

Analyse de l'activité hospitalière 2018



Analyse de l'activité hospitalière 2018

Focus sur les patients âgés de 80 ans et plus

En 2018, 191 habitants sur 1 000 ont été hospitalisés en France. Ainsi, les 3 300 établissements de santé français ont pris en charge 12,8 millions de patients. Parmi eux, **un patient sur huit était âgé de 80 ans et plus**, soit **1,6 million de patients**. Ce qui représente, pour cette classe d'âge, un taux de recours à l'hospitalisation de 399 patients pour 1 000 habitants en France.

Les analyses présentées dans cette synthèse portent exclusivement sur les hospitalisations et répondent à deux objectifs :

- Décrire les consommations de soins hospitaliers des patients âgés de 80 ans et plus, et leurs évolutions entre les années 2013 et 2018,
- Étudier les parcours de soins hospitaliers des patients âgés de 80 ans et plus, tous champs sanitaires confondus, sur une période de 6 mois, et analyser leurs évolutions au cours du temps.

L'activité hospitalière des établissements se répartit en quatre champs :

- des prises en charge de pathologies aiguës et de courts séjours, dites MCO (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie),
- des hospitalisations à domicile (HAD),
- des soins de suite et de réadaptation (SSR),
- des soins de psychiatrie.

Pour aller plus loin

Sur le site internet de l'ATIH :

- [Chiffres clés de l'hospitalisation](#) (fiches PDF) au global et par champ d'activité sanitaire,
- Application mobile ATIH « L'hospitalisation en quelques chiffres »,
- [Synthèse de l'analyse de l'activité hospitalière 2018](#)
- [Panorama régional de l'activité hospitalière](#) (fichiers Excel pour chacun des champs).

Sur [ScanSanté](#).

Plateforme de restitution des données hospitalières de l'ATIH, pour une consultation plus détaillée des données sur les 4 champs d'activité sanitaire, notamment des taux de recours, cartographie, et aussi des indicateurs de périnatalité, chirurgie ambulatoire, cancérologie, etc...

Principaux résultats

Avec l'effet combiné de la croissance démographique et de l'allongement de l'espérance de vie, la part des personnes âgées de 80 ans et plus est passée de 4,8% en 2007 à 6% en 2018. Au sein de l'activité hospitalière la part des patients âgés de 80 ans et plus est passée de 10,3% en 2007 à 12,5% en 2018. Cette croissance n'est pas uniforme sur la période : après une hausse assez régulière jusqu'en 2015, cette évolution est nettement moins rapide depuis 2017.

Un premier rapport de l'ATIH s'était intéressé à la consommation de soins hospitaliers des patients de cette tranche d'âge dans un contexte de forte progressions annuelle entre 2007 et 2010¹. La description des prises en charge des patients âgés de 80 ans et plus a été actualisée dans un contexte de ralentissement de la consommation de soins hospitaliers², sur les données 2018. Au-delà de l'effet démographique, le ralentissement reflète également des modifications dans les modalités de prise en charge de ces patients. Ce phénomène est illustré par la mise en perspective de parcours de soins des patients de 80 ans et plus entre 2013 et 2018.

1 patient sur 8 est âgé de 80 ans et plus à l'hôpital

Les personnes âgées de 80 ans et plus représentent 6% de la population française et 12,5% des personnes hospitalisées en France en 2018. Parmi 3,9 millions de personnes âgées de 80 ans, 1,6 millions ont été hospitalisées au moins une fois en 2018, soit un taux d'hospitalisation de 40%. Ce taux est deux fois plus élevé que celui de l'ensemble de la population française, qui est de 19%, tous âges confondus.

21% des patients ont une prise en charge combinée en MCO et SSR

Près de 97% des patients âgés de 80 ans et plus sont pris en charge au moins une fois en MCO, dont 21% avec une prise en charge complémentaire en SSR. Cette combinaison est bien plus fréquente que sur l'ensemble de la patientèle (6% tous âge confondus).

En MCO, le motif d'hospitalisation le plus fréquent en nombre de journées d'hospitalisation est les « Affections de l'appareil circulatoire »³, et en SSR les « Affections et traumatismes du système ostéoarticulaire »⁴. Les motifs de prise en charge principaux en HAD sont les pansements complexes et les soins palliatifs. En psychiatrie les épisodes dépressifs sont les plus fréquents.

En 2018, 188 500 personnes âgées de 80 ans et plus sont décédées lors d'une hospitalisation, soit 11,9% des patients de cette classe d'âge.

Un tiers des patients a recours à une alternative à l'hospitalisation complète

Les alternatives à l'hospitalisation complète sont soit une hospitalisation sans nuitée en MCO (hors séances), soit une hospitalisation à domicile, soit une hospitalisation à temps partiel en SSR ou en psychiatrie. 35% des patients âgés de 80 ans ont eu recours au moins une fois à l'une de ces alternatives en 2018

La prise en charge par un établissement public est plus fréquente en MCO qu'en SSR

Tous champs confondus 60% de l'ensemble des journées d'hospitalisation des patients de cette classe d'âge sont prises en charge par des établissements publics, 24% par des établissements privés commerciaux et 15% par des établissements privés d'intérêt collectif.

Ces proportions varient selon le champ sanitaire : le taux de prise en charge par des établissements publics est de 75% pour les journées d'hospitalisation de MCO et 48% pour les journées de SSR.

1 Vieillesse de la population et évolution de l'activité hospitalière 2007-2010 – Focus sur la prise en charge des 80 ans et plus, ATIH, 2012 - <https://www.atih.sante.fr/impact-du-vieillesse-de-la-population-sur-lactivite-hospitaliere>

2 Les comptes de la Sécurité sociale : Résultats 2018, prévisions 2019 et 2020 (septembre 2019), page 132.

https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2019/FICHE_ECLAIRAGE/CCSS-FICHE_ECLAIRAGE-SEPT_2019-ACTIVITE%20MCO%20ETABL%20PUBLIC%20DE%20SANTE%202013-2018.pdf

3 Séjours groupés dans la catégorie majeure de diagnostic (CMD) 05

4 Catégorie majeure CM – 08

La hausse de la population et de la patientèle ralentit entre 2013 et 2018

Le taux d'évolution annuel moyen du nombre de personnes âgées de 80 ans et plus entre 2013 et 2018 a été de +1,7%, alors qu'il n'a été que de +1,0% entre 2017 et 2018 (naissance avant 1938).

Cette décélération se répercute sur la consommation de soins hospitaliers des patients de cette tranche d'âge : le nombre de patients de 80 ans et plus hospitalisés en France a augmenté de +1,9% en moyenne par an entre 2013 et 2018 alors qu'il n'a augmenté que de +1,0% entre 2017 et 2018.

Le recours aux alternatives à l'hospitalisation complète augmente entre 2013 et 2018

L'activité hospitalière mesurée en nombre de journées augmenté de +0,8% en moyenne par an entre 2013 et 2018 et diminue entre 2017 et 2018 (-0.3%)

Cette tendance est à mettre en parallèle du développement des alternatives à l'hospitalisation complète. Le nombre de patients âgés de 80 ans et plus concerné par les alternatives à l'hospitalisation complète (i.e. une hospitalisation sans nuitée en MCO hors séances), une hospitalisation à domicile, une hospitalisation à temps partiel en SSR ou en psychiatrie) a augmenté de +5,4% en moyenne par an entre 2013 et 2018, et de +4,3% entre 2017 et 2018.

La répartition en sept types de parcours de soins en 2013 et 2018 illustre ces évolutions

Pour aller plus loin, les parcours de soins ont été classifiés en sept types :

- Deux classes avec des parcours principalement en MCO sont les plus fréquentes. Elles regroupent des parcours constitués de séjours hospitaliers peu nombreux et de faibles durées :
 - o La classe **MCO1** (37% des patients) regroupe majoritairement des parcours réalisés en MCO, que ce soit en hospitalisation complète de courte durée ou sans nuitée en MCO avec un nombre moyen de 3 journées d'hospitalisation par patient sur l'ensemble du parcours.
 - o La classe **MCO2** (28% des patients) rassemble principalement des parcours en hospitalisation complète en MCO et avec un nombre moyen de journées d'hospitalisation par patient de 13 jours.
- Trois classes concernent des parcours avec une hospitalisation complète en MCO et des soins de suite et de réadaptation de durée variable :
 - o La classe **SSR1** (8% des patients) concerne des parcours de courte durée en soins de suites et de réadaptation (16 jours d'hospitalisation en SSR en moyenne par patient et 27 jours en soins de suites et de réadaptation).
 - o La classe **SSR2** (5% des patients) représente les parcours avec séjours de durée moyenne en soins de suite et de réadaptation (21 jours d'hospitalisation en SSR en moyenne par patient et 51 jours en soins de suites et de réadaptation).
 - o La classe **SSR3** (3% des patients) regroupe les parcours de longue durée en soins de suites et de réadaptation (26 jours d'hospitalisation en SSR en moyenne par patient et 112 jours en soins de suites et de réadaptation).
- La classe **COMPLEXE** (9% des patients) concerne des parcours complexes avec des alternances d'hospitalisation dans les différents champs.
- La classe **DC** (10% des patients) concentre 90% de patients décédés lors de leur parcours hospitalier. La durée moyenne d'hospitalisation au cours du parcours est de 47 jours.

Les parcours hospitaliers de courte durée en MCO augmentent

Entre 2013 et 2018, la répartition des patients au sein des 7 classes de parcours se modifie surtout entre les deux classes majoritaires (MCO1 et MCO2) : la part de la classe MCO1 (parcours principalement en MCO de courte durée ou sans nuitée) a augmenté de +3,4 points (de 34,1% en 2013 à 37,4% en 2018).

Cette évolution semble compenser la diminution de la classe MCO2 (parcours en hospitalisation complète en MCO) de -2,3 points (passant de 30,6 % en 2013 à 28,2% en 2018) et celle de la classe SSR1 (durées courtes en soins de suite et de réadaptation) qui a également diminué dans une moindre proportion (de 7,6% à 7,1%).

Les parcours entre 2013 et 2018 des patients âgés de 80 ans et plus se sont donc raccourcis et ont eu moins fréquemment recours aux SSR.

Les hospitalisations des personnes âgées de 80 ans et plus

En 2018, 1,6 million de patients âgés de 80 ans et plus a été hospitalisé dans un établissement de santé en France, que ce soit en court séjour (MCO), en hospitalisation à domicile (HAD), en soins de suite et de réadaptation (SSR) ou en psychiatrie. Les patients âgés de 80 ans et plus représentent 12,5% des patients hospitalisés, alors que cette tranche d'âge ne représente que 6% de la population française.

Quelle est l'ampleur des hospitalisations chez les personnes âgées ?

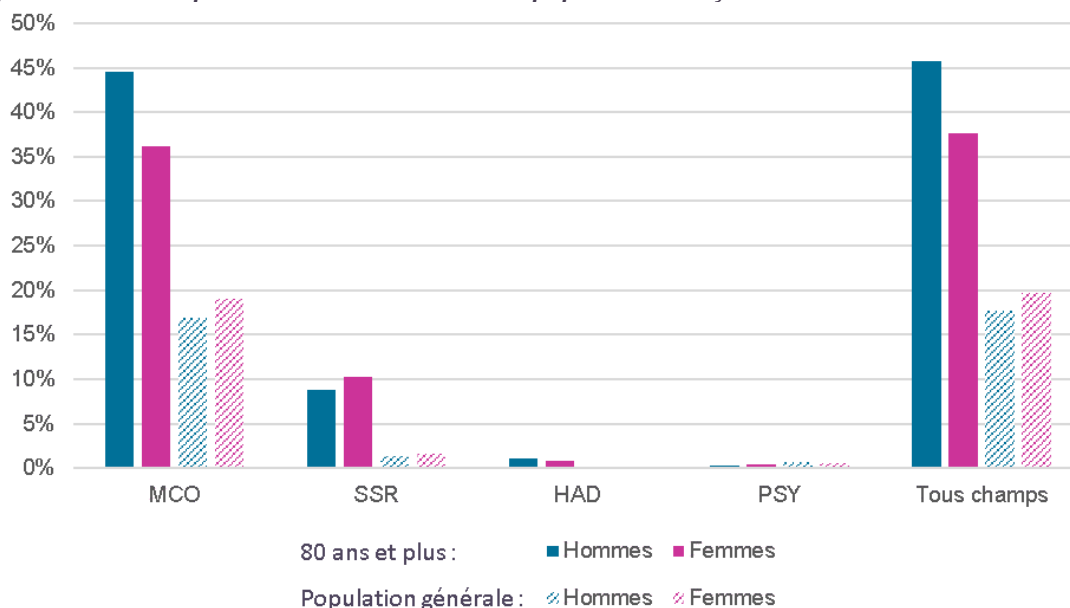
4 personnes âgées sur 10 ont été hospitalisées au moins une fois en 2018

En France, 40% des personnes âgées de 80 ans et plus ont été hospitalisées au moins une fois en 2018. Cette proportion est de 37% dans la population féminine (soit 1,0 million de patientes) et de 45% dans la population masculine (soit 0,6 million de patients).

Le taux d'hospitalisation de cette tranche d'âge est deux fois plus élevé que celui de l'ensemble de la population française, qui est de 19% tous âges confondus (Figure 1).

Dans l'ensemble de la population française, la proportion de personnes hospitalisées est plus élevée dans la population féminine que masculine, parmi les personnes âgées de 80 ans et plus c'est le phénomène inverse qui est observé : la proportion des personnes hospitalisées est plus importante dans la population masculine.

Figure 1 : Taux d'hospitalisation pour 100 habitants par champs d'activité et par sexe chez les personnes âgées de 80 ans et plus et dans l'ensemble de la population française



Tous champs sanitaires confondus, l'âge moyen de ces patients est de 86 ans (85,3 ans pour les hommes et 86,5 ans pour les femmes). La moyenne d'âge des patients est de 84 ans en psychiatrie (hommes et femmes), 86 ans en MCO (85,3 ans pour les hommes et 86,5 ans pour les femmes) et SSR (85,6 ans pour les hommes et 86,7 ans pour les femmes), et 88 ans en HAD (86,3 ans pour les hommes et 88,6 ans pour les femmes).

Chaque jour, 26 personnes âgées sur 1 000 sont en cours d'hospitalisation

En 2018, chaque patient de 80 ans et plus hospitalisé l'a été en moyenne 23 jours dans l'année, tous champs sanitaires confondus, ce qui représente près de 37 millions de journées d'hospitalisation réalisées par les établissements de santé en France.

Le nombre quotidien de patients âgés en cours d'hospitalisation dans un établissement de santé est de l'ordre de 100 000 en 2018 répartis par champ de la façon suivante : environ 53 000 patients en MCO, 41 000 en SSR, 5 000 en HAD et 2 000 en psychiatrie.

Rapporté à la population française âgée de 80 ans et plus, cela signifie donc qu'en moyenne, 26 personnes pour 1 000 habitants ont été chaque jour en cours d'hospitalisation durant l'année 2018. Par comparaison, le nombre moyen de personnes en cours d'hospitalisation par jour, tous âges confondus, est de 6 pour 1 000 habitants.

Si, sur l'année, la durée moyenne des prises en charge des patients âgés de 80 ans et plus est plus élevée que pour l'ensemble des tranches d'âge, cela s'observe surtout en MCO (12,6 jours pour les 80 ans et plus, versus 6,3 jours tous âges confondus). En revanche, elle est assez comparable en SSR (39,3 jours versus 36,4 jours) et en HAD (48,2 jours versus 45,3 jours) et plus courte en psychiatrie (42,6 jours versus 55,8 jours).

La durée moyenne de prise en charge sur l'année reflète à la fois le nombre d'hospitalisations et la durée moyenne de chaque prise en charge : les patients âgés hospitalisés l'ont été en moyenne 1,8 fois en MCO en 2018, pour une durée moyenne de séjour de 7 jours. En SSR, les patients âgés hospitalisés ont eu en moyenne 1,3 hospitalisation dans l'année pour une durée moyenne de séjour de 31 jours. En HAD, le nombre moyen d'hospitalisation a été de 1,5 pour une durée moyenne de 32 jours. En psychiatrie les patients âgés hospitalisés l'ont été 1,5 fois dans l'année pour une durée moyenne de séjour de 29 jours.

Quelles sont les modalités de prise en charge des patients âgés ?

