



Impact du vieillissement de la population sur les recours aux soins hospitaliers à l'horizon 2030 dans les Pays de la Loire

PREMIERE PARTIE :
**Les recours aux soins hospitaliers des habitants
des Pays de la Loire, et leur évolution entre 1998 et 2007**

Octobre 2010

OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE DES PAYS DE LA LOIRE

Cette étude a été réalisée à la demande de l'Agence régionale de l'hospitalisation des Pays de la Loire, par l'Observatoire régional de la santé.

Les traitements statistiques ont été effectués par Françoise Lelièvre. Le rapport a été rédigé par le Dr Paolo Bercelli, Françoise Lelièvre et François Tuffreau.

Cette réalisation a bénéficié de l'appui technique de Marie-Claude Mouquet (Drees), ainsi que des travaux préalables du Dr Josiane Tomas.

PREAMBULE

Cette étude vise à évaluer l'impact de l'évolution démographique et du vieillissement sur les recours aux soins hospitaliers à l'horizon 2030 dans les Pays de la Loire, selon une méthodologie élaborée par la Drees.

Cette étude comprend deux parties :

- une analyse rétrospective des recours aux soins hospitaliers dans les Pays de la Loire pour la période 1998-2007,
- une analyse prospective à l'horizon 2030.

Le présent rapport contient la première partie de l'étude.

La méthode de la Drees repose sur l'analyse des résumés de séjours extraits des bases de données des établissements de santé publics et privés constitués lors des séjours dans les services de médecine-chirurgie-obstétrique, dans le cadre du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

Le contenu de ces bases est le reflet de l'activité des services hospitaliers, dans le contexte réglementaire existant, et au vu des règles de codification définies par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et mises en œuvre par les Départements d'information médicale (DIM).

L'évolution des pratiques médicales d'une part, du contexte réglementaire et des règles de codification d'autre part, font évoluer les pratiques de codage, ce qui influence la manière dont les données peuvent être enregistrées dans les bases.

Par ailleurs, depuis 2004, les fichiers constitués dans le cadre du PMSI sont directement utilisés pour la facturation des séjours hospitaliers, ce qui n'est pas sans conséquences sur la manière dont les informations sont renseignées dans ce système.

La présente étude repose sur le classement des séjours selon le diagnostic principal (voir méthodologie en annexe).



SOMMAIRE

CHAPITRE I	7
Evolution du nombre de séjours et des taux standardisés d'hospitalisation.....	7
La tendance à l'augmentation régulière du nombre de séjours s'est inversée en 2007	7
Le nombre de séjours suit la même tendance dans les Pays de la Loire et en France	7
Les transformations démographiques sont la principale cause de l'augmentation du nombre de séjours des habitants de la région	8
Des évolutions différenciées selon les groupes d'âge... ..	9
Le taux de recours augmente dans les Pays de la Loire alors qu'il baisse en France	10
Les écarts par rapport à la moyenne française sont variables selon les groupes d'âge ..	11
CHAPITRE II	13
Analyse de l'évolution des recours aux soins par groupes de diagnostics	13
Les examens et surveillances après traitement sont le premier motif de recours à l'hôpital	13
L'augmentation du nombre de séjours entre 1998 et 2007 concerne la plupart des chapitres de la CIM	14
Certains groupes de pathologies connaissent des évolutions très marquées	15
Maladies du sang.....	17
Facteurs influant sur l'état de santé.....	18
Maladies du système nerveux	20
Maladies de l'œil.....	22
Maladies de l'appareil respiratoire.....	23
Lésions traumatiques, empoisonnements	24
Certaines maladies infectieuses et parasitaires.....	26
Maladies de l'oreille.....	27
CHAPITRE III	28
Comparaison de la situation régionale avec celle des autres régions en matière de taux standardisé d'hospitalisation	28
Un taux de recours plus faible dans les Pays de la Loire qu'au plan national.....	28
Pour les maladies de l'oreille, les taux de recours dans la région sont supérieurs de 55 % par rapport à la moyenne nationale	30
Les maladies oculaires	31
Certaines maladies infectieuses et parasitaires.....	32
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	32
Les troubles mentaux et du comportement	32
CHAPITRE IV	33
Evolution de la part de l'ambulatoire et du nombre de journées d'hospitalisation	33
Forte progression de l'activité ambulatoire.....	33
Sept groupes de pathologies représentent 71 % des journées d'hospitalisation	37
Près de 40 % des journées d'hospitalisation concernent les 75 ans et plus	39
ANNEXES	41
METHODOLOGIE	42
Données statistiques	42
Classement des séjours.....	44
Indicateurs.....	46
LE PMSI MCO	48
TABLEAUX COMPLEMENTAIRES	51

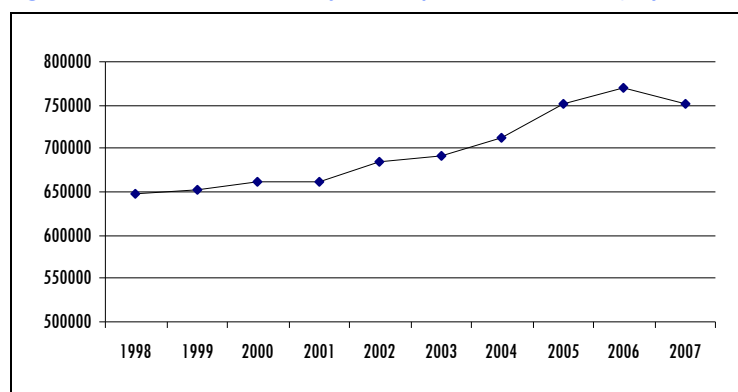
CHAPITRE I

Evolution du nombre de séjours et des taux standardisés d'hospitalisation

La tendance à l'augmentation régulière du nombre de séjours s'est inversée en 2007

Au cours de la période 1998-2007, le nombre de séjours hospitaliers des habitants de la région a augmenté globalement de 16 %, soit une croissance annuelle de +1,7 % (+1,6 % par an entre 1998 et 2004, puis +1,9 % par an entre 2004 et 2007).

Fig1. Evolution du nombre de séjours hospitaliers 1998-2007 (Pays de la Loire)



Sources : Bases nationales PMSI-MCO 1998 à 2007 - hors séjours en hôpitaux locaux, séjours pour grossesse et accouchement, périnatalité, surveillance de la grossesse et du nouveau-né normal, et venues pour séances - exploitation Drees (données redressées)

Cette évolution peut être décomposée en plusieurs séquences.

Au cours de la période 1998-2001, le nombre de séjours apparaît relativement stable.

De 2002 à 2004, on observe une croissance régulière du nombre de séjours qui s'accélère nettement entre 2004-2005.

Enfin, après cette période de forte croissance, la tendance s'inverse en 2007 avec une baisse du nombre de séjours dénombrés dans le PMSI¹.

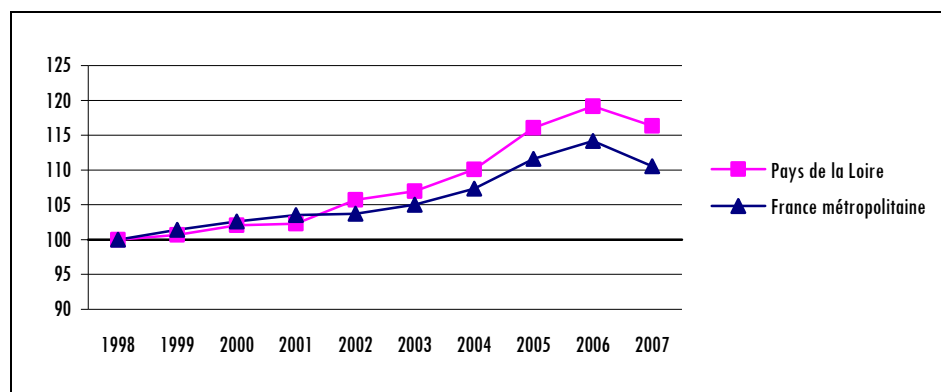
Le nombre de séjours suit la même tendance dans les Pays de la Loire et en France

► Le **nombre de séjours** suit une évolution comparable dans les Pays de la Loire et en France (fig. 2), avec une forte croissance qui s'amorce en 2005 puis qui s'inverse en 2007.

La croissance des séjours est toutefois nettement plus marquée dans la région. Ainsi, au cours de la période 2004-2007, le nombre de séjours des habitants des Pays de la Loire a augmenté près de deux fois plus vite que la moyenne nationale (+1,9 % par an, *versus* 1,0 %).

