de santé domine ici très probablement.

Consulter son médecin traitant<sup>9</sup> entre une et deux fois par an divise par cinq et demi le risque d'HPE par rapport au fait de ne pas l'avoir consulté dans l'année. En revanche, à partir d'un certain nombre de consultations annuelles, le risque d'HPE augmente : les personnes qui se rendent entre cinq et huit fois chez leur médecin traitant dans l'année ont un risque près de trois fois plus élevé d'être hospitalisés de manière évitable par rapport à celles qui ne le consultent qu'une fois ou deux. Celles qui le consultent neuf fois ou plus ont un risque cinq fois et demie plus élevé de connaître une HPE. En effet, une plus grande fréquence des consultations est probablement liée à un état de santé détérioré, augmentant le risque de survenue d'une hospitalisation et donc d'une HPE. De plus, le nombre de consultations par an nécessaires au bon suivi d'une pathologie chronique peut varier selon la pathologie concernée. Il serait intéressant de compléter ces travaux en distinguant les motifs des HPE et en les rapprochant des recommandations de bonnes pratiques de suivi. À nombre de consultations annuelles donné, le fait de vivre dans une zone dont l'accessibilité aux médecins généralistes est en dessous de la moyenne (quatre consultations par an et par habitant) n'a pas d'effet significatif sur le risque d'avoir une HPE.

Par rapport aux personnes ayant un niveau de diplôme équivalent au brevet des collèges, à un certificat d'aptitudes professionnelles (CAP) ou à un brevet d'études professionnelles (BEP), celles sans diplôme ou n'ayant qu'un certificat d'études primaires ont un risque 25 % plus élevé d'être hospitalisées de manière évitable.

Ce résultat peut s'interpréter de plusieurs manières. Tout d'abord, il peut suggérer que la littératie en santé joue sur la probabilité d'avoir une HPE, sous l'hypothèse que ces compétences sont, au moins partiellement, corrélées au niveau de diplôme, en influant notamment sur la capacité à être autonome dans le suivi de sa maladie chronique. Une autre manière d'interpréter ce résultat est de faire le lien avec le niveau de vie plus faible et les conditions d'existence moins favorables des individus sans diplôme, qui pourraient jouer sur leur état de santé.

À caractéristiques données, la probabilité d'être hospitalisé de manière évitable dépend enfin de la catégorie socioprofessionnelle<sup>10</sup>. Par rapport aux employés, les ouvriers ont un risque plus élevé de 43 % d'être hospitalisés de manière évitable. Les agriculteurs exploitants ont également un risque plus élevé de 38 % que les employés. Les conditions de travail et l'exposition à des facteurs de pénibilité de ces catégories socioprofessionnelles au cours de leur vie active pourraient influencer sur leur état de santé à la retraite et donc sur la probabilité d'avoir une HPE. D'autres mécanismes, d'ordre socioculturel, sont susceptibles de jouer en amont sur le suivi en ville : rapport au corps et à la santé de son milieu socioprofessionnel, distance sociale avec le médecin, etc. ●



Télécharger les données associées à l'étude

**9.** Une personne de la population de référence n'ayant pas de médecin traitant sera comptée comme n'ayant pas consulté son médecin traitant au cours de l'année (encadré 3). Seules les consultations du médecin traitant sont prises en compte ici, et non les consultations de médecin généraliste. En effet, le médecin traitant assure un rôle central dans la politique de prévention. Par ailleurs, il peut s'agir d'un médecin d'une autre spécialité, notamment pour les patients atteints d'une pathologie chronique.

**10.** Pour les personnes retraitées (la majorité de la population sur laquelle est estimé le modèle), la catégorie socioprofessionnelle correspond au dernier emploi occupé avant la retraite. La catégorie socioprofessionnelle « autre » représente 0,5 % de la population et n'est donc pas commentée. Sur les personnes de 65 ans ou plus considérées ici, cette catégorie comprend les personnes n'ayant jamais exercé d'activité professionnelle.

Mots clés : **Établissement de santé** **Hospitalisation** **Prévention** **Inégalité sociale** **Maladie chronique**  
**Professionnel de santé** **Médecin généraliste**

#### Pour en savoir plus

- > **Adjerad, R., Courtejoie, N.** (2021, janvier). Des restes à charge après assurance maladie obligatoire comparables entre patients âgés avec et sans affection de longue durée, malgré des dépenses de santé trois fois supérieures. DREES, *Études et Résultats*, 1180.
- > **Allain, S.** (2022, octobre). Les maladies chroniques touchent plus souvent les personnes modestes et réduisent davantage leur espérance de vie. DREES, *Études et Résultats*, 1243.
- > **Brilhaut, G.** (dir.) (2016). *Les établissements de santé – Édition 2016*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **Dubost, C.-L., Leduc, A.** (2020, septembre). L'EDP-Santé : un appariement des données socio-économiques de l'échantillon démographique permanent au Système national des données de santé. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 66.
- > **Direction générale de l'offre de soins (DGOS), Agence technique de l'hospitalisation (ATIH)** (2018, mars). *Les hospitalisations potentiellement évitables (HPE) : guide méthodologique de calcul de l'indicateur HPE et présentation des principaux résultats*.
- > **DREES, Santé publique France** (2017). *L'état de santé de la population en France, Rapport 2017*.
- > **Institut national des statistiques et de l'administration économique (Insee)** (2019, novembre). Fiche sur les seniors. Dans *France, portrait social*, coll. Insee Références.
- > **Galiana, L., Meslin, O., Courtejoie, N., Delage, S.** (2022, mars). Caractéristiques socio-économiques des individus aux formes sévères de Covid-19 au fil des vagues épidémiques – Exploitation d'un appariement de données d'hospitalisation (SI-VIC) et de données socio-économiques (Fidéli). DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 95.
- > **Ricroch, L., Seimandi, T.** (2020, août). 9 patients sur 10 qui se rendent aux urgences consultent aussi leur médecin de ville. DREES, *Études et Résultats*, 1157.
- > **Toutlemonde, F. (dir.)** (2021). *Les établissements de santé – Édition 2021*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.

> **Publications**  
drees.solidarites-sante.gouv.fr

> **Open Data**  
data.drees.solidarites-sante.gouv.fr

> **Nous contacter**  
DREES-INFO@santer.gouv.fr

> **Contact presse**  
DREES-PRESSE@santer.gouv.fr

**Directeur de la publication :** Fabrice Lenglard

**Responsable d'édition :** Valérie Bauer-Eubriet

**Rédactrice en chef technique :** Céline Roux

**Chargée d'édition :** Élisabeth Castaing

**Composition et mise en pages :** Julie Eneau

**Conception graphique :** DREES

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

Les destinataires de cette publication sont informés de l'existence à la DREES d'un traitement de données à caractère personnel les concernant. Ce traitement, sous la responsabilité du directeur de la publication, a pour objet la diffusion de la publication de la DREES. Les données utilisées sont l'identité, la profession, l'adresse postale personnelle ou professionnelle. Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les destinataires disposent d'un droit d'accès et de rectification aux données les concernant ainsi qu'un droit d'opposition à figurer dans ce traitement. Ils peuvent exercer ces droits en écrivant à : DREES - Bureau des Publications et de la Communication - 14 avenue Duquesne - 75 350 Paris 07 SP ou en envoyant un courriel à : drees-infos@santer.gouv.fr