1 patient âgé sur 4 est hospitalisé dans plusieurs champs sanitaires

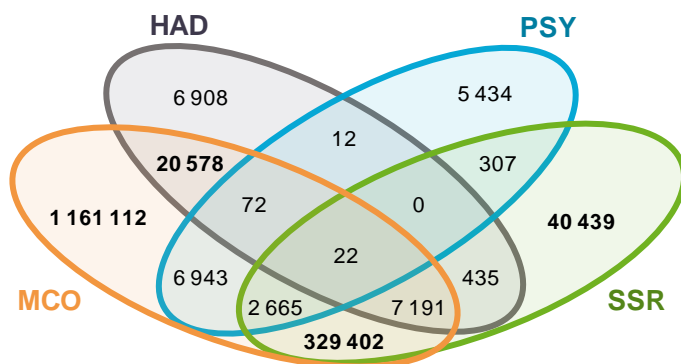
En 2018, la quasi-totalité des patients âgés de 80 ans et plus a été hospitalisée au moins une fois en MCO (1,5 million de patients hospitalisés – 97%) et 24% (soit 380 000 patients) l'ont été au moins une fois en SSR (contre 8% en population générale). En revanche, l'hospitalisation à domicile et la psychiatrie les ont peu concernés avec respectivement 35 000 (2%) et 15 000 patients (1%) pris en charge au cours de l'année.

Les trois quart (73%) des patients hospitalisés âgés de 80 ans et plus l'ont été exclusivement en MCO. Inversement, près d'un patient sur quatre a été pris en charge dans plusieurs champs sanitaires (23%) ; cette proportion est de moins de 9% dans la population hospitalisée tous âges confondus. La

combinaison de prises en charge la plus représentée chez les patients de 80 ans et plus est constituée d'hospitalisations en MCO et SSR exclusivement (329 000 patients – 22% – Figure 2).

La majorité des patients hospitalisés en hospitalisation à domicile, en soins de suite et de réadaptation et en psychiatrie l'ont été également en MCO dans l'année : cela représente respectivement 89% des patients en SSR (soit 339 000 patients) ; 79% en HAD et 63% en psychiatrie.

Figure 2 : Nombre de patients de 80 ans et plus hospitalisés en 2018 par champ d'activité



Lecture : en 2018, 1,16 million de patients âgés de 80 ans et plus ont été hospitalisés exclusivement en MCO ; 329 402 patients ont été pris en charge en MCO et en SSR.

35% des patients sont pris en charge via une alternative à l'hospitalisation complète

Plus du tiers des patients (35%), soit 550 000, est concerné par une alternative à l'hospitalisation complète en 2018 : prise en charge sans nuitée en MCO, en hospitalisation à domicile ou en hospitalisation à temps partiel en SSR ou en psychiatrie. Cette proportion est de 53% en population générale.

1 patient sur 2 est concerné par un passage aux urgences

Chez les patients âgés de 80 ans et plus, 43% des hospitalisations de MCO sont précédées d'un passage dans un service d'urgences, contre 26% en population générale. Ainsi, plus de 860 000 patients âgés ont été hospitalisés en MCO à la suite d'un passage aux urgences.

La sortie du séjour de MCO se fait principalement par un retour au domicile⁵ (71%) ou par transfert ou mutation dans une unité de soins de courte durée ou de SSR (20%).

1 patient hospitalisé sur 8 décède à l'hôpital

En 2018, 188 500 personnes âgées de 80 ans et plus sont décédées lors d'une hospitalisation, soit 11,9% des personnes âgées hospitalisées. Le taux de mortalité hospitalière varie selon les champs sanitaires : il est de 41,4% en hospitalisation à domicile, 9,7% en court séjour MCO, 6,6% en soins de suite et de réadaptation et de 1,0% en psychiatrie.

⁵ Ou substitut de domicile (établissements médico-sociaux, EHPAD, etc.)

Quels sont les motifs de recours des patients âgés de 80 ans et plus ?

En MCO, 1 journée sur 5 concerne les affections de l'appareil circulatoire

En 2018, les établissements de santé de MCO ont réalisé 2,8 millions de séjours hospitaliers pour les patients âgés de 80 ans et plus, ce qui correspond à 19,2 millions de journées, soit 25% de l'ensemble des journées de MCO.

Près de la moitié de ces journées d'hospitalisation ont été réalisées pour :

- Des « Affections de l'appareil circulatoire »⁶ (19%),
- Des « Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif »⁷ (15%),
- Des « Affections de l'appareil respiratoire »⁸ (13%).

Les prises en charge pour « Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire »⁹ sont les plus fréquentes en nombre de journées (8% des journées d'hospitalisation) ; viennent ensuite les « Pneumonies et pleurésies banales »¹⁰ (4%) ; puis les « Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires »¹¹, les « Soins Palliatifs »¹² et les « Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge supérieur à 79 ans »¹³ (respectivement 3% des journées - Figure 3).

Les « Interventions sur la hanche et le fémur pour traumatismes récents, âge supérieur à 17 ans »¹⁴ et les « Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif » sont les plus fréquentes dans la CMD 08 des « Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif ». Elles représentent 2% des journées d'hospitalisation de cette patientèle âgée en 2018.

7% des patients hospitalisés en 2018 âgés de 80 ans et plus sont concernés par une « Intervention sur le cristallin avec ou sans vitrectomie »¹⁵. Cependant, ces hospitalisations ne représentent que 1% des journées d'hospitalisation de cette patientèle âgée.

⁶ Séjours groupés dans la catégorie majeure de diagnostic (CMD) 05

⁷ Séjours groupés dans la CMD 08

⁸ Séjours groupés dans la CMD 04

⁹ Séjours groupés dans la racine de Groupe homogène de malade (GHM) 05M09

¹⁰ Séjours groupés dans la racine de GHM 04M05

¹¹ Séjours groupés dans la racine de GHM 01M30

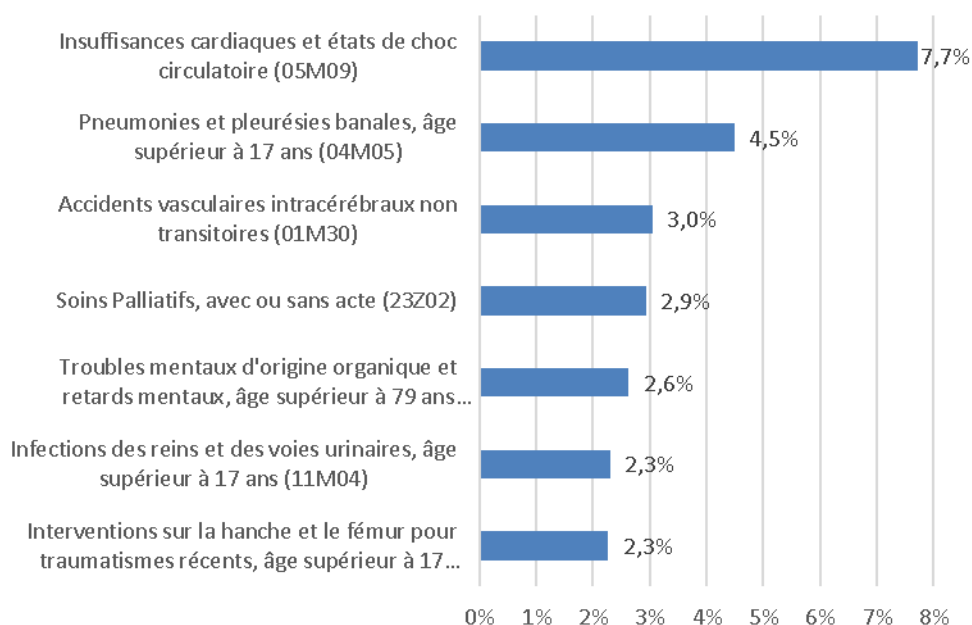
¹² Séjours groupés dans la racine de GHM 23Z02

¹³ Séjours groupés dans la racine de GHM 19M06

¹⁴ Séjours groupés dans la racine de GHM 08C49

¹⁵ Séjours groupés dans la racine de GHM 02C05

Figure 3 : GHM les plus fréquents en nombre de journées d'hospitalisation de MCO en 2018 chez les patients âgés de 80 ans et plus



En SSR, 2 journées sur 5 concernent des affections et traumatismes du système ostéoarticulaire

En 2018, les établissements de SSR ont réalisé près de 15 millions de journées en hospitalisation complète ou partielle pour les patients âgés de 80 ans et plus, soit 39,9% de l'ensemble des journées de SSR. Près de 60% des journées d'hospitalisation de la patientèle âgée ont été réalisées pour:

- Des « Affections et traumatismes du système ostéoarticulaire »¹⁶ (41%),
- Des « Affections du système nerveux »¹⁷ (18%).

La prise en charge la plus fréquente en 2018 concerne les « Maladies d'Alzheimer et démences apparentées » (Groupe nosologique – GN – 0127), qui a mobilisé environ 8% des journées d'hospitalisation à temps complet ou partiel (

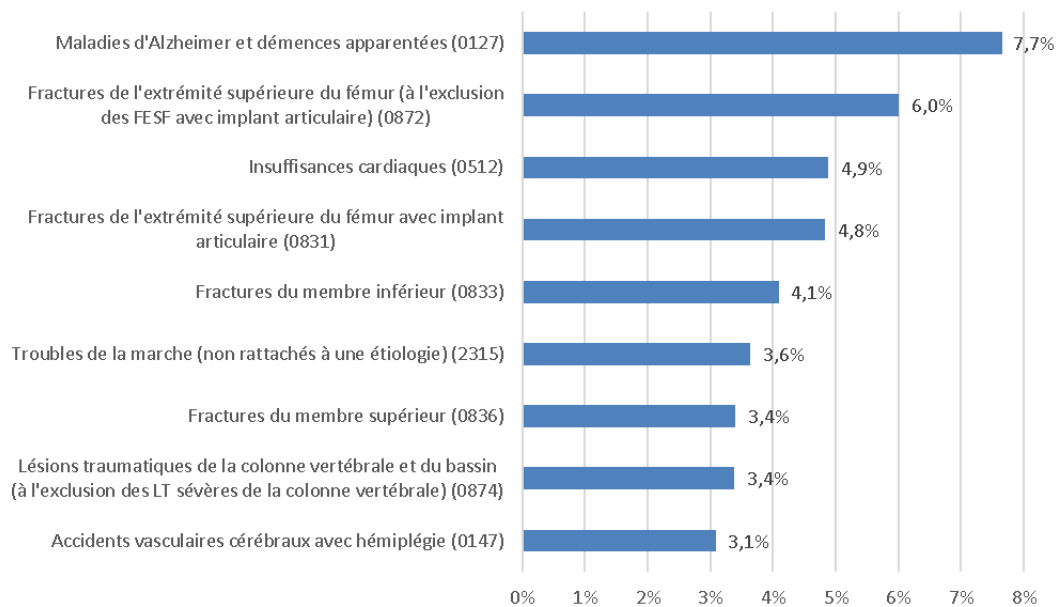
¹⁶ Catégorie majeure CM – 08

¹⁷ Catégorie majeure CM – 01

Figure 4). Viennent ensuite les prises en charge pour fractures, avec notamment les fractures de l'extrémité supérieure du fémur (avec ou sans implant articulaire) qui ont représenté 6% des journées d'hospitalisation (GN 0872 et GN 0831), et les fractures des membres inférieur et supérieur qui ont mobilisé chacun 4% des journées (GN 0833 et GN 0836).

Enfin, les « Insuffisances cardiaques » (GN 0512) représentent 5% des journées d'hospitalisation.

Figure 4 : Groupes nosologiques les plus fréquents en nombre de journées d'hospitalisation complète ou partielle de SSR en 2018 chez les patients âgés de 80 ans et plus

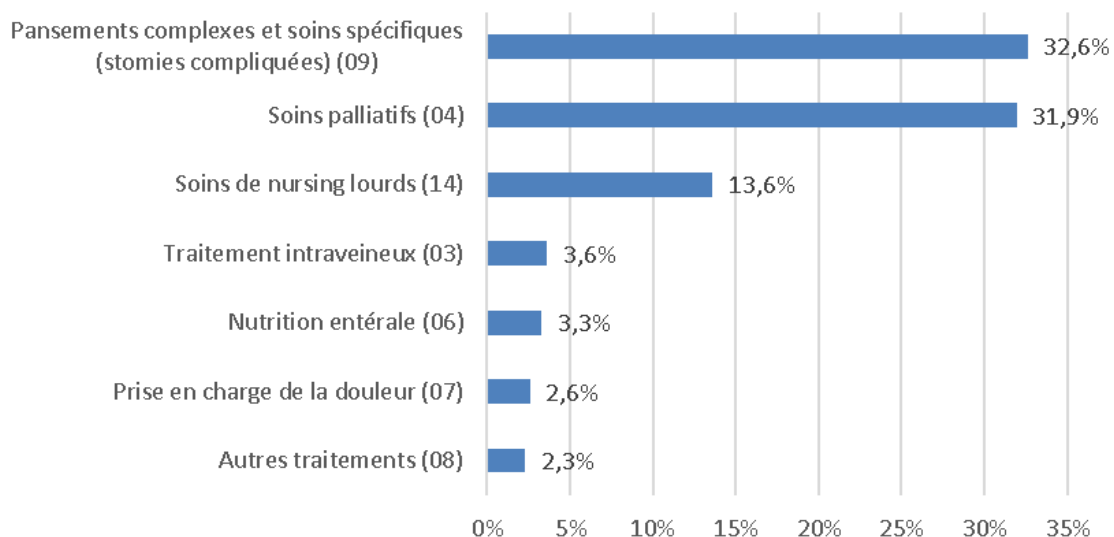


En HAD, 1 journée sur 3 concerne des soins palliatifs

En 2018, les soins d'HAD ont donné lieu à 1,7 million de journées d'hospitalisation pour les patients âgés de 80 ans et plus, soit 30,7% de l'ensemble des journées d'HAD. Plus de 78% des journées d'hospitalisation de la patientèle âgée correspondent à des prises en charge pour (Figure 5) :

- Des « Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées) » (Mode de prise en charge principal – MPP – 09 ; 33%),
- Des « Soins palliatifs » (MPP 04 ; 32%),
- Des « Soins de nursing lourds » (MPP 14 ; 14%).

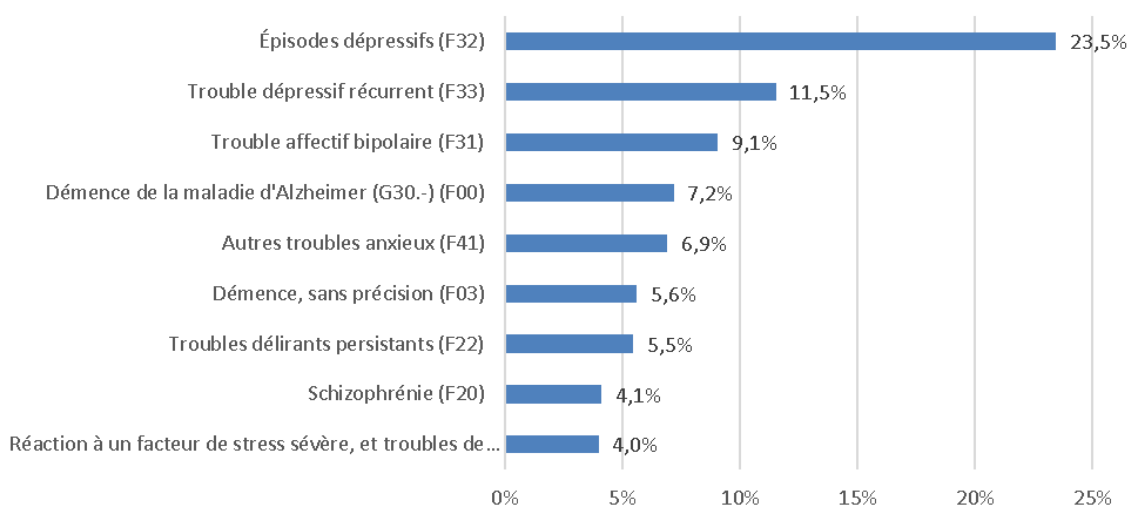
Figure 5 : MPP les plus fréquents en nombre de journées d'hospitalisation de HAD en 2018 chez les patients âgés de 80 ans et plus



En psychiatrie, 1 journée sur 3 concerne des épisodes dépressifs

En 2018, les établissements de psychiatrie ont réalisé plus de 670 000 journées d'hospitalisation à temps complet ou partiel pour les patients âgés de 80 ans et plus, soit 2,7% de l'ensemble des journées de psychiatrie. Les principaux diagnostics de prise en charge de la patientèle âgée sont liés aux troubles de l'humeur¹⁸ : les « Épisodes dépressifs » (F32) représentent 23% des journées d'hospitalisation, les « Troubles dépressifs récurrents » (F33) 12% des journées, et les « Troubles affectifs bipolaires » (F31) 9% des journées. Viennent ensuite les séjours avec diagnostics pour « Démence de la maladie d'Alzheimer » (F00) et « Autres troubles anxieux » (F41), qui représentent chacun 7% des journées d'hospitalisation en psychiatrie des personnes âgées de 80 ans et plus (Figure 6).