¹ La baisse constatée en 2007 ne correspond pas à une diminution de l'activité hospitalière mais semble essentiellement liée à une évolution importante des règles d'enregistrement dans le PMSI des séjours ambulatoires. Ainsi, certains actes médicaux pratiqués au bloc opératoire mais sans anesthésie ne font plus l'objet d'un résumé de séjour et relèvent d'une activité ambulatoire qui n'est pas prise en compte dans la T2A (Drees, 2010, Etudes et Résultats n° 716).

Fig2. Evolution du nombre de séjours hospitaliers entre 1998 et 2007 (Pays de la Loire et France métropolitaine (base 100 : 1998))



Sources : Bases nationales PMSI-MCO 1998 à 2007 - hors séjours en hôpitaux locaux, séjours pour grossesse et accouchement, périnatalité, surveillance de la grossesse et du nouveau-né normal, et venues pour séances - exploitation Drees (données redressées)

Les transformations démographiques sont la principale cause de l’augmentation du nombre de séjours des habitants de la région

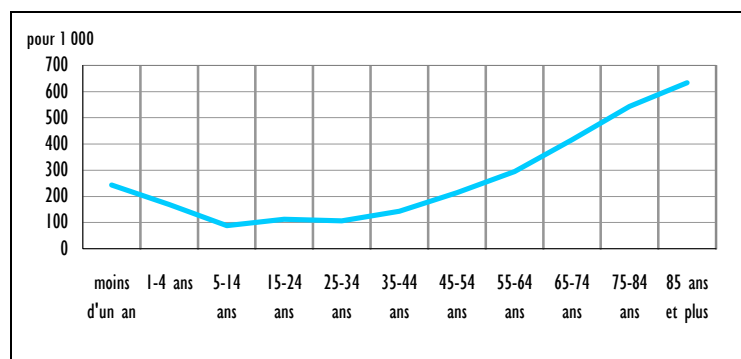
Les causes de cette augmentation importante du nombre de séjours hospitaliers sont multiples.

► Cette augmentation est d’abord la conséquence de l’évolution démographique (croissance de la population et vieillissement).

La région se caractérise par une **forte croissance démographique**, nettement plus importante qu’au plan national (respectivement 1,0 % et 0,7 % par an dans les Pays de la Loire et au plan national, au cours de la période 1999-2007). L’effectif de la population vendéenne a même augmenté deux fois plus vite qu’au plan national au cours de cette période.

Entre 1990 et 2006, la région Pays de la Loire a gagné 500 000 habitants supplémentaires, soit l’équivalent de la population du département de la Sarthe.

Fig3. Taux d’hospitalisation selon l’âge (Pays de la Loire - 2007)

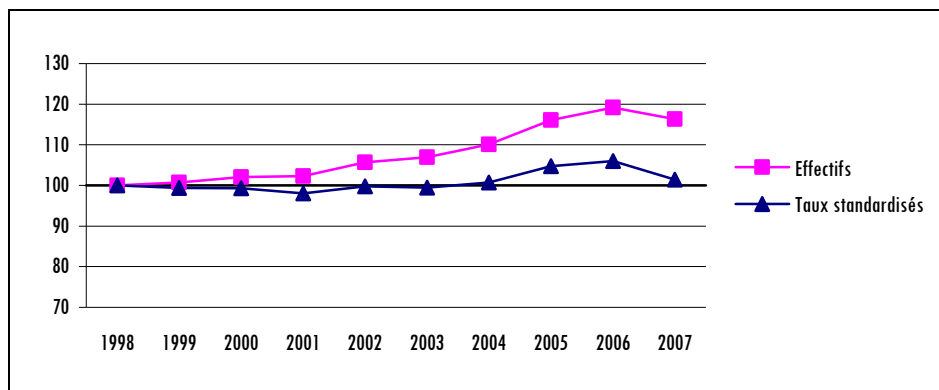


Sources : Base régionale PMSI-MCO 2007 - hors séjours pour grossesse et accouchement, périnatalité, surveillance de la grossesse et du nouveau-né normal, et venues pour séances - exploitation ORS Pays de la Loire (données brutes), Insee

Le **vieillissement démographique** contribue également à cette augmentation. L’effectif des 75 ans et plus a ainsi progressé de 30 % entre 1999 et 2007 (+3,3 % par an). Or, les taux de recours aux soins hospitaliers augmentent fortement avec l’âge (fig. 3). Le taux d’hospitalisation des personnes âgées de 75 ans et plus atteint environ 600 hospitalisations pour mille habitants en 2007 dans les Pays de la Loire. Il est six fois plus élevé que celui des 15-34 ans. Le vieillissement démographique est donc susceptible de provoquer une augmentation importante des recours aux soins hospitaliers.

► Pour neutraliser les effets de la croissance démographique et du vieillissement, on dispose d'un indicateur calculé par la Drees, **le taux standardisé d'hospitalisation (TSH)**. Cet indicateur permet de comparer des territoires entre eux, ou un même territoire à des périodes différentes, indépendamment des différences de structures par âge.

Fig4. Evolution comparative du nombre de séjours hospitaliers et des taux standardisés d'hospitalisation entre 1998 et 2007 (Pays de la Loire)



Sources : Bases nationales PMSI-MCO 1998 et 2007 - hors séjours en hôpitaux locaux, séjours pour grossesse et accouchement, périnatalité, surveillance de la grossesse et du nouveau-né normal, et venues pour séances - exploitation Drees (données redressées)

Au cours de la période 1998-2007, le TSH a augmenté de 1 % dans les Pays de la Loire. L'évolution de cet indicateur traduit une augmentation des recours à l'hôpital, qui amplifie les effets purement démographiques.

Si les taux d'hospitalisation de l'année 2007 avaient été identiques à ceux de l'année 1998, le nombre « théorique » de séjours 2007 aurait été de 719 000, à rapprocher des 752 600 séjours effectivement dénombrés en 2007. Ces 33 600 séjours supplémentaires correspondent donc à l'augmentation des taux de recours.

L'augmentation des 107 600 séjours entre 1998 et 2007 correspond pour 31 % à une augmentation des taux de recours, et pour 69 % aux effets démographiques.

Des évolutions différenciées selon les groupes d'âge...

Des différences relativement marquées apparaissent cependant selon le groupe d'âge, en matière de taux standardisé d'hospitalisation (fig. 5).

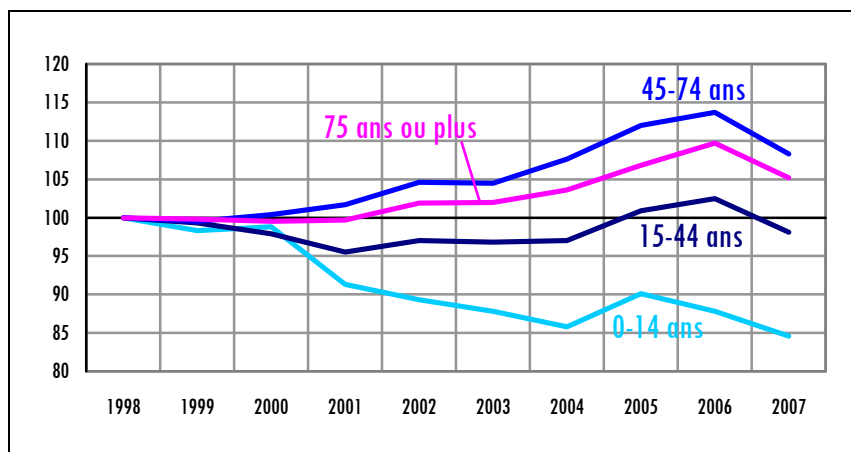
Les 0-14 ans

► L'évolution des recours aux soins hospitaliers des **0-14 ans** apparaît particulièrement atypique, avec une tendance générale à la baisse au cours de la période 1998-2007 (- 15 %). Cette baisse s'est toutefois interrompue en 2004-2005, dans le contexte de mise en place de la Tarification à l'activité (T2A).

Différentes hypothèses peuvent être émises quant à cette évolution : évolution de certaines affections fréquentes chez les nourrissons et les jeunes enfants, modifications des pratiques de soins ou des modes de prise en charge...

La « séniorisation » des urgences pédiatriques a peut-être également influencé le taux d'hospitalisation après un passage aux urgences, sachant que le taux de recours aux urgences des jeunes enfants est particulièrement élevé.

Fig5. Evolution du taux standardisé d'hospitalisation par groupe d'âge, 1998-2007 (Pays de la Loire - Base 100 : 1998)



Sources : Bases nationales PMSI-MCO 1998 à 2007 - hors séjours en hôpitaux locaux, séjours pour grossesse et accouchement, périnatalité, surveillance de la grossesse et du nouveau-né normal, et venues pour séances - exploitation Drees (données redressées)

Les 15-44 ans

► Le TSH pour ce groupe d'âge a connu des fluctuations, avec une succession de baisses et d'augmentations.

En 2007, le taux retrouve pratiquement sa valeur initiale de l'année 1998.

Les 45-74 ans

► Ce groupe d'âge connaît la plus forte augmentation : + 8 % en 2007 par rapport à 1998.

Les 75 ans ou plus

► Le TSH a une évolution comparable à celui des 45-74 ans, mais avec une croissance des recours moins marquée (+ 5 %).

Entre 1998 et 2007, le nombre de séjours pour ce groupe d'âge a fortement augmenté (+ 43 %). Les séjours des 75 ans et plus représentent 22,5 % des séjours en 2007 contre 18,3 % en 1998 (fig. 6).

Fig6. Evolution du nombre de séjours de personnes âgées de 75 ans ou plus et de leur part parmi l'ensemble des séjours (Pays de la Loire - France métropolitaine)

	Pays de la Loire		France métrop.
	Nombre de séjours	Part en %	Part en %
1998	118 506	18,3	17,8
2004	149 889	21,0	20,6
2007	169 331	22,5	22,4

Sources : Bases nationales PMSI-MCO 1998, 2004 et 2007 - hors séjours en hôpitaux locaux, séjours pour grossesse et accouchement, périnatalité, surveillance de la grossesse et du nouveau-né normal, et venues pour séances - exploitation Drees (données redressées)

Le taux de recours augmente dans les Pays de la Loire alors qu'il baisse en France

► Sur la période 1998-2007, le **taux standardisé d'hospitalisation** dans les Pays de la Loire est resté constamment inférieur à la moyenne nationale (fig.7). En 2007, ce taux est inférieur de 7 % au taux français (ICH de 93) (fig.31).

► Toutefois l'écart s'est resserré par rapport à la moyenne nationale, le taux Pays de la Loire et le taux français ayant connu des évolutions opposées à partir de 2004.

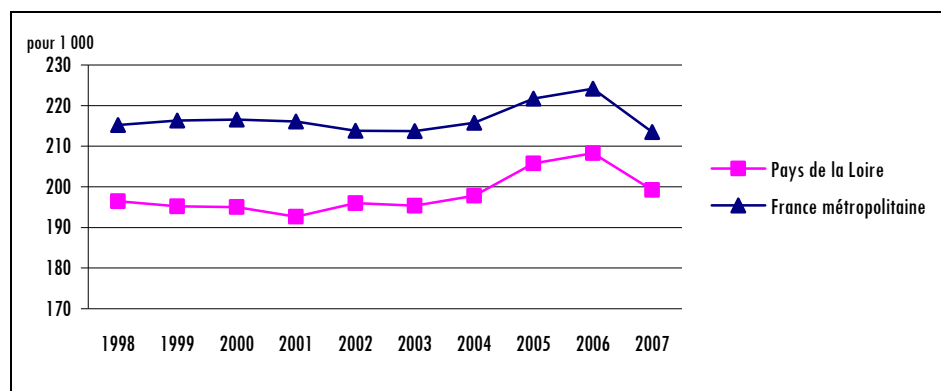
Au cours de la période 1998-2004, le taux français est resté stable alors que le taux régional a augmenté de 0,1 % par an.

Depuis 2004, le taux français a sensiblement diminué (-0,4 % par an), alors que le TSH a augmenté de 0,2 % par an dans les Pays de la Loire (voir fig.44 en annexe).

Globalement, au cours de la période 1998-2007, le taux standardisé d'hospitalisation a diminué au plan national (-1 %) alors qu'il a légèrement progressé dans la région (+1 %).

Ce résultat traduit-il un « rattrapage » de la région, qui a historiquement des taux de recours moins élevés qu'au plan national ?

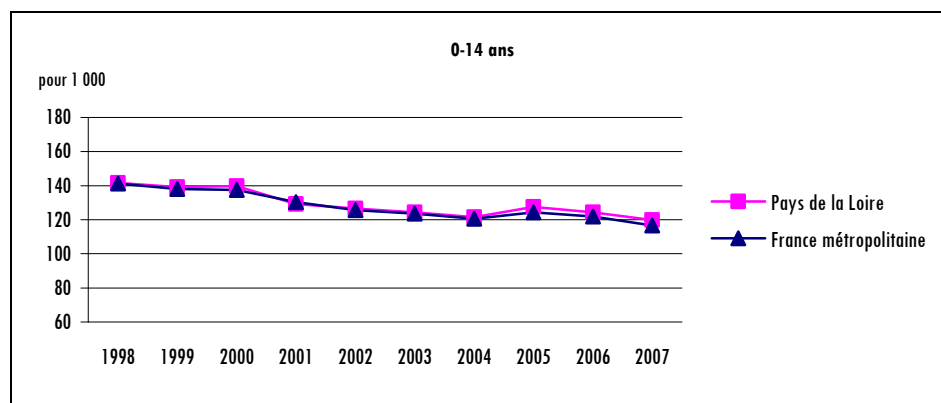
Fig7. Evolution du taux standardisé d'hospitalisation 1998-2007 (Pays de la Loire - France métropolitaine)



Sources : Bases nationales PMSI-MCO 1998 à 2007 - hors séjours en hôpitaux locaux, séjours pour grossesse et accouchement, périnatalité, surveillance de la grossesse et du nouveau-né normal, et venues pour séances - exploitation Drees (données redressées)

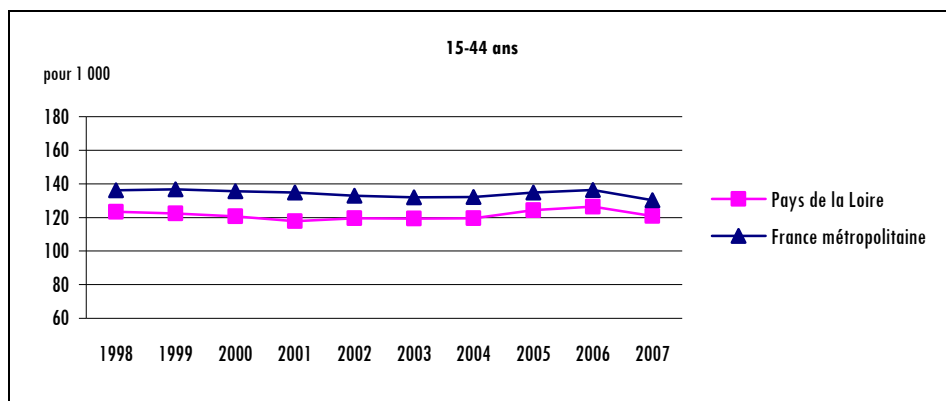
Les écarts par rapport à la moyenne française sont variables selon les groupes d'âge

Fig8.1 Evolution des taux standardisés d'hospitalisation entre 1998 et 2007 des 0-14 ans (Pays de la Loire - France métropolitaine)



Le groupe d'âge des 0-14 ans est le seul pour lequel le taux Pays de la Loire est supérieur au taux français, pendant toute la période.

Fig8.2 Evolution des taux standardisés d'hospitalisation des 15-44 ans entre 1998 et 2007 (Pays de la Loire - France métropolitaine)



Sur toute la période, le taux standardisé d'hospitalisation régional des 15-44 ans est inférieur au taux moyen français, mais l'écart reste faible.