Figure 6 : Diagnostic principal le plus fréquent en nombre de journées d'hospitalisation de psychiatrie en 2018 chez les patients âgés de 80 ans et plus



Quels sont les lieux de prise en charge des patients âgés de 80 ans et plus ?

2 journées sur 3 sont prises en charge en établissement public

Tous champs confondus, les établissements de santé publics ont réalisé 22,4 millions de journées d'hospitalisation, soit plus de 60% de l'ensemble des journées d'hospitalisation des patients de cette classe d'âge. Les établissements privés commerciaux en ont, quant à eux, réalisé 24% et les établissements privés d'intérêt collectif 15%.

Tous champs confondus, la répartition des journées d'hospitalisation des personnes âgées de 80 ans et plus, entre les différents statuts d'établissements, est relativement similaire à celle de l'ensemble de la patientèle. Cependant, des différences inter-champs sont notables : les personnes âgées sont plus fréquemment hospitalisées en MCO ou en SSR dans des établissements publics que l'ensemble de la

¹⁸ Codes diagnostiques des catégories F30-F39 du Chapitre V « Troubles mentaux et du comportement » de la 10^{ème} version de la Classification internationale des maladies (CIM 10).

population¹⁹. En revanche, elles sont plus fréquemment hospitalisées dans des établissements privés pour la psychiatrie²⁰.

64 000 patients pris en charge en dehors de leur région de résidence

Parmi les 1,6 million de patients de 80 ans et plus, résidant en France et hospitalisé en 2018, 96% ont été systématiquement pris en charge dans leur région de résidence.

64 000 patients (4%) ont été hospitalisés au moins une fois dans un établissement de santé implanté hors de leur région de résidence. Cette part de patients hospitalisés hors de leur région de résidence est de 2,6% en psychiatrie, 3,1% en SSR et de 3,9% en MCO. En population générale, ces pourcentages sont de 1 à 2 points plus élevés.

19 En MCO et en SSR, la part des journées d'hospitalisation réalisées dans les établissements publics est plus importante pour les personnes âgées de 80 ans et plus par rapport à la population générale.

20 En psychiatrie la part des journées d'hospitalisation réalisées dans les établissements publics est moins élevée pour les patients âgés de 80 et plus que pour la population générale.

L'évolution 2013-2018 des hospitalisations des patients âgés de 80 ans et plus

Une croissance démographique des personnes âgées de 80 ans et plus en net ralentissement sur la période 2013-2018....

En France, le nombre de personnes âgées de 80 ans et plus est en augmentation depuis près de 20 ans. La croissance importante de cette classe d'âge est caractéristique de la démographie française avec une progression des naissances dans les années 1930. De plus, l'espérance de vie a évolué entre 2013 et 2018, passant de 78,8 à 79,6 ans pour les hommes et de 85,0 à 85,5 ans pour les femmes. Ainsi, le taux d'évolution annuel moyen du nombre de personnes âgées de 80 ans et plus entre 2013 et 2018 a été de +1,7%, alors qu'il n'a été que de +0,3% en population générale.

Cependant, cette croissance démographique des personnes âgées de 80 ans et plus est en nette décélération : elle est passée de +2,1% entre 2013 et 2014 (naissance avant 1934) à +1,0% entre 2017 et 2018 (naissance avant 1938). La croissance démographique de l'ensemble de la population française est passée, quant à elle, de +0,5% à +0,2% dans le même temps.

.... ce phénomène impacte les hospitalisations en MCO

Cette évolution démographique se répercute sur la consommation de soins hospitaliers des patients de cette tranche d'âge. Entre 2013 et 2018, le nombre de patients de 80 ans et plus hospitalisés en France a augmenté de +1,9% en moyenne par an. Cependant, l'augmentation du nombre de patients âgés de 80 ans et plus hospitalisés est en décélération entre 2017 et 2018, avec une augmentation annuelle de +0,8%.

Une analyse de l'ATIH²¹ montre que la décélération de l'activité MCO des établissements publics de santé observée entre 2013 et 2018 s'explique pour moitié par une moindre augmentation des dépenses de prise en charge des patients de 80 ans et plus. Ce phénomène résulte de trois facteurs principaux : la démographie des personnes âgées de 80 ans et plus, leur consommation de soins et l'évolution des cas traités.

L'évolution du nombre de patients hospitalisés diffère selon le champ sanitaire et les prises en charge combinées

Dans les champs d'activité autres que le MCO, les tendances sont différentes. En HAD, l'augmentation du nombre de patients pris en charge entre 2013 et 2018 a été beaucoup plus importante (+9,2%) et a continué de progresser entre 2017 et 2018 (+11,2%). En SSR, les effectifs ont augmenté en moyenne de +1,1% par an depuis 2013, mais ont diminué de -1,3% entre 2017 et 2018. Enfin, en psychiatrie le nombre de patients hospitalisés a baissé de -0,9% en moyenne par an entre 2013 et 2018.

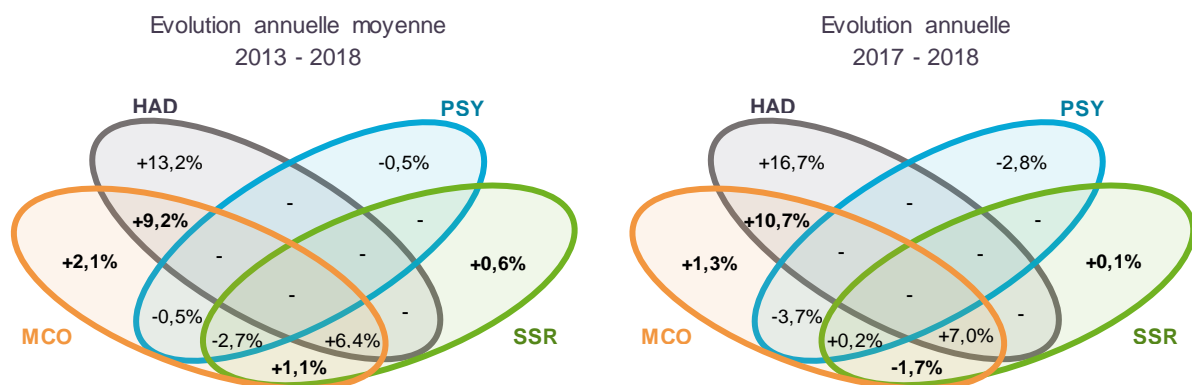
²¹ Les comptes de la Sécurité sociale : Résultats 2018, prévisions 2019 et 2020 (septembre 2019), page 132.
https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2019/FICHE_ECLAIRAGE/CCSS-FICHE_ECLAIRAGE-SEPT_2019-ACTIVITE%20MCO%20ETABL%20PUBLIC%20DE%20SANTE%202013-2018.pdf

Le nombre de patients âgés de 80 ans et plus pris en charge exclusivement en MCO a augmenté en moyenne par an de +2,1% entre 2013 et 2018, et de +1,3% entre 2017 et 2018. De même, le nombre de patients ayant bénéficié d'une prise en charge en MCO et SSR exclusivement, combinaison la plus fréquente chez ces patients, a augmenté de +1,1% en moyenne par an entre 2013 et 2018 (Figure 7). En revanche, entre 2017 et 2018, il a diminué de -1,7%.

L'évolution de la prise en charge en HAD a été la plus importante. Ainsi, le nombre de patients âgés hospitalisés exclusivement en HAD a augmenté de +13,2% en moyenne par an entre 2013 et 2018 ; et de +9,2% pour la prise en charge en MCO et HAD exclusive.

Inversement, la prise en charge en psychiatrie a diminué. Le nombre de patients hospitalisés exclusivement dans ce champ d'activité a diminué de -0,5% en moyenne par an entre 2013 et 2018 ; et de -0,5% pour la prise en charge en MCO et psychiatrie exclusive.

Figure 7 : Taux d'évolution annuel moyen du nombre de patients âgés de 80 ans et plus hospitalisés entre 2013 et 2018 et évolution annuelle 2017-2018 par champ d'activité.



Lecture : le nombre de patients pris en charge en MCO et en HAD exclusivement a augmenté de +9,2% en moyenne par an entre 2013 et 2018, et de +10,7% entre 2017 et 2018.

Le nombre de journées en MCO et SSR décélère entre 2013 et 2018

L'évolution du recours aux soins des patients âgés de 80 ans et plus s'est répercutée de manière hétérogène entre les champs d'activité et les types d'établissements de santé.

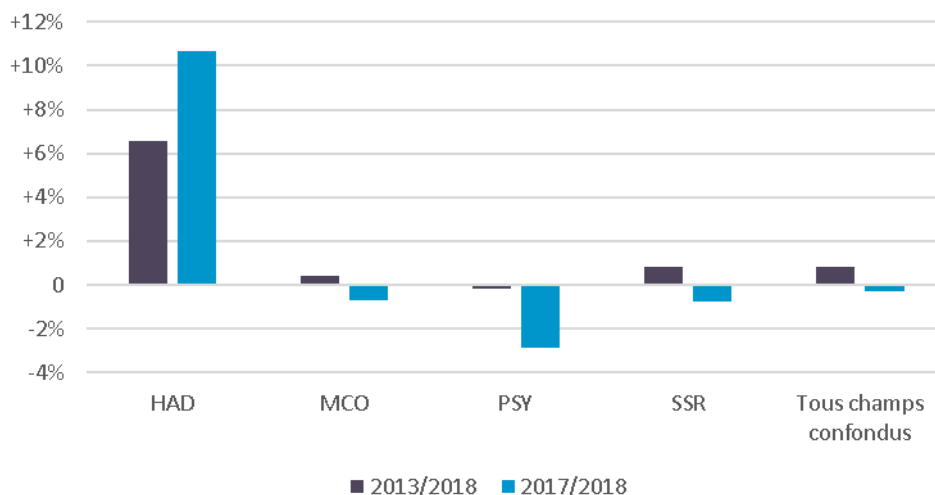
Tous champs sanitaires confondus, le nombre de journées d'hospitalisation des patients âgés de 80 ans et plus a augmenté de +0,8% en moyenne par an entre 2013 et 2018, alors qu'il a diminué de -0,3% entre 2017 et 2018 (Figure 8).

En moyenne annuelle, sur l'ensemble de la période 2013-2018, les journées d'hospitalisation des patients âgés de 80 ans et plus ont augmenté en MCO (+0,4%) et en SSR (+0,8%), avec cependant une baisse en fin de période, (entre 2018 et 2017 de -0,7% en MCO et -0,8% en SSR).

L'activité en HAD a été en forte augmentation depuis 2013 avec une croissance de +6,6% du nombre de journées en moyenne par an. Cette hausse a été très marquée entre 2017 et 2018 avec une évolution de +10,7%.

Inversement, l'activité de psychiatrie est en décroissance depuis 2013 avec une baisse moyenne de -0,3% des journées d'hospitalisation des personnes âgées. Cette diminution a été plus marquée entre 2017 et 2018 avec une évolution de -2,6%.

Figure 8 : Evolution du nombre de journées d'hospitalisation des personnes âgées de 80 ans et plus, de 2013 à 2018 (taux d'évolution annuel moyen) et de 2017 à 2018 (taux d'évolution annuel), selon les différents champs d'activité



Entre 2013 et 2018, l'activité des établissements publics réalisée pour les patients âgés de 80 ans et plus, en nombre de journées d'hospitalisation, a augmenté de +0,5% en MCO et de +6,1% en HAD en moyenne par an. En revanche, elle a diminué de -0,1% en SSR et de -2,5% en psychiatrie.

A l'inverse, l'activité des établissements privés pour cette population a diminué de -0,8% en MCO et de -10,7% en HAD en moyenne par an sur cette même période ; et a augmenté de +2,1% en SSR et de +5,4% en psychiatrie.

Enfin, l'activité des établissements privés d'intérêt collectif pour les patients âgés de 80 ans et plus a particulièrement augmenté en HAD avec une évolution de +20,6% en moyenne par an entre 2013 et 2018. Elle a également évolué positivement en MCO (+2,4%) et en SSR (+1,1%), mais elle a diminué en psychiatrie (-2,5%).

Les alternatives à l'hospitalisation complète augmentent

Le nombre de patients âgés de 80 ans et plus concerné par les alternatives à l'hospitalisation complète (i.e. une hospitalisation de jour ou pour chirurgie à temps partiel en MCO hors séances en MCO, une hospitalisation à domicile, une hospitalisation à temps partiel en SSR ou en psychiatrie) a augmenté de +5,4% en moyenne par an entre 2013 et 2018, et de +4,3% entre 2017 et 2018.

88 000 patients âgés de 80 ans et plus ont bénéficié de séances en 2018

Les séances sont des prises en charge itératives pour des motifs thérapeutiques bien définis et sont réalisées au cours d'une journée. Les séances de dialyse, de chimiothérapie et de radiothérapie couvrent 97% des séances (hors séances de radiothérapie du secteur ex-OQN).²²

En 2018, près de 88 000 patients âgés de 80 ans et plus ont réalisé des soins en séances qui correspondent à un total de 2,4 millions de séances (+3,3% par rapport à 2017), Ainsi 18,9% des séances en milieu hospitalier concerne des patients âgés de 80 ans et plus (hors séances de radiothérapie du secteur ex-OQN).

En 2018, 1,8 million de séances de dialyse a été réalisé chez les patients âgés de 80 ans et plus, soit 25,9% de l'ensemble des séances de dialyse. Cela représente plus de 17 000 patients en dialyse sur l'année. Plus de 70% des séances ont été effectuées en centre, c'est-à-dire au sein d'une unité de dialyse en présence d'un médecin néphrologue. Par rapport à 2017, cette activité a progressé de +2,8%.

Les établissements de santé ont pris en charge près de 45 000 patients âgés de 80 ans et plus pour chimiothérapie en 2018, ce qui représente plus de 340 000 de séances (+5,6% par rapport à 2017), Près d'une séance de chimiothérapie sur dix concerne une personne âgée de 80 ans ou plus.

Plus de 190 000 séances de radiothérapie ont été réalisées dans les établissements du secteur ex-DG²³ (9,3% de l'ensemble des séances de radiothérapie du secteur ex-DG) et ont concerné plus de 13 000 patients âgés en 2018. Par rapport à 2017, cette activité a progressé de +3,6%.

²² A noter que seule l'activité de radiothérapie réalisée dans les établissements du secteur anciennement sous dotation globale (ex-DG) est analysée dans cette étude car, les séances de radiothérapie du secteur privé (ex-OQN) étant financées en ville, leur facturation n'est pas remontée via le PMSI MCO.

²³ Seules les séances de radiothérapie réalisées dans les établissements du secteur anciennement sous dotation globale (ex-DG) ont pu être comptabilisées. Les séances de radiothérapie du secteur privé (ex-OQN) sont financées en ville, leur facturation n'est pas remontée via le PMSI MCO.

Les parcours hospitaliers 2018 des patients âgés de 80 ans et plus et leurs évolutions

Comme précisé dans le chapitre précédent, l'évolution de l'activité hospitalière relative aux patients âgés de 80 ans et plus suit donc l'évolution démographique française. Néanmoins, les prises en charge hospitalières évoluent différemment d'un champ à l'autre, avec une hausse des alternatives à l'hospitalisation complète (i.e. l'hospitalisation sans nuitée en MCO hors séances, hospitalisation à domicile, hospitalisation partielle en SSR ou en psychiatrie), et l'évolution des prises en charge multi-champs. Pour mieux comprendre ces évolutions, une approche décrivant les parcours hospitaliers et leurs évolutions entre 2013 et 2018 est proposée dans ce chapitre.

Méthodologie

Comment définir un parcours hospitalier ?

Le parcours hospitalier du patient est défini par une succession de types de prise en charge. La période d'observation commence à compter du premier jour d'hospitalisation en établissement de santé de l'année et s'étend sur une période de 6 mois.

Au cours d'un parcours, les prises en charge dont bénéficie un patient sont :

- HC : une journée d'hospitalisation en MCO (court séjour) à temps complet
- AMBU : une journée d'hospitalisation en MCO (court séjour) sans nuitée
- SEA : une séance (chimiothérapie, radiothérapie dans le public²⁴, dialyse...)
- HAD : une journée de prise en charge en hospitalisation à domicile
- PSYC : une journée de prise en charge en psychiatrie à temps complet
- PSYP : une journée de prise en charge en psychiatrie à temps partiel
- SSRC : une journée d'hospitalisation en soins de suite et de réadaptation à temps complet
- SSRP : une journée d'hospitalisation en soins de suite et de réadaptation à temps partiel
- DOM : domicile, soit une journée sans prise en charge hospitalière²⁵
- DCD : décès en établissement de santé (les décès en dehors du milieu hospitalier n'ont pas été identifié)

Le parcours du patient est la concaténation des prises en charge journalières réalisées au cours de la période étudiée de 180 jours. Le premier jour pris en compte dans le parcours du patient correspond au premier jour d'hospitalisation du premier séjour hospitalier du patient dans l'année d'étude. Les éventuelles hospitalisations au-delà des 6 mois étudiés ne sont pas prises en compte.

Les parcours hospitaliers des personnes âgées de 80 ans et plus sont étudiés au cours de deux années : 2013 et 2018. Pour considérer l'entièreté des parcours des patients, les données des premiers semestres 2014 et 2019 sont mobilisées.

²⁴ A noter que seule l'activité de radiothérapie réalisée dans les établissements du secteur anciennement sous dotation globale (ex-DG) est analysée dans cette étude car, les séances de radiothérapie du secteur privé (ex-OQN) étant financées en ville, leur facturation n'est pas remontée via le PMSI MCO.

²⁵ Hors actes et consultations externes éventuels réalisés à l'hôpital

Comment représenter les parcours hospitaliers ?

Le **chronogramme** permet de représenter graphiquement la proportion de patients dans chacune des prises en charge quotidienne du patient durant son parcours. Si le patient n'est pas en hospitalisation, il sera considéré comme étant à son domicile. Ainsi, pour chacun des 180 jours constituant les parcours, le poids de chaque prise en charge quotidienne est représenté de manière agrégée. Cette représentation graphique ne permet pas d'appréhender les parcours individuels. En effet, les distributions des individus entre les différentes prises en charge quotidiennes sont représentées de manière successive, pour chacune des journées les unes indépendamment des autres, sans dimension longitudinale des trajectoires individuelles.

Les « **tapis** » (*index plots*), permettent de visualiser la dimension individuelle des parcours. Chaque segment horizontal représente un parcours, découpé en sous-segments correspondant aux différentes prises en charge journalière successives qui composent le parcours.

Si le patient n'est pas en hospitalisation, il sera considéré comme étant à son domicile. Ainsi, pour chacun des 180 jours constituant les parcours, sa prise en charge est définie. Cette représentation graphique ne permet pas d'appréhender la part des patients dans chacune des prises en charge un jour donné.

Il est possible de trier les parcours pour rendre les tapis plus lisibles, ils sont ainsi dénommés tapis ordonnés.

Comment classifier les parcours ?

Une méthode d'analyse séquentielle, plus précisément la méthode Optimal Matching, a été utilisée pour catégoriser les parcours. Une séquence est ici définie comme une suite de prises en charge quotidiennes ordonnées chronologiquement. L'optimal matching consiste à mesurer la dissemblance entre chaque paire de séquences de la population étudiée, puis à construire, à partir de ces dissemblances, des groupes de séquences similaires. La typologie de séquences ainsi obtenue correspond à celle des parcours de soins.

Afin de pouvoir comparer les parcours entre eux, il est nécessaire de définir une méthode pour la mesure de la dissemblance. La méthode retenue ici est basée sur l'algorithme d'Optimal Matching tel que décrit par N. Robette en 2011²⁶. Les coûts choisis sont les suivants : coût d'insertion/suppression égal à 1 et coûts de substitution calculés à partir des probabilités conditionnelles de passage d'une prise en charge quotidienne à une autre, inférées à partir de l'ensemble des parcours. Plus précisément, le coût de substitution entre deux prises en charge quotidiennes distinctes i et j est donné par :

$$2 - P(i|j) - P(j|i)$$

²⁶Nicolas Robette. Explorer et décrire les parcours de vie : les typologies de trajectoires. CEPED, pp.86, 2011.

où $P(i|j)$ est la proportion de transition vers la prise en charge quotidienne i depuis la prise en charge quotidienne j

et $P(j|i)$ est la proportion de transition vers la prise en charge quotidienne j depuis la prise en charge quotidienne i .

Compte-tenu du grand nombre de parcours différents (plus de 472 000), une méthode de type *divide-and-conquer*²⁷ a été appliquée. Elle se compose de deux étapes.

Une première étape d'éclatement des données en sous-groupes. Ces sous-groupes doivent être suffisamment grands pour apporter une fraction significative de l'information portée par l'ensemble des parcours. Ils doivent être également suffisamment petits pour permettre la classification qui est effectuée lors de la seconde étape en un temps raisonnable.

La seconde étape utilise l'algorithme k-means pour, dans un premier temps, déterminer des représentants pondérés de chaque sous-groupe et dans un second temps, effectuer une classification finale à partir de l'ensemble des représentants pondérés.

Comment représenter les principales caractéristiques des classes de parcours ?

Les graphiques en radar sont une aide pour lire les principales particularités de chaque classe. Ici les radars auront 6 dimensions. Chaque axe permet de visualiser la valeur nationale sur l'ensemble des patients de 80 ans et plus (représenté par une croix) ainsi que les valeurs de la classe de parcours en 2013 (représentées par la courbe jaune) et en 2018 (représentées par la courbe bleue).

Les 6 dimensions retenues sont :

- La part des séjours constituant les parcours de la classe dans l'ensemble des séjours de la patientèle âgée de 80 ans et plus ;
- La part des patients de la classe dans l'ensemble de la patientèle âgée de 80 ans et plus ;
- La proportion de femmes dans cette classe ;
- La part de séjours de cette classe réalisés par les établissements publics de santé ;
- L'âge moyen des patients de la classe ;
- Le nombre moyen de journées d'hospitalisation par patient.

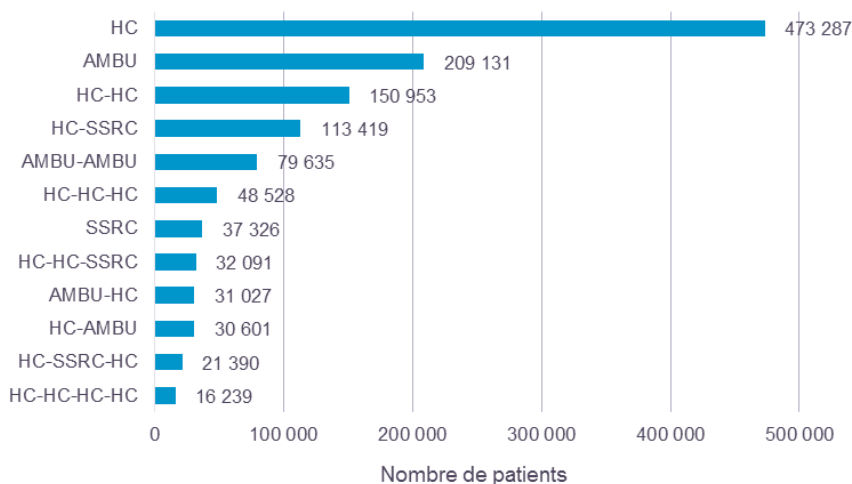
²⁷Nir Ailon, Ragesh Jaiswal, Claire Monteleoni. Streaming k-means approximation. NIPS'09 : Proceedings of the 22 International Conference on Neural Information Processing Systems. December 2009. Pages 10–18

Un tiers des parcours semestriels est composé d'une seule hospitalisation à temps complet en MCO

➤ Description des principaux parcours de soins

En 2018, parmi les 1,6 millions de patients de 80 ans et plus hospitalisés, 30% l'ont été une seule fois en hospitalisation complète de MCO, au cours de la période de 6 mois et 13% ont eu une prise en charge unique en MCO sans nuitée. Par ailleurs, pour un patient sur dix, le parcours est composé de deux séjours MCO avec nuitée(s) dans un intervalle de 6 mois. Les parcours avec une hospitalisation en MCO à temps complet suivie d'un séjour en SSR à temps complet représentent quant à eux 7% de l'ensemble des parcours de soins (Figure 9).

Figure 9 : Parcours hospitaliers semestriels les plus fréquents en 2018

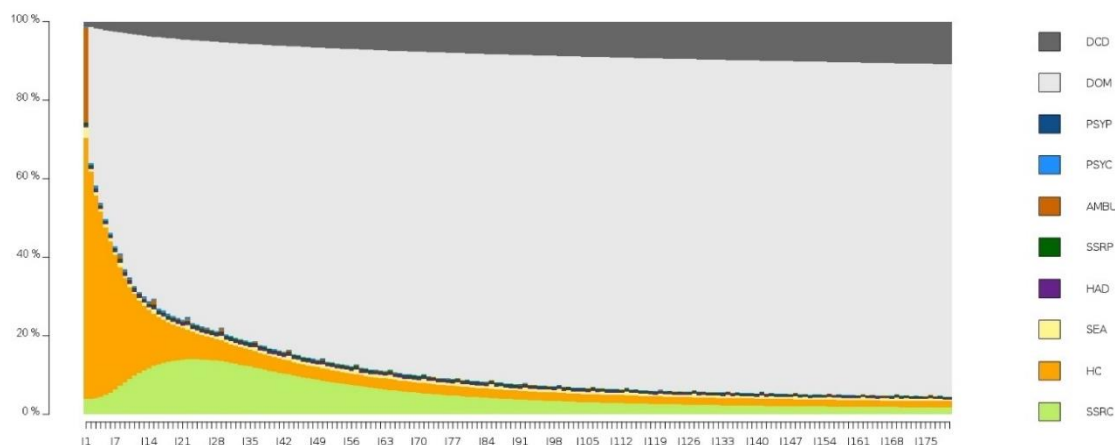


➤ Le chronogramme des parcours de soins

Les parcours peuvent également être représentés sous la forme d'un chronogramme (Cf. méthodologie). Sur la Figure 10 est représentée, pour chaque journée, la proportion de patients dans chaque état. Cette représentation graphique cumule les prises en charge quotidiennes et ne permet pas de connaître le parcours d'un patient en particulier.

Lors de la première hospitalisation (i.e. premiers jours du chronogramme), une part importante (environ 50%) des patients est en hospitalisation complète en MCO. Vers le 10^{ème} jour, la proportion de patients en SSR augmente et reste entre 15 et 20% jusqu'au 60^{ème} jour. A partir du 60^{ème} jour, plus de 85% des patients sont sortis du système hospitalier (retour au domicile ou décès hospitalier).

Figure 10 : Chronogramme des prises en charges quotidiennes des parcours des patients âgés de 80 ans et plus en 2018



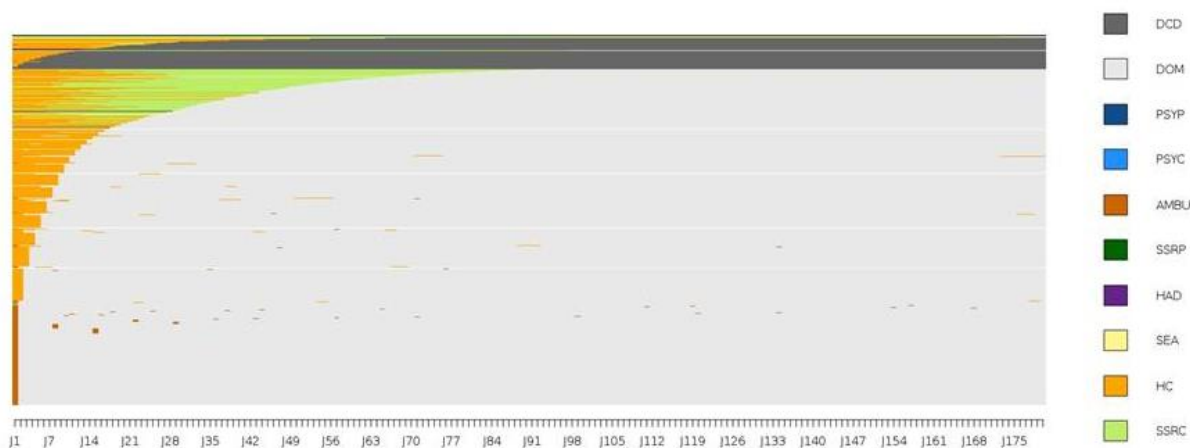
➤ **Les tapis ordonnés des parcours de soins**

Les parcours peuvent également être représentés sous forme de tapis ordonnés (Cf. méthodologie et Figure 11). Cette figure indique, pour chaque patient et chaque journée quelle est sa prise en charge. Le nombre de patients étudiés étant important (1,6 million), seuls les principaux parcours sont représentés dans cette figure, leurs poids étant précisés sur l'axe des ordonnées.

Sur cette figure, certains types de parcours commencent à se dessiner :

- des parcours avec un unique séjour en MCO sans nuitée,
- des parcours avec un unique séjour en MCO en hospitalisation complète avec des durées allant de 2 à 16 jours
- des parcours avec un séjour de MCO suivi d'une hospitalisation de SSR
- des parcours qui se terminent par un décès.

Figure 10 : Tapis ordonnés des parcours de soins 2018



Dans l'ensemble des parcours des patients âgés de 80 ans et plus, 0,6% des patients ont été hospitalisés sans interruption durant les 180 jours.

7 classes de parcours hospitaliers des patients âgés se dessinent

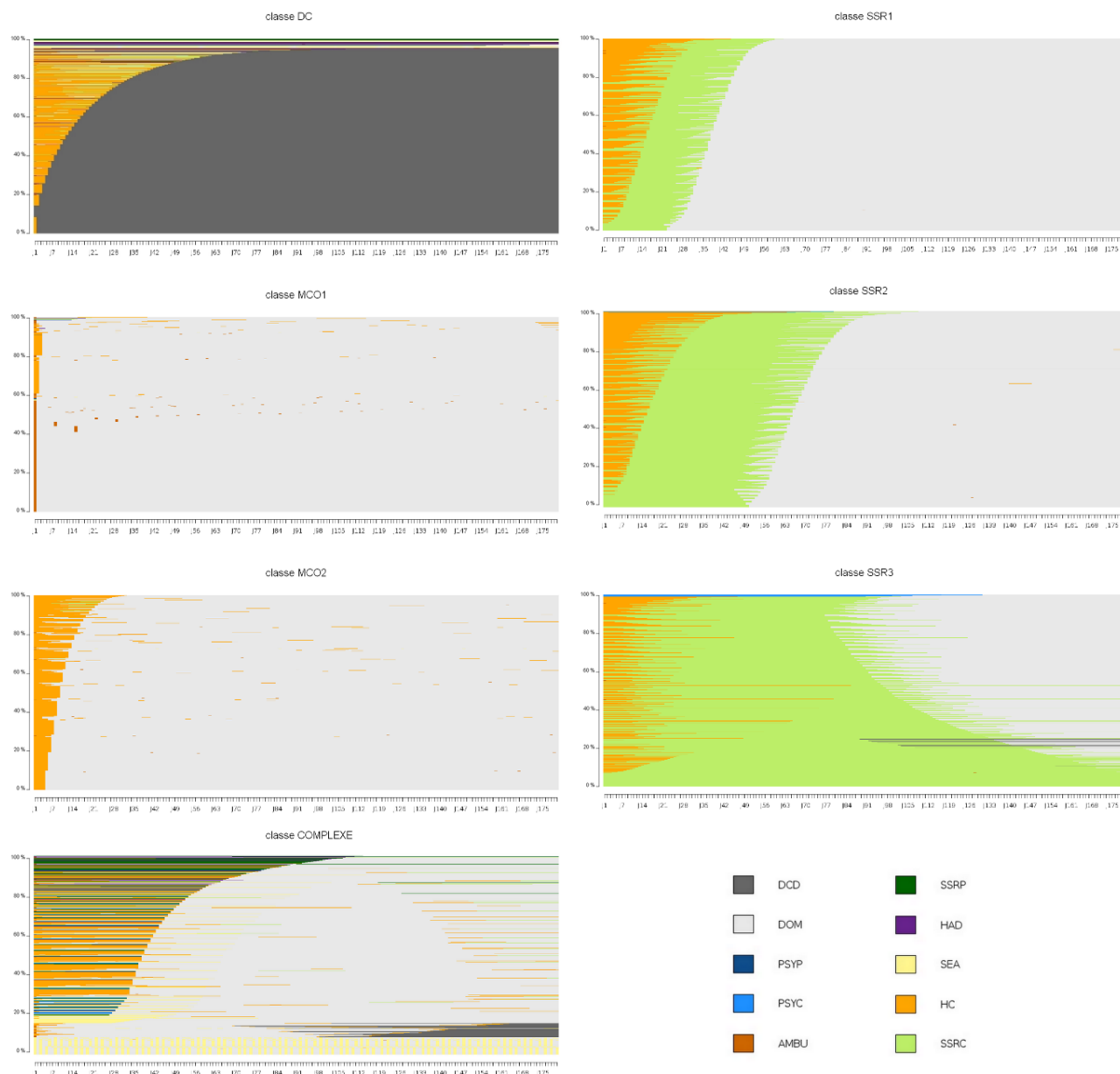
La méthode d'*optimal matching* (cf. encadré méthode) a permis de classer les parcours hospitaliers en sept classes. Elles peuvent être représentées par les chronogrammes ci-dessous (