Fig8.3 Evolution des taux standardisés d'hospitalisation des 45-74 ans entre 1998 et 2007 (Pays de la Loire - France métropolitaine)

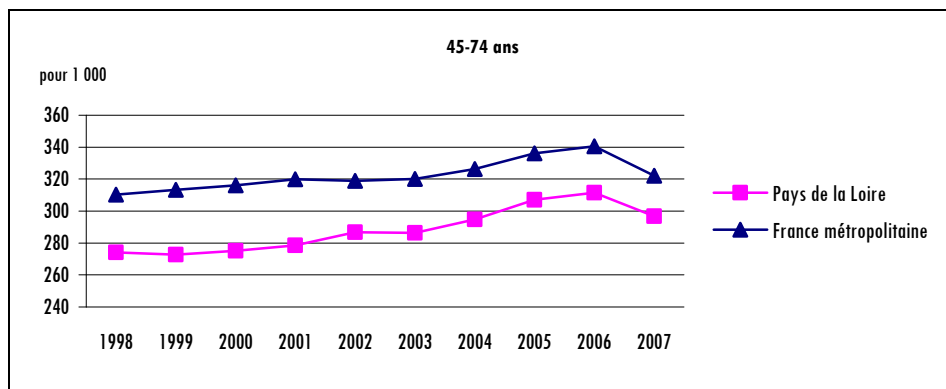
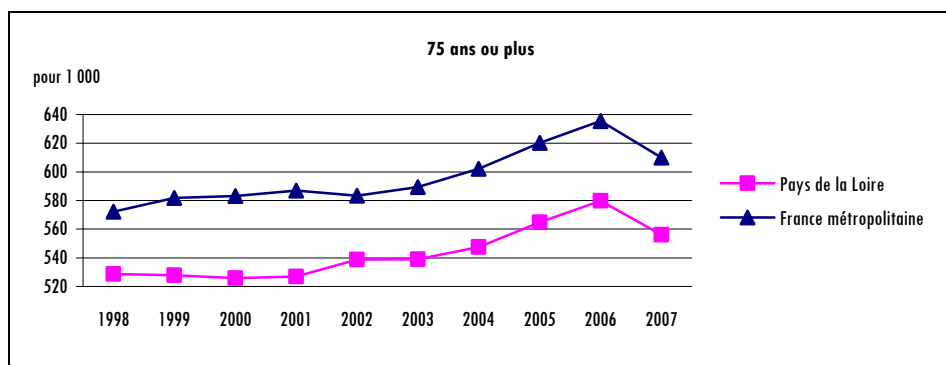


Fig8.4 Evolution des taux standardisés d'hospitalisation des 75 ans ou plus entre 1998 et 2007 (Pays de la Loire - France métropolitaine)



Sources : Bases nationales PMSI-MCO 1998 à 2007 - hors séjours en hôpitaux locaux, séjours pour grossesse et accouchement, périnatalité, surveillance de la grossesse et du nouveau-né normal, et venues pour séances - exploitation Drees (données redressées)

Le groupe d'âge des 75 ans et plus est celui pour lequel l'écart entre les Pays de la Loire et la France est le plus important (-9 % en 2007). Entre 1998 et 2007, le taux standardisé d'hospitalisation a progressé de 5,2 % dans les Pays de la Loire contre 6,6 % au plan national.

CHAPITRE II

Analyse de l'évolution des recours aux soins par groupes de diagnostics

Les examens et surveillances après traitement sont le premier motif de recours à l'hôpital

Parmi les 758 700 séjours hospitaliers observés en 2007, le premier motif de recours des habitants de la région correspond au chapitre XXI de la Classification internationale des maladies, avec 103 000 hospitalisations dans l'année, soit près de 14 % des séjours (fig. 9).

Ce chapitre de la CIM regroupe des motifs de recours relativement hétérogènes, avec en premier lieu les suites d'examen après traitement médical ou chirurgical, pratiquées majoritairement en ambulatoire, les bilans, examens, expertises²...

Viennent ensuite les séjours ayant comme diagnostic principal :

- les maladies de l'appareil digestif (13 %) - dont un quart concernent les maladies des dents et du parodonte,
- les tumeurs (10 %),
- les maladies de l'appareil circulatoire (9 %).

Ces trois groupes représentent le tiers des hospitalisations des habitants des Pays de la Loire en 2007. Ce « classement » est tout à fait comparable à ce que l'on observe au plan national.

Fig9. Nombre de séjours en 2007 selon le chapitre de la CIM (Pays de la Loire)

		Nombre de séjours d'hosp. PDL	% Pays de la Loire	% France métropolitaine
I	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	10 325	1,4	1,5
II	Tumeurs	78 214	10,3	8,9
III	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	7 574	1,0	1,1
IV	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	16 623	2,2	2,5
V	Troubles mentaux et du comportement	17 769	2,3	2,3
VI	Maladies du système nerveux	29 971	4,0	3,8
VII	Maladies de l'œil et de ses annexes	45 001	5,9	5,1
VIII	Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	14 418	1,9	1,1
IX	Maladies de l'appareil circulatoire	69 186	9,1	9,7
X	Maladies de l'appareil respiratoire	40 918	5,4	5,3
XI	Maladies de l'appareil digestif	101 226	13,3	13,6
XII	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	11 497	1,5	1,6
XIII	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	56 390	7,4	7,1
XIV	Maladies de l'appareil génito-urinaire	42 357	5,6	6,1
XVII	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	6 764	0,9	0,8
XVIII	Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	48 872	6,4	6,9
XIX	Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	58 376	7,7	7,6
XXI	Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	103 229	13,6	15,0
	TOTAL	758 710	100,0	100,0

Sources : Base régionale et base nationale PMSI-MCO 2007 - hors séjours pour grossesse et accouchement, périnatalité, surveillance de la grossesse et du nouveau-né normal, et venues pour séances - exploitation ORS Pays de la Loire (données brutes)

² Les séances pour dialyse, chimiothérapie, radiothérapie... ne sont pas prises en compte dans cette étude et ne sont donc pas comptabilisées dans ce chapitre (voir chapitre méthodologie).

L'augmentation du nombre de séjours entre 1998 et 2007 concerne la plupart des chapitres de la CIM

► L'augmentation du nombre de séjours constatée dans les bases PMSI entre 1998 et 2007 concerne la plupart des chapitres de la CIM (fig. 10).

Parmi les plus **fortes progressions**, on peut citer les séjours appartenant aux chapitres de la CIM suivants :

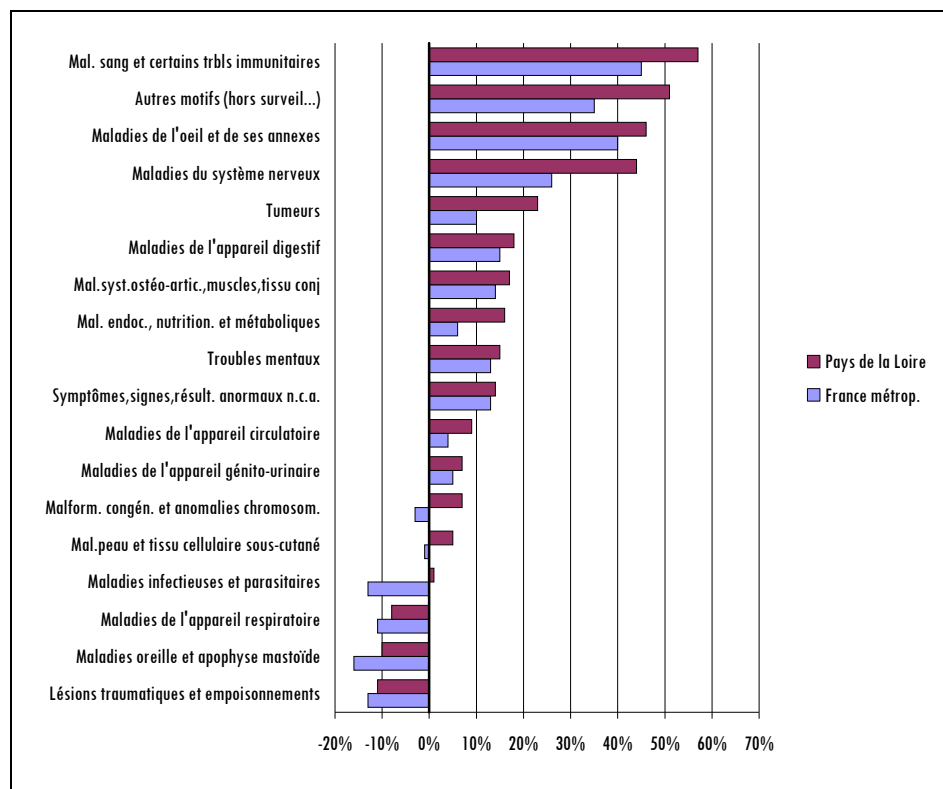
- maladies du sang (+57 %),
- facteurs influant sur l'état de santé (+51 %),
- maladies de l'œil (+46 %),
- maladies du système nerveux (+44 %).

► Certains chapitres connaissent au contraire une **baisse significative** :

- lésions traumatiques et empoisonnements (-11 %),
- maladies de l'oreille (-10 %),
- maladies de l'appareil respiratoire (-8 %).

► De manière générale, les tendances observées sont comparables dans les Pays de la Loire et en France (fig. 10).

Fig10. Evolution du nombre de séjours hospitaliers 1998-2007 par chapitres CIM-10 (Pays de la Loire - France métropolitaine)



Sources : Bases nationales PMSI-MCO 1998 et 2007 - hors séjours en hôpitaux locaux, séjours pour grossesse et accouchement, périnatalité, surveillance de la grossesse et du nouveau-né normal, et venues pour séances - exploitation Drees (données redressées)

Fig11. Evolution du nombre de séjours hospitaliers entre 1998 et 2007 par chapitres CIM-10 (Pays de la Loire - France métropolitaine)

		Pays de la Loire	France métrop.
I	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	1%	-13%
II	Tumeurs	23%	10%
III	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	57%	45%
IV	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	16%	6%
V	Troubles mentaux et du comportement	15%	13%
VI	Maladies du système nerveux	44%	26%
VII	Maladies de l'œil et de ses annexes	46%	40%
VIII	Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	-10%	-16%
IX	Maladies de l'appareil circulatoire	9%	4%
X	Maladies de l'appareil respiratoire	-8%	-11%
XI	Maladies de l'appareil digestif	18%	15%
XII	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	5%	-1%
XIII	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	17%	14%
XIV	Maladies de l'appareil génito-urinaire	7%	5%
XVII	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	7%	-3%
XVIII	Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	14%	13%
XIX	Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	-11%	-13%
XXI	Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	51%	35%
	TOTAL	16%	11%

Sources : Bases nationales PMSI-MCO 1998 et 2007 - hors séjours en hôpitaux locaux, séjours pour grossesse et accouchement, périnatalité, surveillance de la grossesse et du nouveau-né normal, et venues pour séances - exploitation Drees (données redressées)

Certains groupes de pathologies connaissent des évolutions très marquées

► Mais, comme nous l'avons indiqué dans le premier chapitre du rapport, l'augmentation du nombre de séjours ne traduit pas forcément une augmentation des taux de recours, l'essentiel de l'augmentation brute du nombre de séjours étant lié à des effets purement démographiques.

Or, on observe une augmentation des taux standardisés d'hospitalisation très importante pour les séjours qui appartiennent aux chapitres suivants :

- maladies du sang (+33 % au cours de la période 1998-2007 dans les Pays de la Loire, + 28 % au plan national),
- facteurs influant sur l'état de santé (+32 %, vs +21 %),
- maladies du système nerveux (+26 %, vs +13 %),
- maladies de l'œil (+20 %, vs +19 %)

De manière générale, les chapitres pour lesquels le nombre de séjours est en forte augmentation sont également ceux pour lesquels on observe une augmentation du TSH.

En ce qui concerne la comparaison avec la France, les tendances sont similaires, la croissance observée dans la région étant toutefois plus importante qu'au plan national, en particulier pour les maladies du système nerveux, et les facteurs influant sur l'état de santé.

► **Les plus fortes baisses** concernent les séjours ayant comme DP :

- les maladies de l'appareil respiratoire (-21 % dans les Pays de la Loire, vs -20% en France),
- lésions traumatiques et empoisonnements (-20 %, vs -20 %),
- maladies de l'oreille (-19 %, vs -21 %),
- maladies infectieuses et parasitaires (-13 %, vs -21 %).

De manière générale, les baisses observées dans la région sont plus faibles qu'au plan national, sauf pour les maladies de l'appareil respiratoire.

Les chapitres pour lesquels on observe une baisse importante du nombre de séjours sont également ceux pour lesquels le TSH est en baisse.

► Les évolutions tendanciennes sont comparables dans les Pays de la Loire et en France. On observe cependant des tendances opposées pour les chapitres suivants :

- tumeurs (+5 % dans les Pays de la Loire et -3 % en France),
- maladies endocriniennes (+4 %, vs -3 %).

Fig12. Evolution 1998-2007 des TSH par chapitre de la CIM-10 (Pays de la Loire, France métropolitaine)

		Pays de la Loire	France métrop.
I	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	-13%	-21%
II	Tumeurs	5%	-3%
III	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	33%	28%
IV	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	4%	-3%
V	Troubles mentaux et du comportement	3%	3%
VI	Maladies du système nerveux	26%	13%
VII	Maladies de l'œil et de ses annexes	20%	19%
VIII	Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	-19%	-21%
IX	Maladies de l'appareil circulatoire	-8%	-10%
X	Maladies de l'appareil respiratoire	-21%	-20%
XI	Maladies de l'appareil digestif	7%	5%
XII	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	-4%	-8%
XIII	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	2%	3%
XIV	Maladies de l'appareil génito-urinaire	-5%	-3%
XVII	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	-2%	-8%
XVIII	Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen clinique et de laboratoire, non classés ailleurs	-1%	1%
XIX	Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	-20%	-20%
XXI	Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	32%	21%
	TOTAL	1%	-1%

Sources : Bases nationales PMSI-MCO 1998 et 2007 - hors séjours en hôpitaux locaux, séjours pour grossesse et accouchement, périnatalité, surveillance de la grossesse et du nouveau-né normal, et venues pour séances - exploitation Drees (données redressées)

Dans les pages suivantes, une analyse détaillée de ces évolutions est effectuée, pour les différents groupes de pathologies qui connaissent les hausses (pages 16-21) et les baisses les plus importantes (pages 22-26).

Maladies du sang

► Les maladies de sang ont constitué, en 2007, le diagnostic principal d'hospitalisation de 7 500 séjours parmi les habitants des Pays de la Loire, soit 1 % de l'ensemble des séjours. Les diagnostics les plus fréquents sont les anémies (40 %) et les aplasies médullaires (36 %) (fig. 14).

Le taux d'hospitalisation pour ces affections augmente fortement avec l'âge (fig. 13) ; 55 % des séjours concernent des personnes âgées de 65 ans ou plus.

A structure par âge identique, les habitants des Pays de la Loire ont, en 2007, un taux d'hospitalisation pour maladie du sang inférieur de 14 % à la moyenne nationale (ICH de 86) (fig. 31).

► Entre 1998 et 2007, le TSH pour maladie du sang a progressé de 33 % dans les Pays de la Loire (28 % au plan national), le nombre de séjours ayant augmenté de 57 % (vs 45 %).

L'analyse de l'évolution des recours par diagnostics détaillés, réalisable uniquement sur la période 2004-2007 en données brutes, montre que l'augmentation du nombre de séjours est essentiellement liée à la croissance des hospitalisations ayant comme diagnostic principal une anémie nutritionnelle (fig. 14), anémie par carence en fer principalement. Un calcul effectué sur les bases PMSI a montré une augmentation parallèle des hospitalisations et des venues en séances pour transfusion.

Les causes de cette forte croissance peuvent s'expliquer par un recours plus fréquent à l'hospitalisation pour la prise en charge des anémies, traduisant une évolution des pratiques de soins. Les patients concernés sont d'ailleurs essentiellement des sujets âgés (83 % de séjours de personnes de plus de 65 ans).