Figure 11) et peuvent être caractérisées de la façon suivante :

- Deux classes avec des parcours principalement en MCO sont les plus fréquentes. Elles regroupent des parcours constitués de séjours hospitaliers peu nombreux et de faibles durées :
 - o La classe **MCO1** (37% des patients) regroupe majoritairement des parcours réalisés en MCO, que ce soit en hospitalisation complète de courte durée ou sans nuitée en MCO, avec un nombre moyen de 3 journées d'hospitalisation par patient sur l'ensemble du parcours.
 - o La classe **MCO2** (28% des patients) rassemble principalement des parcours en hospitalisation complète en MCO et avec un nombre moyen de journées d'hospitalisation par patient de 13 jours.
- Trois classes concernent des parcours avec une hospitalisation complète en MCO suivi de soins de suite et de réadaptation de durée variable :
 - o La classe **SSR1** (8% des patients) concerne des parcours de courte durée en soins de suite et de réadaptation (16 jours d'hospitalisation en MCO en moyenne par patient et 27 jours en soins de suite et de réadaptation). Le tiers des patients de cette classe ont eu 3 séjours hospitaliers ou plus.
 - o La classe **SSR2** (5% des patients) représente les parcours avec des séjours de durée moyenne en soins de suite et de réadaptation (21 jours d'hospitalisation en MCO en moyenne par patient et 51 jours en soins de suite et de réadaptation). La moitié des patients ont eu 3 séjours hospitaliers ou plus.
 - o La classe **SSR3** (3% des patients) regroupe les parcours de longue durée en soins de suite et de réadaptation (26 jours d'hospitalisation en MCO en moyenne par patient et 112 jours en soins de suite et de réadaptation). 60% des patients ont eu 3 séjours hospitaliers ou plus.
- La classe **COMPLEXE** (9% des patients) concerne des parcours complexes avec des alternances d'hospitalisations dans les différents champs. 78% des patients ont connu 3 séjours hospitaliers ou plus dans la période d'observation de six mois.
- La classe **DC** (10% des patients) concentre 90% de patients décédés lors de leur parcours hospitalier. La durée moyenne d'hospitalisation au cours du parcours est de 47 jours et 33% des patients ont connu 3 séjours hospitaliers ou plus.

Chacune de ces classes fait l'objet d'une description détaillée dans la suite de ce rapport.

Figure 11 : Tapis ordonnés par classe des parcours de 2018 des patients âgés de 80 ans et plus



Les parcours hospitaliers de courte durée en MCO augmentent

Afin d’appréhender l’évolution des parcours hospitaliers des patients âgés de 80 ans et plus sur une période de 5 ans, les caractéristiques des prises en charge en 2018 peuvent être mises en perspective avec celles de 2013. Il s’agit de projeter sur les données hospitalières de l’année 2013 les classes des parcours construites à partir des données 2018.

Entre 2013 et 2018, on note un changement dans la répartition des patients au sein des sept classes de parcours, et plus précisément dans les deux classes majoritaires (MCO1 et MCO2).

Alors que le nombre de patients âgés hospitalisés a augmenté de +10,6% entre 2013 et 2018, le nombre de patients regroupés dans la classe MCO1 (parcours principalement en MCO de courte durée ou sans nuitée) a augmenté de +21,5% (Tableau 1). Ainsi, sur une hausse globale de 152 000 patients âgés hospitalisés entre 2013 et 2018, la classe des parcours MCO de courte durée enregistre une

augmentation de 105 000 patients. En termes de répartition, la part des parcours regroupés dans la classe MCO1 a augmenté de +3,4 points (de 34,1% en 2013 à 37,4% en 2018). Cette évolution reflète deux phénomènes : la réduction des durées de séjour en MCO et le recours plus fréquent aux alternatives à l'hospitalisation complète.

En effet, cette évolution semble compenser la diminution de la classe MCO2 (parcours en hospitalisation complète en MCO) de -2,3 points (passant de 30,6 % en 2013 à 28,2% en 2018) et celle de la classe SSR1 (durées courtes en soins de suite et de réadaptation) qui a également diminué dans une moindre proportion (de 7,6% à 7,1%).

Les parcours entre 2013 et 2018 des patients âgés de 80 ans et plus se sont donc raccourcis et ont eu moins fréquemment recours aux SSR.

En plus de ces mouvements entre les différents types de parcours entre 2013 et 2018, les particularités des différentes classes ont pu également évoluer en termes de caractéristiques démographiques, de durée de séjours, ou encore de répartition selon les statuts d'établissements.

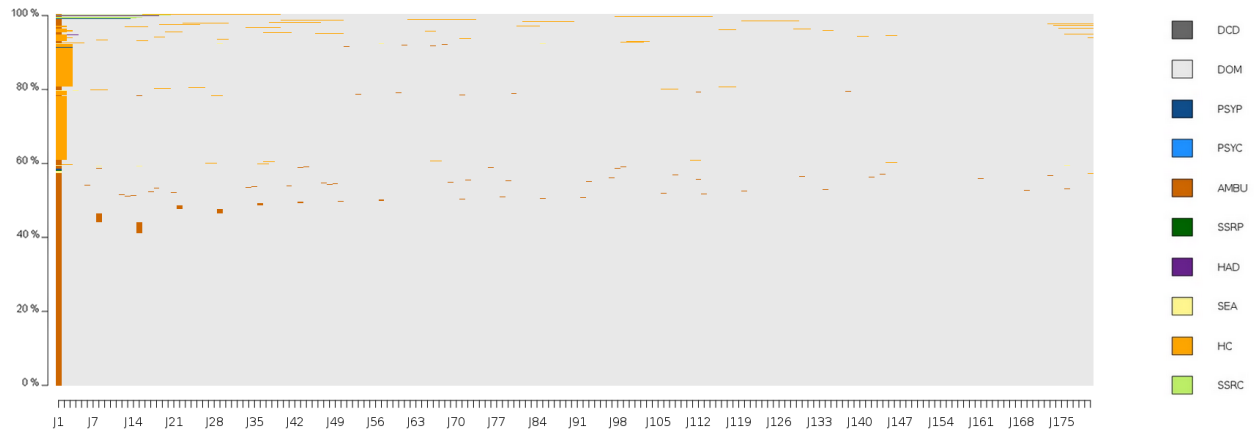
Tableau 1: Principales caractéristiques des différentes classes de parcours

	Classe de parcours hospitaliers							
	Ensemble des patients de 80 ans et plus	Parcours principalement en MCO de très courte durée	Parcours principalement en MCO en hospitalisation complète	Parcours composés d'un séjour de MCO et d'un séjour de SSR de courte durée	Parcours composés d'un séjour de MCO et d'un séjour de SSR de durée moyenne	Parcours composés d'un séjour de MCO et d'un séjour de SSR de durée longue	Parcours complexes composés de plusieurs séjours hospitaliers	Parcours finissant par un décès
	TOTAL	MCO1	MCO2	SSR1	SSR2	SSR3	COMPLEXE	DC
Nombre de patients 2013	1 442 378	491 266	441 008	110 242	75 945	54 373	122 464	147 080
Nombre de patients 2018	1 594 832	596 712	450 212	113 851	80 003	57 293	133 026	163 735
Evolution 2013-2018 du nombre de patients	+10,6%	+21,5%	+2,1%	+3,3%	+5,3%	+5,4%	+8,6%	+11,3%
Part des patients en 2013	100,0%	34,1%	30,6%	7,6%	5,3%	3,8%	8,5%	10,2%
Part des patients en 2018	100,0%	37,4%	28,2%	7,1%	5,0%	3,6%	8,3%	10,3%
Evolution 2013-2018 de la répartition des patients	-	+3,4 pts	-2,3 pts	-0,5 pts	-0,2 pts	-0,2 pts	-0,1 pts	+0,1 pts
Part du nombre de séjours	100,0%	24,9%	20,0%	7,1%	6,0%	5,1%	26,0%	10,8%
Durée moyenne d'hospitalisation par patient	26	3	13	41	71	135	57	47
Part de patients avec au moins 3 séjours hospitaliers	26,3%	10,6%	18,6%	35,3%	50,4%	60,0%	78,0%	32,6%
Part de femmes	62,5%	55,4%	57,1%	70,0%	69,6%	68,4%	48,7%	51,4%
Age moyen	86,0	84,8	86,5	86,7	87,1	86,9	85,9	87,7
Part de séjours réalisés dans le public	60,0%	48,8%	71,1%	62,5%	64,8%	62,2%	61,6%	63,7%

Classe MCO1 (37% des patients) : Parcours constitués majoritairement d'une seule hospitalisation et de courte durée MCO

Une patientèle moins âgée et davantage prise en charge dans le privé

Figure 12 : Tapis ordonné des prises en charge quotidiennes des parcours de la classe MCO1

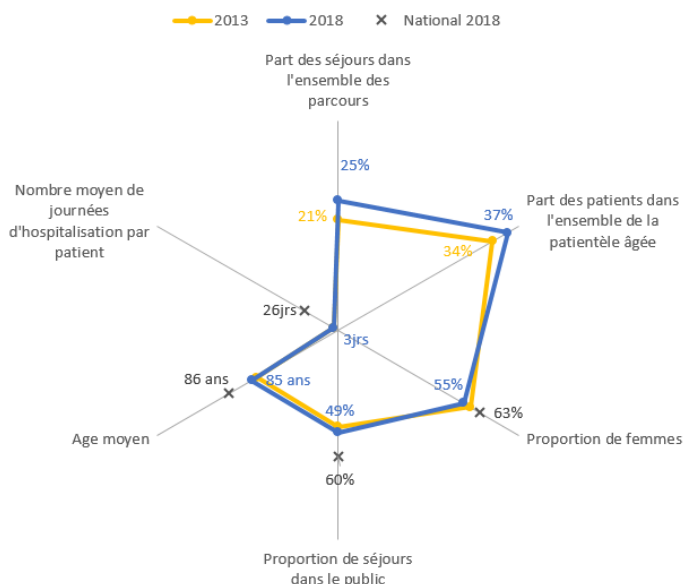


Avec en moyenne 3 journées d'hospitalisation et 64 % des parcours composés d'un seul séjour, cette classe est celle qui regroupe les parcours constitués de peu de séjours hospitaliers et qui sont de très courte durée.

Seulement 5% de ces parcours contiennent au moins une séance en MCO.

Une forte proportion des prises en charge de cette classe est réalisée par des établissements privés commerciaux (41% contre 26% globalement - Figure 13).

Figure 13 : Description des parcours de la classe 5 en 2013 et 2018



1 patient sur 5 est hospitalisé pour prise en charge de la cataracte

Cette classe regroupe les patients les moins âgés (84,8 ans contre 86 ans globalement) et une majorité de femmes (55%) bien que cette part soit inférieure à la proportion observée dans l'ensemble de la patientèle âgée de 80 ans et plus.

Au sein de cette classe, les motifs de prise en charge les plus fréquents sont des chirurgies réalisées en ambulatoire et de l'activité interventionnelle.

En 2018, 21,5% des patients de cette classe ont été hospitalisés pour une prise en charge de la cataracte²⁸. Par ailleurs, 5,1% l'ont été pour une endoscopie digestive²⁹.

Parmi les parcours avec séances, la grande majorité (64%) des séances sont des chimiothérapies pour tumeur³⁰.

Tableau 2: Motifs de prise en charge les plus fréquents pour la classe MCO1

Parcours	Libellé	Nombre de patients	Part des parcours de la classe
MCO	(rGHM:02C05) Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	115 187	19,3%
MCO	(rGHM:06K04) Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire	18 426	3,1%
MCO	(rGHM:09C03) Greffes de peau et/ou parages de plaie à l'exception des ulcères cutanés et cellulites	15 581	2,6%
MCO	(rGHM:06K02) Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours	14 103	2,4%
MCO	(rGHM:19M06) Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge supérieur à 79 ans	10 239	1,7%
MCO	(rGHM:01C15) Libérations du médian au canal carpien	10 009	1,7%
MCO	(rGHM:23M20) Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23	9 925	1,7%
MCO	(rGHM:01M20) Commotions cérébrales	7 573	1,3%
MCO	(rGHM:06C12) Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans	7 477	1,3%
MCO	(rGHM:02C08) Autres interventions extraoculaires, âge supérieur à 17 ans	7 436	1,2%
MCO	(rGHM:05K10) Actes diagnostiques par voie vasculaire	6 974	1,2%
MCO	(rGHM:28Z07) Chimiothérapie pour tumeur, en séances	6 556	1,1%
MCO	(rGHM:05K06) Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde	5 978	1,0%
MCO	(rGHM:06M03) Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge supérieur à 17 ans	5 662	0,9%
MCO	(rGHM:09M03) Traumatismes de la peau et des tissus sous-cutanés, âge supérieur à 17 ans	5 367	0,9%
Total des 15 parcours les plus représentés		246 493	41,3%

NB : rGHM= racine de GHM ce sont les 5 premiers caractères du GHM en MCO.

²⁸ Séjours groupés dans les racines de GHM 02C05 « Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie » et 02C12 « Interventions sur le cristallin avec trabéculotomie ».

²⁹ Séjours groupés dans les racines de GHM 06K02 « Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours », 06K03 « Séjours comprenant une endoscopie digestive thérapeutique sans anesthésie, en ambulatoire », 06K04 « Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire » et 06K05 « Séjours comprenant une endoscopie digestive diagnostique sans anesthésie, en ambulatoire ».

³⁰ Séjours groupés dans la racine de GHM 28Z07 « Chimiothérapie pour tumeur, en séances ».

Evolution 2013-2018 : une hausse des prises en charge MCO réalisées sans nuitée

Entre 2013 et 2018, au sein de cette classe de parcours, la proportion de patients avec au moins un séjour réalisé sans nuitée en MCO a progressé de +3 points (de 58% à 61%). En parallèle, la part de patients avec au moins un séjour en hospitalisation complète en MCO a diminué de -4 points (de 50% à 46%).

La part des parcours avec des séances a, quant à elle, progressé de 3 points.

Entre 2013 et 2018, la proportion de femmes au sein de la classe MCO1 a baissé de -3 points.

Durant cette période, la part des séjours de cette classe au sein d'un établissement privé a diminué de -5 points au profit des établissements à but non lucratif et des établissements publics dans des proportions similaires.

Classe MCO2 (28% des patients) : Parcours constitués de séjours de MCO en hospitalisation complète

Une patientèle davantage prise en charge dans le public

Figure 14 : Tapis ordonné des prises en charge quotidiennes des parcours de la classe MCO2

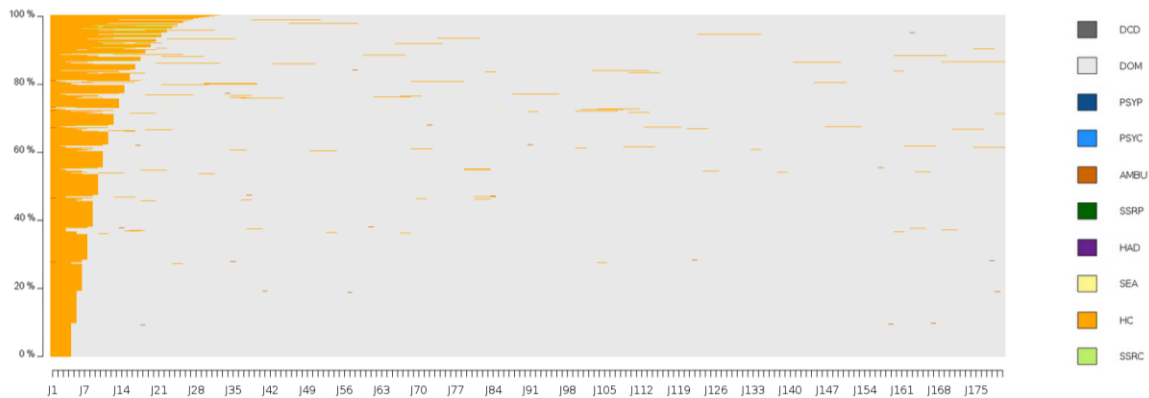
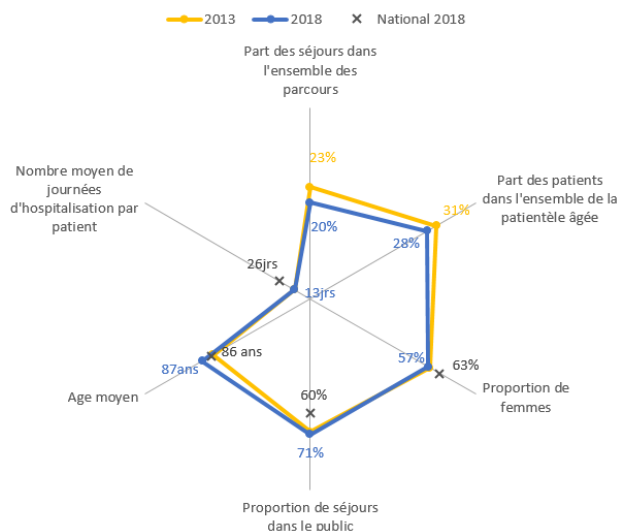


Figure 15 : Différence entre 2013 et 2018 sur certains agrégats de la classe MCO2



L'ensemble des patients de cette classe a eu au moins une hospitalisation en MCO. Parmi eux, 61% des patients en ont eu une seule à temps complet, et 38% en ont eu plusieurs.