Fig13. Taux d'hospitalisation pour maladie du sang selon l'âge (Pays de la Loire, 2007)

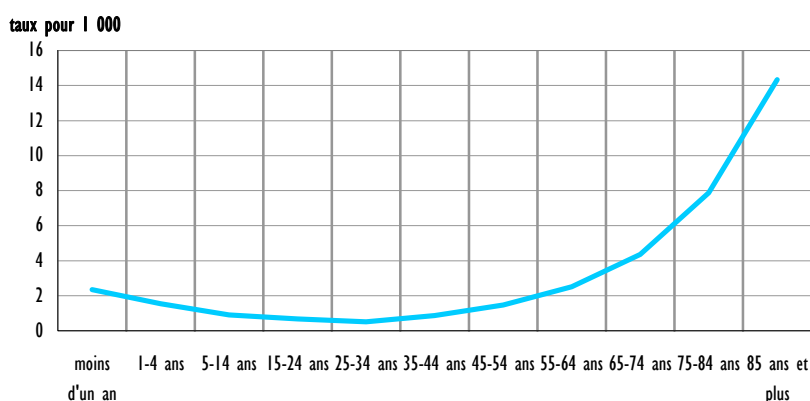


Fig14. Répartition des séjours hospitaliers ayant comme DP une maladie du sang parmi les habitants des Pays de la Loire en 2007, et évolution 2004-2007

	Nombre de séjours 2007	Répartition en %	Evolution 2004-2007 en TCAM
(D50-D53) Anémies nutritionnelles	2 573	34,0%	9,5%
(D55-D59) Anémies hémolytiques	438	5,8%	4,2%
(D60-D64) Aplasies médullaires et autres anémies	2 759	36,4%	3,3%
(D65-D69) Anomalies de la coagulation, purpura et autres affections hémorragiques	1 002	13,2%	3,6%
(D70-D77) Autres maladies du sang et des organes hématopoïétiques	476	6,3%	-4,6%
(D80-D89) Certaines anomalies du système immunitaire	326	4,3%	-1,5%
Total	7 574	100,0%	4,5%

Sources : Bases régionales PMSI-MCO 2004 et 2007 - hors séjours pour grossesse et accouchement, périnatalité, surveillance de la grossesse et du nouveau-né normal, et venues pour séances - exploitation ORS Pays de la Loire (données brutes)

Facteurs influant sur l'état de santé

► Les « facteurs influant sur l'état de santé » ont constitué, en 2007, le diagnostic principal d'hospitalisation de 103 000 séjours parmi les habitants des Pays de la Loire, soit 14 % de l'ensemble des séjours. C'est le premier motif de recours parmi l'ensemble des chapitres de la CIM-10, dans les Pays de la Loire comme en France (fig. 9). Les surveillances post-traitements médicaux ou chirurgicaux représentent la moitié des séjours de ce chapitre (fig. 16).

Les taux d'hospitalisation pour ces motifs progressent avec l'âge (fig.15) ; 32 % des séjours concernent des personnes âgées de 65 ans et plus.

A structure par âge identique, les habitants des Pays de la Loire ont, en 2007, un taux d'hospitalisation pour « facteurs influant sur l'état de santé » inférieur de 16 % à la moyenne nationale (ICH de 84) (fig. 31).

► Entre 1998 et 2007, le TSH pour « facteurs influant sur l'état de santé » a progressé de 32 % dans les Pays de la Loire (21 % au plan national), le nombre de séjours ayant augmenté de 51 % (35 % au plan national).

Dans les Pays de la Loire comme en France, la croissance du nombre de séjours pour ces motifs a été surtout marquée entre 1998 et 2004 : +6,3 % par an, contre +1,5 % par an entre 2004 et 2007 (fig. 16).

Parmi les causes qui peuvent expliquer cette forte croissance, on peut identifier l'influence des règles de codage. En effet, les établissements sont incités à décrire les surveillances de maladies chroniques et les suivis à distance des pathologies cancéreuses à l'aide de codes en Z plutôt que de décrire la maladie à l'origine de ces soins. Par ailleurs, depuis la mise en place de la T2A, les séjours pour surveillance, essentiellement ambulatoires, sont sans doute mieux enregistrés également dans le PMSI.

Les séjours classés en "Autres..." sont en très forte augmentation au cours de la période 1998-2004 (+14,4 % par an). Cette croissance est principalement liée à l'augmentation du nombre de séjours codés Z80.0 "Antécédents familiaux de tumeur maligne des organes digestifs" correspondant à des coloscopies de dépistage avec un bilan négatif.

Fig15. Taux d'hospitalisation par âge pour « facteurs influant sur la santé...» (Pays de la Loire, 2007)

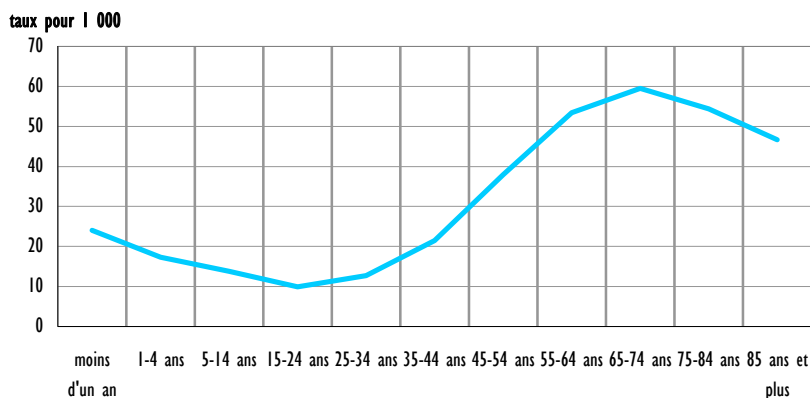


Fig16. Répartition des séjours hospitaliers ayant comme DP des « facteurs influant sur la santé... » (Pays de la Loire, 2007, et évolutions 1998-2004 et 2004-2007)

	Nombre de séjours 2007 (1)	Répartition en % (1)	Evolution 1998-2004 en TCAM (2)	Evolution 2004-2007 en TCAM (2)
(Z00-Z04, Z08-Z13) Examens, investigations sans résultats anormaux	22 939	22%	2,6%	3,8%
(Z41) Thérapie sans raison médicale	1 497	2%	9,5%	5,8%
(Z49) Dialyse	663	1%	4,1%	10,6%
(Z510) Radiothérapie	646	1%	-6,7%	6,7%
(Z511) Chimiothérapie pour tumeur	8 750	9%	-0,9%	-0,5%
(Z40, Z42-Z48, Z50, autres Z51, Z52, Z54, Z93-Z99) Surveillance post-traitements médicaux ou chirurgicaux	50 569	49%	8,9%	5,3%
(Z55-Z65, Z74, Z75) Recours raison économique ou sociale	1 136	1%	1,3%	-1,8%
Autres	17 033	16%	14,4%	-0,2%
Total	103 233	100%	6,3%	1,5%

Sources : 1 - Base régionale PMSI-MCO 2007 - hors séjours pour grossesse et accouchement, périnatalité, surveillance de la grossesse et du nouveau-né normal, et venues pour séances - exploitation ORS Pays de la Loire (données brutes) ;
2 - Bases nationales PMSI-MCO 1998, 2004 et 2007 - hors séjours en hôpitaux locaux, séjours pour grossesse et accouchement, périnatalité, surveillance de la grossesse et du nouveau-né normal, et venues pour séances - exploitation Drees (données redressées)

Maladies du système nerveux

► Les maladies du système nerveux ont constitué, en 2007, le diagnostic principal d'hospitalisation de 30 000 séjours parmi les habitants des Pays de la Loire (4 % de l'ensemble des séjours).

Ce groupe rassemble des diagnostics d'hospitalisation de natures très diverses :

- affections neurologiques qui génèrent des séjours de courte durée pour troubles du sommeil, épilepsies, accidents ischémiques transitoires, compression radiculaire et plexiques,
- syndromes du canal carpien,
- autres affections neurologiques : Parkinson, affections dégénératives...

Le taux d'hospitalisation pour ces pathologies augmente rapidement avec l'âge (fig. 17) ; 34 % des séjours concernent des personnes âgées de 65 ans et plus.

A structure par âge identique, les habitants des Pays de la Loire ont, en 2007, un taux d'hospitalisation pour maladie du système nerveux proche de la moyenne nationale (ICH de 97) (fig. 31).

► Entre 1998 et 2007, le TSH pour maladie du système nerveux a progressé de 26 % dans les Pays de la Loire (13 % au plan national), le nombre de séjours ayant augmenté de 44 % (vs 26 %) sur cette période.

Les maladies du système nerveux périphérique qui représentent 47 % des séjours de ce chapitre en 2007, ont progressé de manière particulièrement importante (fig. 18).

L'analyse de l'évolution des recours par codes CIM détaillés à l'intérieur de ce groupe de pathologies, réalisable uniquement sur la période 2004-2007 en données brutes, montre que l'augmentation des séjours se concentre principalement sur le code G55.1 « Compression des racines et des plexus nerveux au cours d'atteintes des disques intervertébraux » (2 700 séjours en 2007 contre 500 en 2004). On peut penser à une évolution des pratiques de codage : ce code complète en règle générale le code de lésion du nerf sciatique due à une discopathie intervertébrale (M51.1, chapitre XIII, maladies du système ostéo-articulaire) et lui est préféré en diagnostic principal.

Fig17. Taux d'hospitalisation pour maladie du système nerveux selon l'âge parmi les habitants des Pays de la Loire en 2007

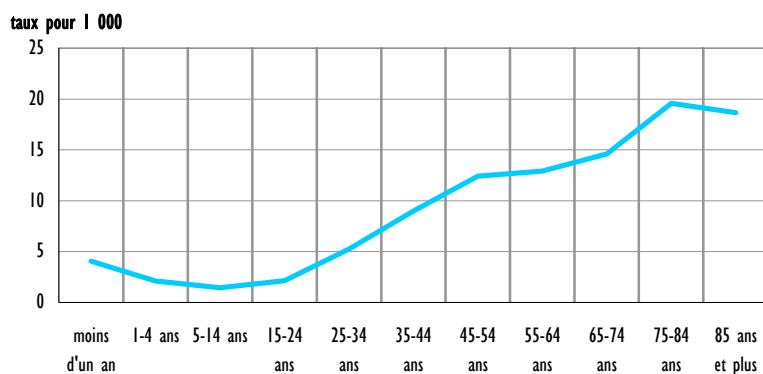


Fig18. Répartition des séjours hospitaliers ayant comme DP une maladie du système nerveux parmi les habitants des Pays de la Loire en 2007, et évolution 1998-2004 et 2004-2007

	Nombre de séjours 2007 (1)	Répartition en % (1)	Evolution 1998-2004 en TCAM (2)	Evolution 2004-2007 en TCAM (2)
(G00-G09) Maladie inflammatoire du système nerveux central	351	1%	-0,1%	-2,3%
(G20-G22) Maladie de Parkinson	762	3%	3,6%	-3,7%
(G35) Sclérose en plaques	1 395	5%	1,7%	7,5%
(G40, G41) Epilepsie	3 355	11%	-1,0%	-1,0%
(G45) Ischémie cérébrale transitoire	1 715	6%	-1,7%	1,9%
(G47) Troubles du sommeil	3 462	12%	3,5%	8,5%
(G50-G64, G70-G73) Mal. système nerveux périphérique	13 925	47%	5,9%	8,5%
(G80-G83) Paralysies cérébrales et autres sympt. paralytiques	749	3%	6,7%	5,1%
Autres maladies du système nerveux	4 257	14%	6,3%	-0,1%
Total	29 971	100%	3,7%	5,0%

Sources : 1 - Base régionale PMSI-MCO 2007 - hors séjours pour grossesse et accouchement, périnatalité, surveillance de la grossesse et du nouveau-né normal, et venues pour séances - exploitation ORS Pays de la Loire (données brutes) ;
2 - Bases nationales PMSI-MCO 1998, 2004 et 2007 - hors séjours en hôpitaux locaux, séjours pour grossesse et accouchement, périnatalité, surveillance de la grossesse et du nouveau-né normal, et venues pour séances - exploitation Drees (données redressées)

Maladies de l'œil

► Les maladies de l'œil ont constitué, en 2007, pour les habitants des Pays de la Loire, le diagnostic principal d'environ 45 000 séjours (6 % de l'ensemble des séjours). La cataracte est à l'origine du plus grand nombre de séjours (83 %) (fig. 20).

Les taux d'hospitalisation augmentent fortement avec l'âge (fig. 19) ; 78 % des séjours concernent des personnes âgées de 65 ans et plus.

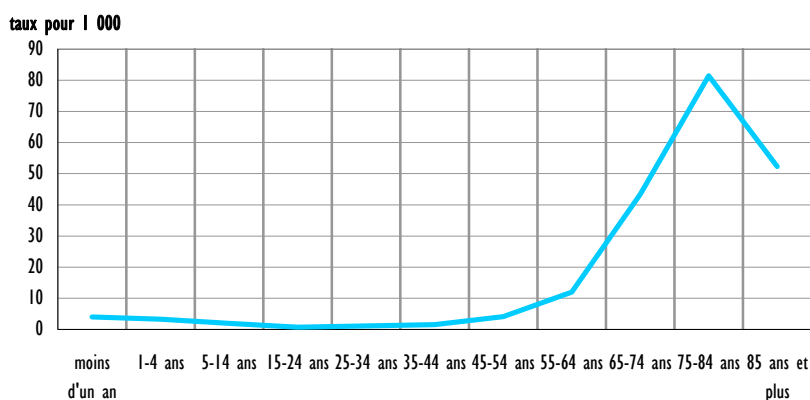
A structure par âge identique, les habitants des Pays de la Loire ont, en 2007, un taux d'hospitalisation pour maladie de l'œil supérieur de 6 % à la moyenne nationale (ICH de 106) (fig. 31).

► Entre 1998 et 2007, le TSH pour maladie de l'œil a progressé de 20 % dans les Pays de la Loire (19 % au plan national), le nombre de séjours ayant augmenté de 46 % (40 % au plan national).

La croissance du nombre de séjours a été plus importante au cours de la période 1998-2004 (+5,3 % par an), qu'entre 2004 et 2007 (+2,2 % par an) (fig. 20).

L'augmentation très importante du nombre de séjours correspond à un double effet de croissance de la population âgée d'une part et d'augmentation des taux de recours d'autre part.

Fig19. Taux d'hospitalisation pour une maladie de l'œil selon l'âge (Pays de la Loire, 2007)



Sources : Base régionale PMSI-MCO 2007 - hors séjours pour grossesse et accouchement, périnatalité, surveillance de la grossesse et du nouveau-né normal, et venues pour séances - exploitation ORS Pays de la Loire (données brutes), Insee

Fig20. Répartition des séjours hospitaliers ayant comme DP une maladie de l'œil parmi les habitants des Pays de la Loire en 2007, et évolution 1998-2004 et 2004-2007

	Nombre de séjours 2007 (1)	Répartition en % (1)	Evolution 1998-2004 en TCAM (2)	Evolution 2004-2007 en TCAM (2)
(H25, H26, H280-H282) Cataracte	37 182	83%	6,4%	2,1%
(H33) Décollement, déchirure de la rétine	1 613	4%	0,6%	6,0%
(H40, H42) Glaucome	1 139	3%	2,5%	-11,4%
(H49-H51) Strabisme, autres anomalies de mouvements binoculaires	1 141	3%	-2,4%	1,7%
Autres maladies de l'œil	3 926	9%	3,6%	5,3%
Total	45 001	100%	5,3%	2,2%

Sources : 1 - Base régionale PMSI-MCO 2007 - hors séjours pour grossesse et accouchement, périnatalité, surveillance de la grossesse et du nouveau-né normal, et venues pour séances - exploitation ORS Pays de la Loire (données brutes) ; 2 - Bases nationales PMSI-MCO 1998, 2004 et 2007 - hors séjours en hôpitaux locaux, séjours pour grossesse et accouchement, périnatalité, surveillance de la grossesse et du nouveau-né normal, et venues pour séances - exploitation Drees (données redressées)

Maladies de l'appareil respiratoire

► Les maladies de l'appareil respiratoire ont constitué, en 2007, le diagnostic principal d'environ 41 000 séjours de Ligériens (5 % de l'ensemble des séjours).

Les taux d'hospitalisation pour ces affections sont particulièrement élevés chez les jeunes enfants, et chez les personnes âgées à partir de 75 ans (fig. 21). 36 % des séjours concernent des personnes âgées de 65 ans et plus.

Ces séjours se répartissent principalement en deux sous-ensembles : les affections de l'appareil respiratoire supérieur qui concernent plutôt des sujets jeunes, et les autres affections de l'appareil respiratoire (pneumonies, et bronchites et maladies pulmonaires obstructives chroniques notamment) qui touchent plutôt des sujets âgés.

A structure par âge identique, les habitants des Pays de la Loire ont, en 2007, un taux d'hospitalisation pour maladie de l'appareil respiratoire inférieur de 7 % à la moyenne nationale en 2007 (ICH de 93) (fig. 31).

► Entre 1998 et 2007, le TSH pour maladie de l'appareil respiratoire a diminué de 21 % (20 % au plan national), le nombre de séjours ayant diminué de 8 % (vs 11 %).

Dans les Pays de la Loire comme en France, on observe des évolutions contraires au cours des deux périodes d'observation. Le nombre de séjours pour ces affections a d'abord diminué entre 1998 et 2004 (-1,9 % par an au niveau régional, -2,3 % par an au niveau national), puis augmenté entre 2004 et 2007 (+0,9 % par an au niveau régional, +0,7 % par an au plan national).