Dans cette classe de parcours, la durée moyenne d'hospitalisation à temps complet en MCO est de 8 jours. Par ailleurs, 10% des patients de cette classe ont eu au moins une prise en charge sans nuitée. Seulement 3% de ces patients ont bénéficié d'une prise en charge en SSR à temps complet ou partiel pour une durée courte (13 jours en moyenne).

Les patients avec un parcours de cette classe sont légèrement plus âgés que la moyenne (86,5 ans contre 86 ans globalement). Ce sont majoritairement des femmes (57%). Cependant, cette part reste inférieure à celle de la patientèle globale des personnes âgées de 80 ans et plus.

71% des séjours de la classe MCO2 ont été pris en charge dans le secteur public, c'est dans cette classe que le secteur public est le plus représenté (60% au global).

Des prises en charge de médecine

Au sein de cette classe, les motifs de prise en charge des séjours MCO les plus fréquents relèvent de l'activité de médecine : 7% des séjours à temps complet concernent des insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire³¹ et 5% concernent des pneumonies et pleurésies banales³².

84% des patients sont concernés par au moins un séjour sans acte classant.

Tableau 3: Motifs de prise en charge les plus fréquents pour la classe MCO2

Parcours	Libellé	Nombre de patients	Part des parcours de la classe
MCO	(rGHM:05M09) Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire	20 787	4,6%
MCO	(rGHM:04M05) Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans	17 742	3,9%
MCO	(rGHM:11M04) Infections des reins et des voies urinaires, âge supérieur à 17 ans	8 329	1,9%
MCO	(rGHM:01M30) Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires	7 504	1,7%
MCO	(rGHM:19M06) Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge supérieur à 79 ans	6 807	1,5%
MCO	(rGHM:08C49) Interventions sur la hanche et le fémur pour traumatismes récents, âge supérieur à 17 ans	5 975	1,3%
MCO	(rGHM:16M11) Autres troubles de la lignée érythrocytaire, âge supérieur à 17 ans	5 651	1,3%
MCO	(rGHM:06M03) Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge supérieur à 17 ans	5 275	1,2%
MCO	(rGHM:08C48) Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents	5 214	1,2%
MCO	(rGHM:04M20) Bronchopneumopathies chroniques surinfectées	5 187	1,2%
MCO	(rGHM:10M16) Troubles métaboliques, âge supérieur à 17 ans	5 050	1,1%
MCO	(rGHM:04M03) Bronchites et asthme, âge supérieur à 17 ans	5 045	1,1%
MCO	(rGHM:05M08) Arythmies et troubles de la conduction cardiaque	4 855	1,1%
MCO	(rGHM:05M05) Syncopes et lipothymies	4 303	1,0%
MCO	(rGHM:04M07) Infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans	3 994	0,9%
Total des 15 parcours les plus représentés		111 718	24,8%

NB: rGHM= racine de GHM ce sont les 5 premiers caractères du GHM en MCO.

³¹ Séjours groupés dans la racine de GHM 05M09

³² Séjours groupés dans la racine de GHM 04M05

Évolution 2013-2018 : Vieillesse de la patientèle et augmentation des parcours avec plusieurs séjours en hospitalisation complète en MCO

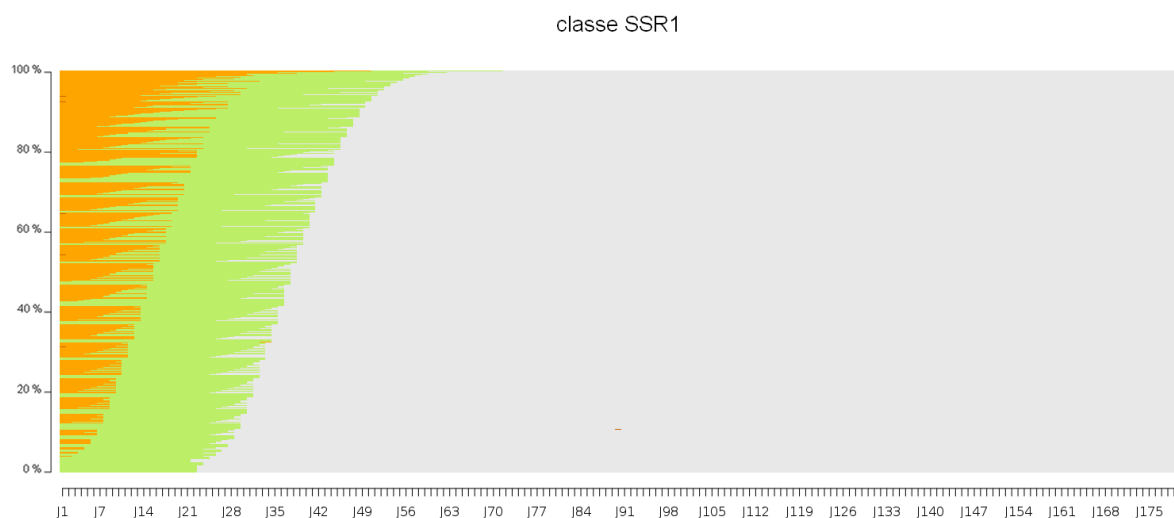
Entre 2013 et 2018, la part des patients avec des parcours de la classe MCO2 ayant eu plus d'une hospitalisation à temps complet a augmenté de +3 points (35% en 2013 contre 38% en 2018).

Durant cette période, l'âge médian ainsi que le premier et troisième quartile ont augmenté d'un an, ce qui illustre un vieillissement des patients avec ce type de parcours. L'âge moyen augmente ainsi de 0,6 ans.

Classe SSR1 (8% des patients) : Parcours avec une durée courte d'hospitalisation en SSR à temps complet

Une patientèle féminine pour prothèse de genoux ou hanche

Figure 16 : Tapis ordonné des prises en charge quotidiennes des parcours de la classe SSR1

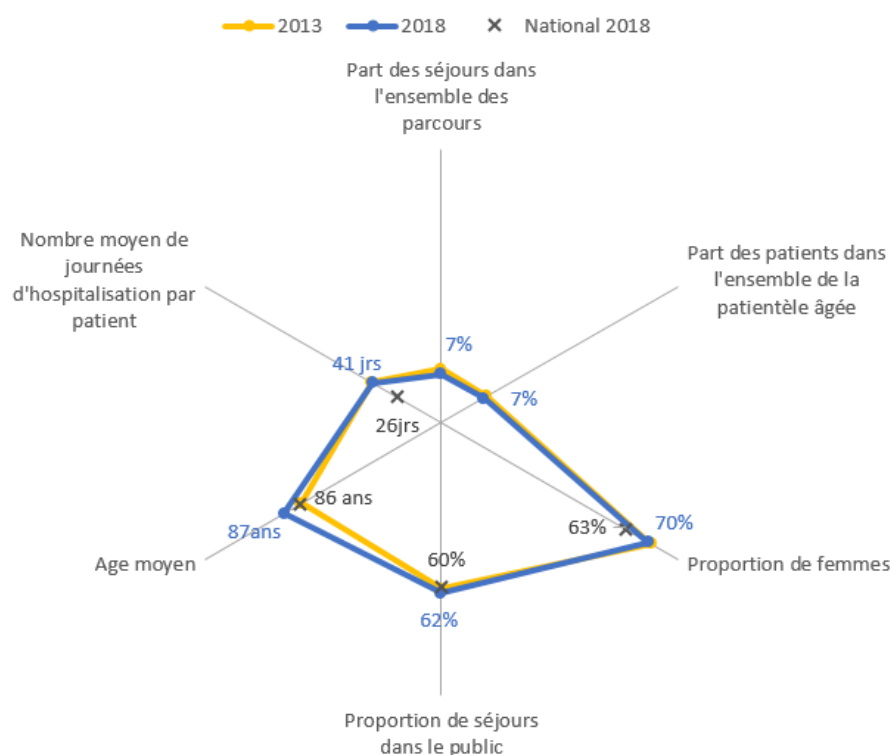


L'ensemble des patients de la classe SSR1 a eu au moins un séjour de SSR à temps complet parmi lesquels, 6% en ont eu plusieurs. Pour 88% des patients de la classe, le séjour de SSR est précédé d'un séjour en MCO. La durée moyenne d'hospitalisation à temps complet en SSR est courte : 26 jours, contre 47 jours dans l'ensemble de la patientèle âgée de 80 ans et plus.

57% des parcours de cette classe ne contiennent qu'un seul séjour en MCO à temps complet et 28% en contiennent plusieurs. En MCO, la durée moyenne d'hospitalisation à temps complet pour les parcours de cette classe est de 16 jours.

Sept patientes sur 10 sont des femmes.

Figure 17 : Différence entre 2013 et 2018 sur certains agrégats de la classe SSR1



1 patient sur 10 est hospitalisé pour pose de prothèse de hanche ou genou

Les parcours les plus fréquents de cette classe sont de type MCO/SSR et concernent les prothèses de genou³³ (4,9%) et de hanche (6%).

Les parcours avec pose de prothèse de hanche font suite ou non à un traumatisme récent. Ainsi, 4,1% sont composés d'une hospitalisation en MCO pour « prothèse de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents »³⁴ suivie d'une hospitalisation en SSR pour « arthrose de la hanche avec implant articulaire »³⁵ ; et 2,3% sont constitués d'une hospitalisation en MCO pour « prothèse de hanche pour traumatismes récents »³⁶ suivie d'une hospitalisation en SSR pour « fracture de l'extrémité supérieure du fémur avec implant articulaire »³⁷.

A noter également que les parcours avec un séjour en MCO pour « intervention sur la hanche et le fémur pour traumatismes récents »³⁸ arrivent en troisième position en termes de fréquence (2,6%). Ce

³³ Séjour MCO groupé dans la racine de GHM 08C24 « Prothèses de genou » suivi d'un séjour en SSR groupé en GN 0841 « Arthroses du genou avec implant articulaire »

³⁴ Séjour MCO groupé dans la racine de GHM 08C48 « Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents »

³⁵ Séjour SSR groupé en GN 0840 « Arthroses de la hanche avec implant articulaire »

³⁶ Séjour MCO groupé dans la racine de GHM 08C47 « Prothèses de hanche pour traumatismes récents »

³⁷ Séjour SSR groupé en GN 0831 « Fractures de l'extrémité supérieure du fémur avec implant articulaire »

³⁸ Séjour MCO groupé dans la racine de GHM 08C49 « Interventions sur la hanche et le fémur pour traumatismes récents, âge supérieur à 17 ans »

séjour est suivi par une hospitalisation en SSR pour fracture de l'extrémité supérieure du fémur avec³⁹ (0,6%) ou sans⁴⁰ (2%) implant articulaire.

Tableau 4: Motifs de prise en charge les plus fréquents pour la classe SSR1

Parcours	Libellé	Nombre de patients	Part des parcours de la classe
MCO-SSR	(rGHM:08C24;GN:0841) Prothèses de genou Arthroses du genou avec implant articulaire	5 617	4,9%
MCO-SSR	(rGHM:08C48;rGHM:0840) Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents Arthroses de la hanche avec implant articulaire	4 699	4,1%
MCO-SSR	(rGHM:08C47;GN:0831) Prothèses de hanche pour traumatismes récents Fractures de l'extrémité supérieure du fémur avec implant articulaire	2 574	2,3%
MCO-SSR	(rGHM:08C49;GN:0872) Interventions sur la hanche et le fémur pour traumatismes récents, âge supérieur à 17 ans Fractures de l'extrémité supérieure du fémur (à l'exclusion des FESF avec implant articulaire)	2 229	2,0%
SSR	(GN:0127) Maladies d'Alzheimer et démences apparentées	1 730	1,5%
MCO-SSR	(rGHM:05M09;GN:0512) Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire Insuffisances cardiaques	1 445	1,3%
MCO-SSR	(rGHM:01M30;GN:0148) Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires Accidents vasculaires cérébraux autres	1 105	1,0%
MCO-SSR	(rGHM:04M05;GN:0415) Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans Infections broncho-pulmonaires (non tuberculeuses)	1 019	0,9%
MCO-SSR	(rGHM:08M26;GN:0874) Fractures du rachis Lésions traumatiques de la colonne vertébrale et du bassin (à l'exclusion des LT sévères de la colonne vertébrale)	1 015	0,9%
MCO-SSR	(rGHM:19M06;GN:0127) Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge supérieur à 79 ans Maladies d'Alzheimer et démences apparentées	924	0,8%
MCO-SSR	(rGHM:08M04;GN:0874) Fractures de la hanche et du bassin Lésions traumatiques de la colonne vertébrale et du bassin (à l'exclusion des LT sévères de la colonne vertébrale)	883	0,8%
MCO-SSR	(rGHM:01M30;GN:0147) Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires Accidents vasculaires cérébraux avec hémiparésie	726	0,6%
MCO-SSR	(rGHM:08C49;GN:0831) Interventions sur la hanche et le fémur pour traumatismes récents, âge supérieur à 17 ans Fractures de l'extrémité supérieure du fémur avec implant articulaire	698	0,6%
SSR	(GN:2315) Troubles de la marche (non rattachés à une étiologie)	633	0,6%
SSR	(GN:0874) Lésions traumatiques de la colonne vertébrale et du bassin (à l'exclusion des LT sévères de la colonne vertébrale)	606	0,5%

NB : rGHM= racine de GHM ce sont les 5 premiers caractères du GHM en MCO.

GN= groupe nosologique soit les 4 premiers caractères du GME en SSR.

Les parcours avec du SSR sans MCO avant, le séjour de MCO a pu être réalisé l'année précédente et n'est pas donc pas pris en compte dans l'étude.

Evolution 2013-2018 : Vieillesse des patients

Entre 2013 et 2018, l'âge moyen des patients ayant des parcours de cette classe a évolué de 0,8 ans passant ainsi de 85,9 ans à 86,7 ans.

Durant cette période, la durée moyenne d'hospitalisation en MCO à temps complet a baissé d'un jour.

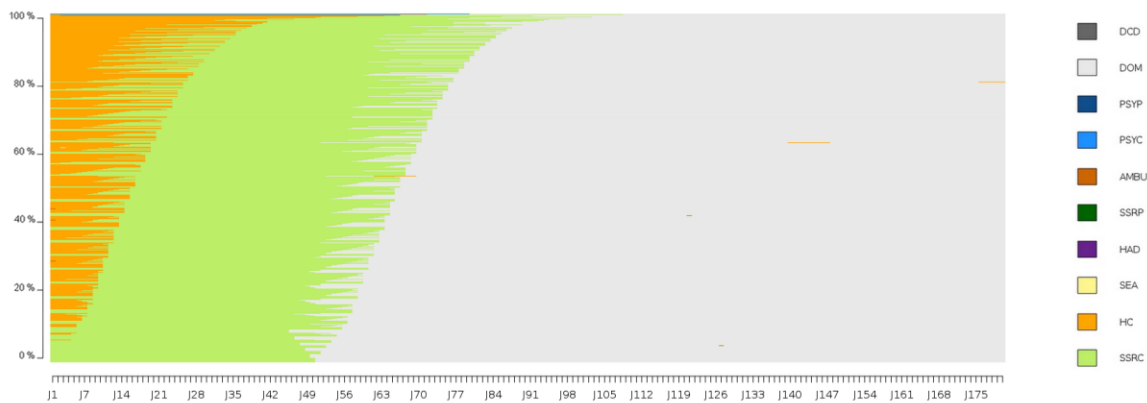
³⁹ Séjour SSR groupé en GN 0831 « Fractures de l'extrémité supérieure du fémur avec implant articulaire »

⁴⁰ Séjour SSR groupé en GN 0872 « Fractures de l'extrémité supérieure du fémur (à l'exclusion des FESF avec implant articulaire) »

Classe SSR2 (5% des patients) : Parcours avec une durée intermédiaire d'hospitalisation en SSR à temps complet

Une patientèle féminine et âgée, prise en charge pour traumatisme sur le fémur ou insuffisance cardiaque et état de choc circulatoire

Figure 18 : Tapis ordonné des prises en charge quotidiennes des parcours de la classe SSR2

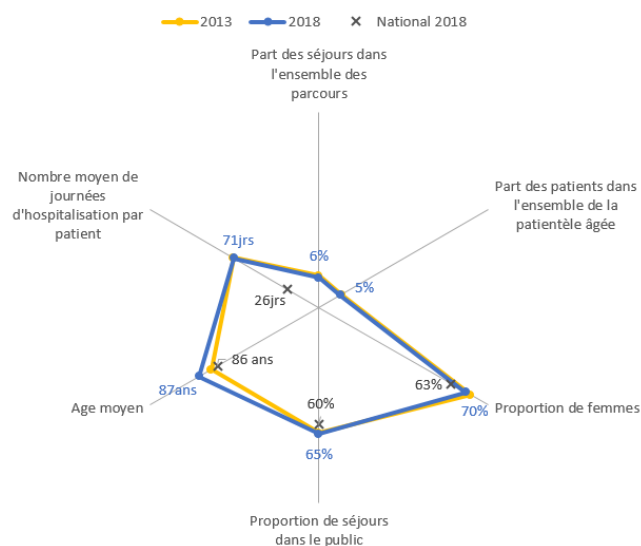


L'ensemble des patients de cette classe SSR2 a été hospitalisé au moins une fois en SSR. Pour 88% d'entre eux, cette hospitalisation était précédée d'un séjour en MCO.

Au cours de leur parcours, 46% des patients de cette classe ont été hospitalisés une seule fois en MCO à temps complet, 25% deux fois et 16% plus de deux fois. En moyenne, la durée d'hospitalisation en MCO a été de 21 jours par patient.

La très grande majorité des parcours (96%) contient une seule hospitalisation en SSR à temps complet pour une durée moyenne d'hospitalisation de 51 jours par patient.

Figure 19 : Différence entre 2013 et 2018 sur certains agrégats de la classe SSR2



Les patients avec un parcours de cette classe sont très majoritairement des femmes (70%). Ils sont globalement plus âgés que l'ensemble de la cohorte avec un âge moyen de 87,1 ans.

Des prises en charge pour pose de prothèse de hanche plus longues

Le principal motif de recours des patients de cette classe concerne les prises en charge de la hanche et du fémur pour traumatismes récents. En effet, les deux principaux parcours concernent :

- les interventions sur la hanche et le fémur pour traumatismes récents (3,9%)⁴¹
- et les prothèses de hanche pour traumatismes récents (1,8%)⁴².

À noter que parmi les 15 motifs de prise en charge les plus fréquents pour les parcours de la classe SSR2, huit concernent des fractures ou traumatismes des membres ou du rachis et représentent 10,4% des patients.

Tableau 5 : Motifs de prise en charge les plus fréquents pour la classe SSR2

Parcours	Libellé	Nombre de patients	Part des parcours de la classe
MCO-SSR	(rGHM:08C49;GN:0872) Interventions sur la hanche et le fémur pour traumatismes récents, âge supérieur à 17 ans Fractures de l'extrémité supérieure du fémur (à l'exclusion des FESF avec implant articulaire)	2 397	3,0%
MCO-SSR	(rGHM:08C47;GN:0831) Prothèses de hanche pour traumatismes récents Fractures de l'extrémité supérieure du fémur avec implant articulaire	1 444	1,8%
SSR	(GN:0127) Maladies d'Alzheimer et démences apparentées	966	1,2%
MCO-SSR	(rGHM:01M30;GN:0147) Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires Accidents vasculaires cérébraux avec hémiplégie	832	1,0%
MCO-SSR	(rGHM:08C24;GN:0841) Prothèses de genou Arthroses du genou avec implant articulaire	773	1,0%
MCO-SSR	(rGHM:08M37;GN:0836) Fractures du bras et de l'avant-bras, âge supérieur à 17 ans Fractures du membre supérieur	716	0,9%
MCO-SSR	(rGHM:08C49;GN:0831) Interventions sur la hanche et le fémur pour traumatismes récents, âge supérieur à 17 ans Fractures de l'extrémité supérieure du fémur avec implant articulaire	696	0,9%
SSR	(GN:0872) Fractures de l'extrémité supérieure du fémur (à l'exclusion des FESF avec implant articulaire)	690	0,9%
MCO-SSR	(rGHM:01M30;GN:0148) Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires Accidents vasculaires cérébraux autres	678	0,8%
MCO-SSR	(rGHM:05M09;GN:0512) Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire Insuffisances cardiaques	650	0,8%
MCO-SSR	(rGHM:08C48;GN:0840) Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents Arthroses de la hanche avec implant articulaire	615	0,8%
MCO-SSR	(rGHM:08M26;GN: 0874) Fractures du rachis Lésions traumatiques de la colonne vertébrale et du bassin (à l'exclusion des LT sévères de la colonne vertébrale)	600	0,7%
SSR	(GN:0836) Fractures du membre supérieur	587	0,7%
SSR	(GN:0831) Fractures de l'extrémité supérieure du fémur avec implant articulaire	521	0,7%
MCO-SSR	(rGHM:19M06;GN:0127) Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge supérieur à 79 ans Maladies d'Alzheimer et démences apparentées	520	0,6%
Total des 15 parcours les plus représentés		12 685	15,9%

NB: rGHM= racine de GHM ce sont les 5 premiers caractères du GHM en MCO.

GN= groupe nosologique soit les 4 premiers caractères du GME en SSR.

Les parcours avec du SSR sans MCO avant, le séjour de MCO a pu être réalisé l'année précédente et n'est pas donc pas pris en compte dans l'étude.

Les caractéristiques des parcours et des patients de cette classe n'ont pas évolué de manière significative entre 2013 et 2018.

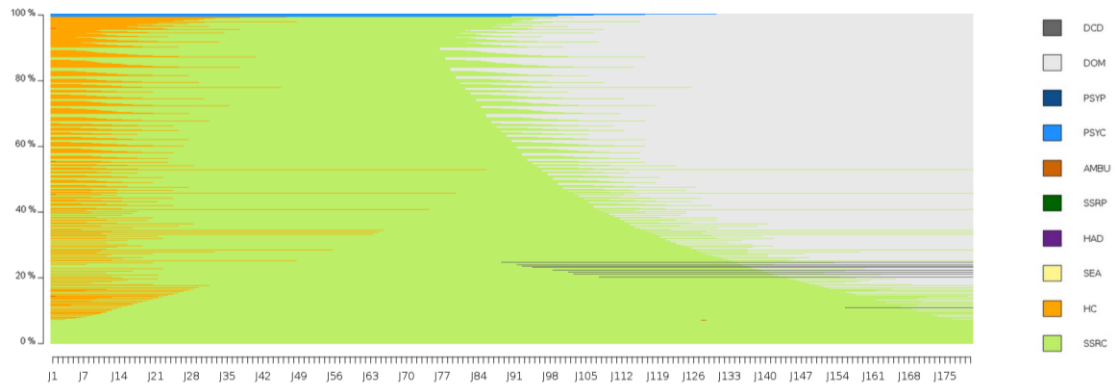
⁴¹ Séjour de MCO groupé dans la racine de GHM 08C49 suivi d'un séjour de SSR groupé dans le groupe nosologique 0872 ou 0831

⁴² Séjour de MCO groupé dans la racine de GHM 08C47 suivi d'un séjour de SSR groupé dans le groupe nosologique 0831

Classe SSR3 (4 % des patients) : Parcours avec une durée longue d'hospitalisation en SSR à temps complet

Une patientèle féminine et âgée prise en charge pour prothèse de genoux ou hanche

Figure 20 : Tapis ordonné des prises en charge quotidiennes des parcours de la classe SSR3



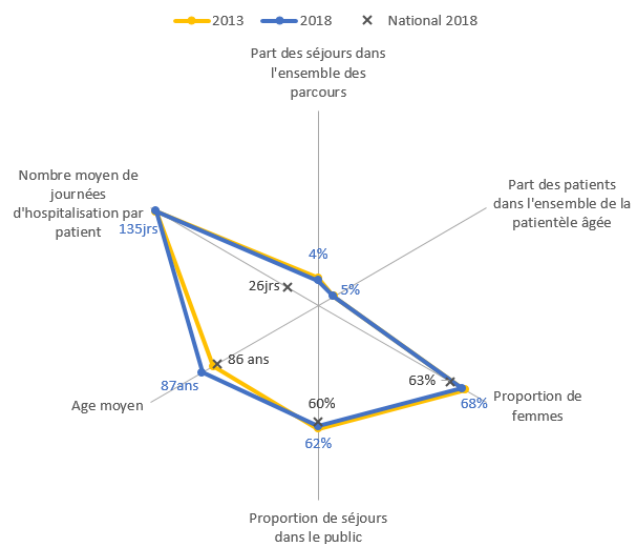
L'ensemble des patients de cette classe n°7 « SSR3 » a été hospitalisé au moins une fois en SSR. Pour 86% d'entre eux, cette hospitalisation était précédée d'un séjour en MCO.

10% des prises en charge non terminées au bout de 6 mois

Les parcours des patients de cette classe sont composés le plus souvent de plusieurs hospitalisations : près de la moitié (48%) ont connu plusieurs hospitalisations complètes en MCO. Par ailleurs, 38% ont eu plusieurs hospitalisations SSR à temps complet. Les durées d'hospitalisation en MCO et SSR de ces parcours sont parmi les plus longues avec respectivement 25 jours et 111 jours.

Près d'un patient sur dix (9,9%) est encore en hospitalisation à la fin de la période d'observation du parcours, i.e. au bout des 6 mois d'étude. C'est la classe qui contient le plus de parcours non terminés.

Figure 21 : Différence entre 2013 et 2018 sur certains agrégats de la classe 3



Les patients avec des parcours de cette classe sont en majorité des femmes (68%) et âgés en moyenne de 87 ans. 5% d'entre eux sont décédés durant la période étudiée.

Parmi les motifs de prise en charge les plus fréquents des parcours de la classe « SSR3 » sont retrouvés :

- Les maladies d'Alzheimer et démences apparentées : 2% en parcours SSR⁴³ seul et 0,7% en MCO/SSR⁴⁴
- Les fractures de l'extrémité supérieure du fémur (à l'exclusion des FESF avec implant articulaire) : 2% en parcours MCO/SSR⁴⁵ et 1,1% en SSR⁴⁶ seul
- Les accidents vasculaires cérébraux avec hémiplégié: 1,4% en parcours MCO/SSR⁴⁷ et 0,8% en SSR⁴⁸ seul

Tableau 6: Motifs de prise en charge les plus fréquents pour la classe SSR3

Parcours	Libellé	Nombre de patients	Part des parcours de la classe
SSR	(GN:0127) Maladies d'Alzheimer et démences apparentées	1 151	2,0%
MCO-SSR	(rrGHM:08C49;GN:0872) Interventions sur la hanche et le fémur pour traumatismes récents, âge supérieur à 17 ans Fractures de l'extrémité supérieure du fémur (à l'exclusion des FESF avec implant articulaire)	1 148	2,0%
MCO-SSR	(rrGHM:01M30;GN:0147) Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires Accidents vasculaires cérébraux avec hémiplégié	815	1,4%
SSR	(GN:0833) Fractures du membre inférieur	669	1,2%
SSR	(GN:0872) Fractures de l'extrémité supérieure du fémur (à l'exclusion des FESF avec implant articulaire)	649	1,1%
MCO-SSR	(rrGHM:08C49;GN:0833) Interventions sur la hanche et le fémur pour traumatismes récents, âge supérieur à 17 ans Fractures du membre inférieur	595	1,0%
SSR	(GN:0147) Accidents vasculaires cérébraux avec hémiplégié	457	0,8%
MCO-SSR	(rrGHM:08C47;GN:0831) Prothèses de hanche pour traumatismes récents Fractures de l'extrémité supérieure du fémur avec implant articulaire	415	0,7%
MCO-SSR	(rrGHM:19M06;GN:0127) Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge supérieur à 79 ans Maladies d'Alzheimer et démences apparentées	392	0,7%
SSR	(GN:0831) Fractures de l'extrémité supérieure du fémur avec implant articulaire	386	0,7%
MCO-SSR	(rrGHM:01M30;GN:0148) Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires Accidents vasculaires cérébraux autres	360	0,6%
MCO-SSR	(rrGHM:08C49;GN:0831) Interventions sur la hanche et le fémur pour traumatismes récents, âge supérieur à 17 ans Fractures de l'extrémité supérieure du fémur avec implant articulaire	338	0,6%
SSR	(GN:0836) Fractures du membre supérieur	300	0,5%
MCO-SSR	(rrGHM:08M07;GN:0833) Fractures, entorses, luxations et dislocations de la jambe, âge supérieur à 17 ans Fractures du membre inférieur	298	0,5%
Total des 15 parcours les plus représentés		7 973	13,9%

NB : rrGHM= racine de GHM ce sont les 5 premiers caractères du GHM en MCO.

GN= groupe nosologique soit les 4 premiers caractères du GME en SSR.

Les parcours avec du SSR sans MCO avant, le séjour de MCO a pu être réalisé l'année précédente et n'est pas donc pas pris en compte dans l'étude.

⁴³ Séjour SSR groupé en GN 0127

⁴⁴ Séjour en MCO groupé dans la racine de GHM 19M06 suivi d'un séjour de SSR groupé dans le GN 0127

⁴⁵ Séjour en MCO groupé dans la racine de GHM 08C49 suivi d'un séjour de SSR groupé dans le GN 0872

⁴⁶ Séjour SSR groupé en GN 0872

⁴⁷ Séjour en MCO groupé dans la racine de GHM 01M30 suivi d'un séjour de SSR groupé dans le GN 0147

⁴⁸ Séjour SSR groupé en GN 0147

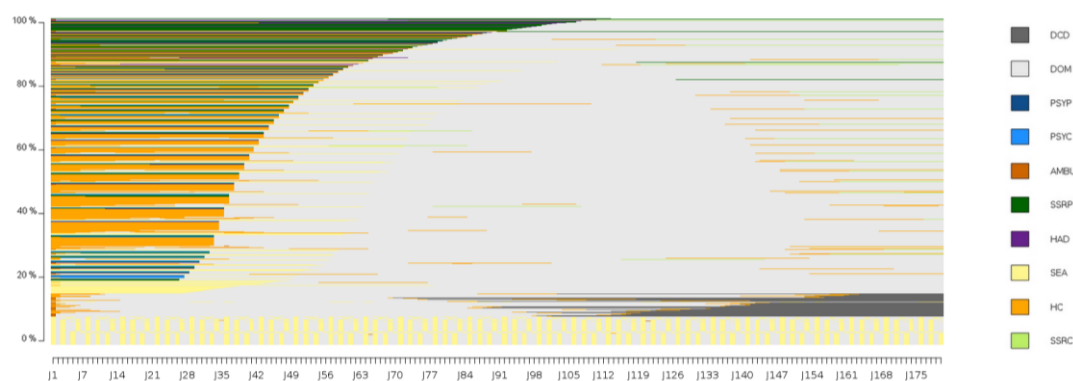
Evolution 2013-2018 : Hausse des séjours effectués dans le privé

La durée moyenne d'hospitalisation en MCO à temps complet a baissé de -1,6 jour entre 2013 et 2018. Les parcours de cette classe sont les seuls pour lesquels la proportion de séjours réalisés dans le secteur privé commercial durant la période 2013-2018 a augmenté (24% à 25%). Cette hausse étant compensée par une baisse équivalente au sein des établissements publics.

Classe COMPLEXE (9 % des patients) : Parcours complexes

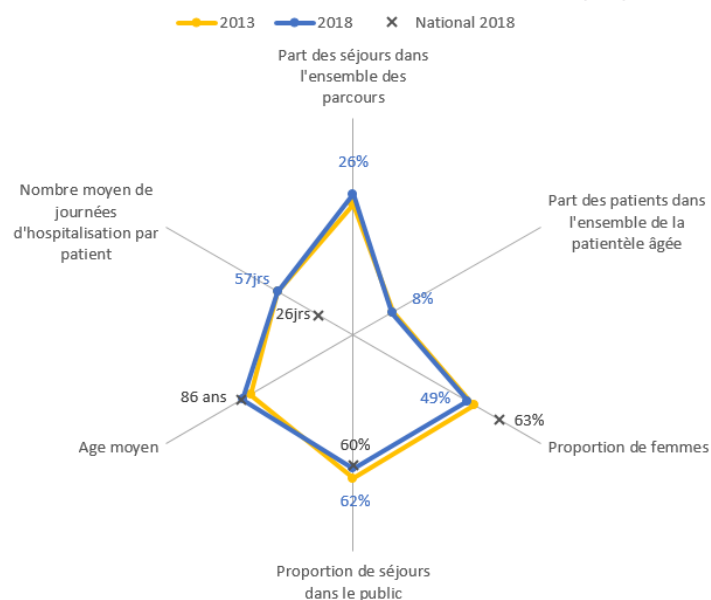
Une patientèle masculine avec de nombreuses hospitalisations en MCO

Figure 22 : Tapis ordonné des prises en charge quotidiennes des parcours de la classe COMPLEXE



Les parcours de cette classe sont parmi les plus complexes puisque 71% d'entre eux sont constitués de plus de trois hospitalisations différentes et 32% de plus de quatre. Ce sont également des parcours avec de fréquentes hospitalisations en MCO à temps complet (42% des parcours sont constitués de trois hospitalisations complètes en MCO ou plus).

Figure 23 : Différence entre 2013 et 2018 sur certains agrégats de la classe COMPLEXE



Cette classe se démarque des autres d'un point de vue médical par la plus grande proportion de parcours avec au moins une séance (19%) et d'un point de vue démographique par une majorité d'hommes (51%).

15% des patients appartenant à cette classe décèdent lors d'un séjour hospitalier dans les six mois suivant leur première hospitalisation annuelle.

Cette classe regroupe des patients avec des motifs de prises en charge diversifiés.

La cause d'hospitalisation la plus fréquente, que ce soit en MCO à temps complet ou pour le couple consécutif MCO/SSR, est la prise en charge de l'insuffisance cardiaque⁴⁹ (9%).

L'hémodialyse représente 60% des séances.

Cette classe est celle où les patients pris en charge en psychiatrie sont les plus représentés. En effet, elle concentre 56 % des prises en charge en psychiatrie à temps complet et 63 % de celles à temps partiel. Le motif de prise en charge le plus fréquent est l'épisode dépressif⁵⁰ (27% des parcours de cette classe avec une prise en charge psychiatrique).

Tableau 7: Motifs de prise en charge les plus fréquents pour la classe COMPLEXE

Parcours	Libellé	Nombre de patients	Part des parcours de la classe
MCO	(rGHM:28Z04) Hémodialyse, en séances	1 962	1,5%
MCO	(rGHM:05M09) Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire	1 041	0,8%
MCO-MCO	(rGHM:28Z19 28Z18) Radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité, en séances	732	0,6%
HAD	(MPP:09) Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	435	0,3%
MCO	(rGHM:19M06) Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge supérieur à 79 ans	413	0,3%
SSR	(GN:0127) Maladies d'Alzheimer et démences apparentées	393	0,3%
MCO	(rGHM:04M05) Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans	360	0,3%
MCO	(rGHM:01M30) Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires	352	0,3%
MCO-MCO-MCO	(rGHM:09C05 28Z20 28Z23) Mastectomies subtotaales pour tumeur maligne	309	0,2%
MCO-MCO	(rGHM:28Z20 28Z23) Techniques complexes d'irradiation externe avec repositionnement, en séances	303	0,2%
MCO-SSR	(rGHM:08C24;GN:0841) Prothèses de genou Arthroses du genou avec implant articulaire	283	0,2%
PSY	(DP:F32-2) Épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques	269	0,2%
MCO-SSR	(rGHM:19M06;GN:0127) Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge supérieur à 79 ans Maladies d'Alzheimer et démences apparentées	248	0,2%
MCO-SSR	(rGHM:05M09; GN:0512) Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire Insuffisances cardiaques	242	0,2%
Total des 15 parcours les plus représentés		7 342	5,5%

NB : rGHM= racine de GHM ce sont les 5 premiers caractères du GHM en MCO.

GN= groupe nosologique soit les 4 premiers caractères du GME en SSR.

MPP= motif Principal de Prise en charge en HAD.

DP= diagnostic Principal en psychiatrie

⁴⁹ Correspond aux séjours MCO groupés dans la racine de GHM 05M09 « Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire » et aux séjours SSR groupés dans le GN 0512 « Insuffisances cardiaques ».

⁵⁰ Séjours pour lesquels le diagnostic principal est un code de la catégorie diagnostique F32 « Épisodes dépressifs »

Cette classe a la plus grande proportion de séjours réalisés en établissement à but non lucratif (18%).

Évolution 2013-2018

Les parcours de la classe COMPLEXE ont la durée d'hospitalisation en MCO à temps complet qui a le plus baissé entre 2013 et 2018 (-2 jours en moyenne).

La proportion des parcours de cette classe ayant eu au moins une séance a augmenté de +3 points durant cette période (de 16% à 19%). De même, elle a augmenté de +3 points en ce qui concerne les séjours en MCO réalisés en ambulatoire (de 24% à 27%) et de +2 points pour les séjours d'HAD (de 5% à 7%). En revanche, Celle concernant les séjours en MCO à temps complet a diminué de -4 points (de 93% à 89%).

Entre 2013 et 2018, la part des séjours réalisés en établissement à but non lucratif a augmenté de +4 points (de 14% à 18%). Cette hausse a été compensée par une baisse de même ampleur dans le secteur public. Ces évolutions sont liées à la hausse des prises en charge des séances, majoritairement réalisées dans des établissements privés à but non lucratif.

Classe DC (10 % des patients) : Parcours avec décès hospitalier

Des patients âgés, pris en charge pour insuffisance cardiaque, état de choc circulatoire et soins palliatifs

Figure 24 : Tapis ordonné des prises en charge quotidiennes des parcours de la classe DC

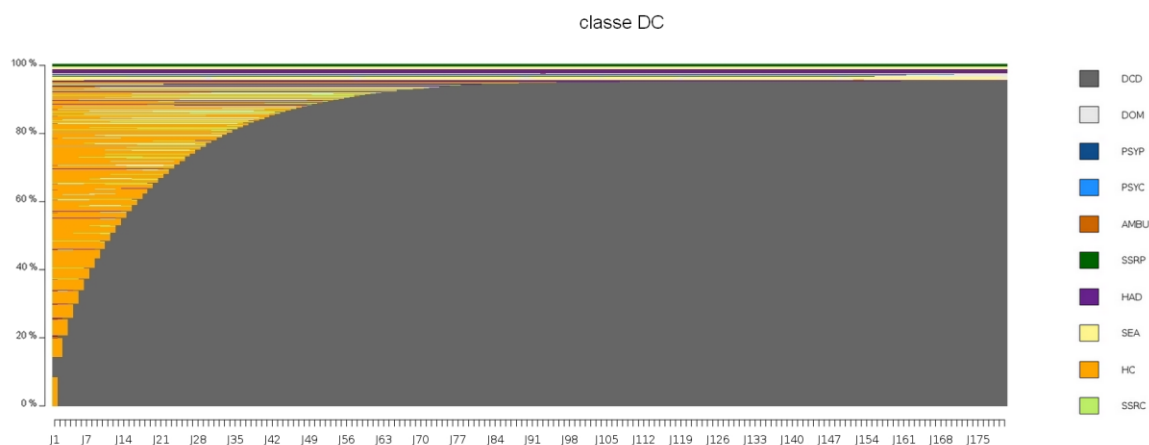
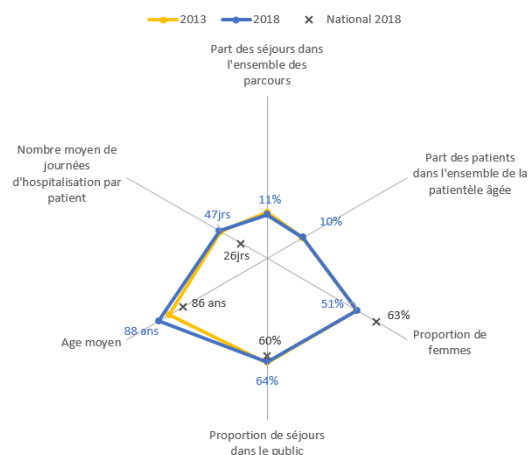


Figure 25 : Différence entre 2013 et 2018 sur certains agrégats de la classe DC



Au sein de cette classe, 90% des patients décèdent en établissement de santé dans les 6 mois suivant leur première hospitalisation annuelle. 10% des patients ont des parcours hospitaliers longs sans décès. Cette classe regroupe les parcours des patients les plus âgés (87,7 ans en moyenne), avec la plus faible part de femmes (51%).

Cette classe regroupe 74% des séjours d'HAD.

Les parcours de cette classe ont la durée moyenne de prise en charge en HAD la plus longue : 78 jours. Le même constat s'applique pour la psychiatrie à temps partiel avec une durée moyenne de prise en charge de 38 jours.

La durée moyenne d'hospitalisation en SSR à temps complet des parcours de cette classe est de 34 jours.

44% des patients ont uniquement une hospitalisation en MCO lors de laquelle ils décèdent.

7% des parcours de la classe DC sont concernés par au moins une séance. La majorité des séances (69%) concerne l'hémodialyse (28Z04).

Les séjours réalisés à temps complet en MCO correspondent principalement à des prises en charge pour insuffisance cardiaque et état de choc circulatoire⁵¹ (9%) et soins palliatifs⁵² (8%). Les patients avec un séjour de soins palliatifs appartenant à un parcours de la classe DC représentent 28% des patients âgés de 80 ans et plus avec un séjour de soins palliatifs.

Ce sont ces mêmes motifs de prise en charge qui sont retrouvés principalement pour les hospitalisations en SSR associées : insuffisance cardiaque⁵³ dans 5% des cas et soins palliatifs⁵⁴ dans 2% des cas.

⁵¹ Séjours groupés dans la racine de GHM 05M09 « Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire »

⁵² Séjours groupés dans la racine de GHM 23Z02 « Soins Palliatifs, avec ou sans acte »

⁵³ Séjours groupés dans le groupe nosologique (GN) 0512 « Insuffisances cardiaques »

⁵⁴ Séjours groupés dans le groupe nosologique (GN) 2303 « Soins palliatifs »

Concernant les séjours d'HAD, 85% des modes de prise en charge principaux (MPP) correspondent aux trois MPP suivant : pansements complexes et soins spécifiques⁵⁵ (09) pour 36%, soins palliatifs⁵⁶ pour 35% et soins de nursing lourds⁵⁷ pour 9%.

Tableau 8 : Motifs de prise en charge les plus fréquents pour la classe DC

Parcours	Libellé	Nombre de patients	Part des parcours de la classe
MCO	(rGHM:05M09) Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire	6 406	3,9%
MCO	(rGHM:23Z02) Soins Palliatifs, avec ou sans acte	5 441	3,3%
MCO	(rGHM:04M05) Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans	4 248	2,6%
MCO	(rGHM:01M30) Accidents vasculaires intracérébraux non transitoires	4 130	2,5%
MCO	(rGHM:05M22) Autres affections de la CMD 05 avec décès : séjours de moins de 2 jours	3 895	2,4%
MCO	(rGHM:04M24) Affections de la CMD 04 avec décès : séjours de moins de 2 jours	3 764	2,3%
MCO	(rGHM:04M07) Infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans	2 450	1,5%
HAD	(MPP:04) Soins palliatifs	2 308	1,4%
MCO	(rGHM:04M13) Oedème pulmonaire et détresse respiratoire	1 783	1,1%
MCO	(rGHM:28Z04) Hémodialyse, en séances	1 726	1,1%
MCO	(rGHM:01M36) Accidents vasculaires cérébraux non transitoires avec décès : séjours de moins de 2 jours	1 310	0,8%
MCO	(rGHM:10M16) Troubles métaboliques, âge supérieur à 17 ans	1 176	0,7%
MCO	(rGHM:01M37) Autres affections de la CMD 01 avec décès : séjours de moins de 2 jours	1 016	0,6%
MCO	(rGHM:04M20) Bronchopneumopathies chroniques surinfectées	968	0,6%
MCO	(rGHM:06M06) Occlusions intestinales non dues à une hernie	940	0,6%
Total des 15 parcours les plus représentés		41 561	25,4%

NB : rGHM= racine de GHM ce sont les 5 premiers caractères du GHM en MCO.

MPP= Motif Principal de Prise en charge en HAD.

Les caractéristiques des parcours et des patients de cette classe n'ont pas évolué de manière significative entre 2013 et 2018.

⁵⁵ MPP 09

⁵⁶ MPP 04

⁵⁷ MPP 14

Sources des données d'hospitalisation

Les résultats présentés dans ce rapport reposent sur les données d'activité des établissements de santé recueillies dans le cadre du PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information) pour les années 2013, 2014, 2017 et 2018. Les données des 4 champs sanitaires (MCO, SSR, HAD et psychiatrie) ont été utilisées.

Les données démographiques utilisées pour certains indicateurs sont celles des populations légales 2016 entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2019, publiées par l'Insee.

Périmètre d'analyse

Établissements : l'ensemble des établissements de France métropolitaine et des départements d'outre-mer (excepté l'établissement national de santé en milieu pénitencier de Fresnes) sont intégrés dans les analyses. En revanche, pour le calcul des taux d'évolution, seuls les établissements ayant transmis leurs données PMSI pour les années considérées sont retenus. Les fermetures, créations et fusions d'établissements sont prises en compte.

Patients : les décomptes en nombre de patients se basent uniquement sur les séjours correctement chaînés.

Activité MCO : les bases 2013-2018 ont été regroupées **selon la version V2018 de la classification des GHM**. Les séjours groupés en erreur (CM 90), les prestations inter-établissements et les séjours non valorisés dans la grille des tarifs par GHS (chirurgie esthétique, de confort...) sont exclus.

Activité HAD : le nombre de journées correspond au nombre de journées valorisées, qui correspond au nombre de journées facturées, donc hors GHT 99.

Activité SSR : les bases 2013-2018 ont été regroupées selon la classification des GME 2018.

Le calcul du nombre de journées est réalisé à partir du nombre de journées de présence et non de la durée couverte par les résumés hebdomadaires (RHA).

Activité Psychiatrie : le calcul du nombre de journées est réalisé à partir du nombre de journées de présence et non de la durée couverte par les séquences (RPSA) issues du RIM-P.

Analyse de l'activité hospitalière



2018

À partir du recueil de données dans les établissements de santé, cœur de métier de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), une analyse annuelle de l'activité hospitalière propose une vision d'ensemble des hospitalisations en France et de leurs évolutions.

Dans ce focus sur les hospitalisations des patients âgés de 80 ans et plus, les analyses répondent à deux objectifs :

- décrire les consommations de soins hospitaliers des patients âgés de 80 ans et plus, et leurs évolutions entre les années 2013 et 2018
- étudier les parcours de soins hospitaliers de ces patients, tous champs sanitaires confondus, sur une période de 6 mois, et analyser leurs évolutions au cours du temps.

En 2018, près de 3 300 établissements de santé ont accueilli 12,8 millions de patients. Parmi eux, 1 patient sur 8 était âgé de 80 ans et plus soit 1,6 million de patients. Dans cette classe d'âge, 40% de la population a eu recours à au moins une hospitalisation en 2018.

La démographie des personnes âgées de 80 ans et plus est en nette baisse. Elle est passée de +2,1% entre 2013 et 2014 (naissance avant 1934) à +1% entre 2017 et 2018 (naissance avant 1938). Cela se répercute sur la dynamique des hospitalisations des patients âgés de 80 ans et plus.

Ce ralentissement est également lié à une modification des prises en charge, avec le développement des alternatives à l'hospitalisation complète et une modification des parcours hospitaliers.

A l'aide d'une analyse séquentielle, qui a abouti à une classification en 7 types de parcours, deux phénomènes ont été identifiés. Un développement des parcours avec un séjour hospitalier en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) de courte durée au détriment des parcours de MCO en hospitalisation complète et dans une moindre mesure des parcours composés d'une hospitalisation de MCO suivi de soins de suite et de réadaptation.

En complément de cette synthèse, une infographie présente les principaux résultats de cette analyse.