Fig21. Taux d'hospitalisation par âge pour maladie de l'appareil respiratoire (Pays de la Loire, 2007)

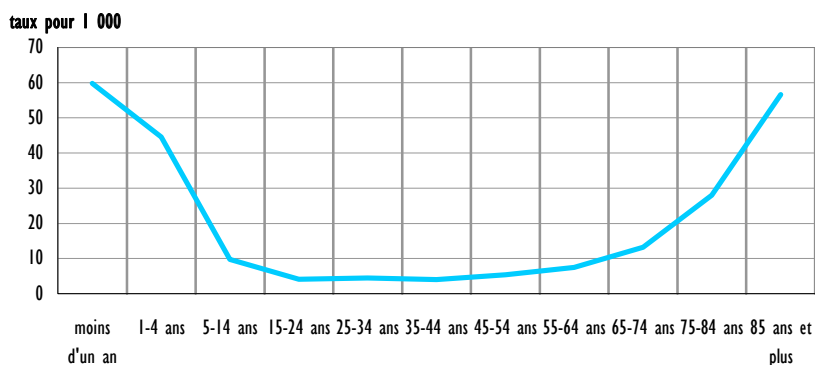


Fig22. Répartition des séjours hospitaliers ayant comme DP une maladie de l'appareil respiratoire (Pays de la Loire, 2007, et évolutions 1998-2004 et 2004-2007)

	Nombre de séjours 2007 (1)	Répartition en % (1)	Evolution 1998-2004 en TCAM (2)	Evolution 2004-2007 en TCAM (2)
(J00-J06) Affections aiguës voies respiratoires supérieures	1 758	4%	-6,5%	-0,4%
(J12-J18) Pneumonie	7 286	18%	2,5%	6,5%
(J20-J22) Bronchite et bronchiolite aiguës	3 608	9%	-4,0%	4,6%
(J35) Maladies chroniques des amygdales, végétations adénoïdes	9 019	22%	-3,1%	1,7%
(J45, J46) Asthme	2 250	6%	-4,2%	-1,2%
(J40-J44, J47, J95.3, J96) Bronchite chronique, maladies pulmonaires obstructives chroniques	3 996	10%	-1,4%	1,1%
(J86, J90-J92, J94) Pleurésie	1 387	3%	2,6%	6,6%
Autres maladies de l'appareil respiratoire	11 610	28%	-1,5%	-3,6%
Total	40 914	100	-1,9%	0,9%

Sources : 1 - Base régionale PMSI-MCO 2007 - hors séjours pour grossesse et accouchement, périnatalité, surveillance de la grossesse et du nouveau-né normal, et venues pour séances - exploitation ORS Pays de la Loire (données brutes) ; 2 - Bases nationales PMSI-MCO 1998, 2004 et 2007 - hors séjours en hôpitaux locaux, séjours pour grossesse et accouchement, périnatalité, surveillance de la grossesse et du nouveau-né normal, et venues pour séances - exploitation Drees (données redressées)

Lésions traumatiques, empoisonnements

► Les séjours ayant comme DP une lésion traumatique ou un empoisonnement ont constitué, en 2007, pour les habitants des Pays de la Loire, le diagnostic principal d'environ 58 000 séjours (8 % de l'ensemble des séjours).

Les fractures sont à l'origine de 38 % des séjours (fig. 24). Les intoxications médicamenteuses ainsi que les complications de soins représentent respectivement 8 et 10 % des hospitalisations. Les autres lésions traumatiques sont principalement représentées par les luxations et entorses (13 % des séjours), les traumatismes crâniens (7 %) et les plaies ouvertes du poignet et de la main (4 %).

Les taux d'hospitalisation augmentent fortement à partir de 75 ans (fig. 23) ; 31 % des séjours concernent des personnes âgées de 65 ans et plus.

A structure par âge identique, les habitants des Pays de la Loire ont, en 2007, un taux d'hospitalisation pour lésion traumatique ou empoisonnement inférieur de 5 % à la moyenne nationale en 2007 (ICH de 95) (fig. 31).

► Entre 1998 et 2007, le TSH pour lésion traumatique ou empoisonnement a baissé de 20 % dans les Pays de la Loire (comme au plan national), le nombre de séjours ayant diminué de 11 % (13 % au plan national).

Au niveau régional, on observe des évolutions contraires au cours des deux périodes d'observation. Le nombre de séjours pour ces affections a d'abord diminué sur la période 1998-2004 (-2,7 % par an), puis a augmenté au cours de la période 2004-2007 (+1,5 % par an).

Au plan national, le nombre de séjours hospitaliers a également fortement diminué entre 1998 et 2004 (-2,1 % par an), puis il a continué à diminuer de manière plus modérée entre 2004 et 2007 (-0,4 % par an).

► Les hospitalisations ayant pour DP des affections de nature traumatique (fractures, plaies...) sont plutôt en baisse (fig. 24). Cette évolution peut être rapprochée du fort recul des décès par chutes (qui touchent principalement des sujets âgés) et de la baisse globale du nombre d'accidents de la route.

Les séjours pour complications d'actes médicaux diminuent également. Cette évolution peut être liée à l'évolution des consignes de codage qui incitent à décrire en diagnostic principal la nature de la complication plutôt que son origine.

En revanche, les séjours ayant comme DP une «intoxication médicamenteuse volontaire» augmentent, vraisemblablement en lien avec des consignes de codage renforcées pour la description des tentatives d'autolyse par médicament. Cette évolution peut aussi traduire une fréquence plus importante des recours à l'hospitalisation pour tentatives d'autolyse, voire une augmentation des tentatives d'autolyse.

Fig23. Taux d'hospitalisation par âge pour lésion traumatique ou empoisonnement (Pays de la Loire, 2007)

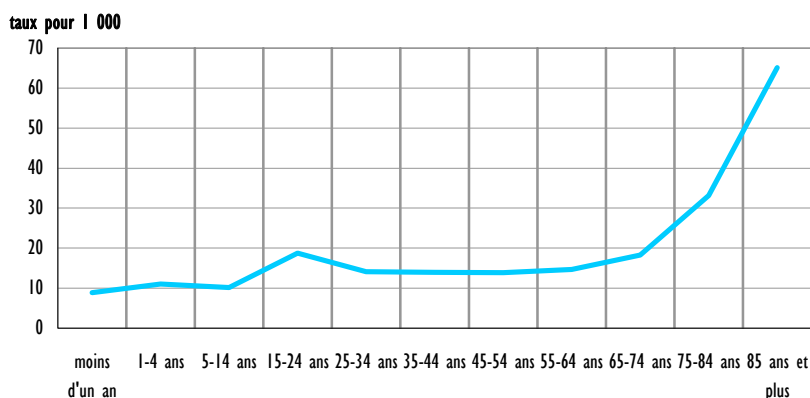


Fig24. Répartition des séjours ayant comme DP une lésion traumatique ou un empoisonnement, par type de diagnostic (Pays de la Loire, 2007, et évolution 1998-2004 et 2004-2007)

	Nombre de séjours 2007 (1)	Répartition en % (1)	Evolution 1998-2004 en TCAM (2)	Evolution 2004-2007 en TCAM (2)
(S02.0 à S02.4, S02.6 à S02.9, S07.1) Fracture crâne et os de la face	1 393	2%	-3,2%	0,6%
(S12, S22, S32, T02.1, T08) Fracture colonne et os du tronc	2 516	4%	-3,4%	4,5%
(S42, S52, S62, T02.2, T02.4, T10) Fracture du membre supérieur	9 109	16%	-1,6%	3,1%
(S72.0 à S72.2) Fracture du col du fémur	4 547	8%	0,0%	1,7%
(S72.3, S72.4, S72.7 à S72.9, S82, S92, T02.3, T02.5, T12) Autre fracture du membre inférieur	4 663	8%	-1,6%	1,0%
(S03, S09.1, S13, S16, S23, S29.0, S33, S39.0, S43, S46, S53, S56, S63, S66, S73, S76, S83, S86, S93, S96, T03, T06.4, T09.2, T09.5, T11.2, T11.5, T13.2, T13.5, T14.3, T14.6) Luxations et entorses	7 279	13%	-2,4%	4,0%
(S06) Traumatisme crânien	4 147	7%	-3,6%	-3,2%
(S26, S27, S36, S37, S39.6, T06.5) Traumatismes intrathoracique, intra-abdominal	659	1%	2,3%	1,1%
(S04, S14, S24, S34, S44, S54, S64, S74, S84, S94, T06.0 à T06.2, T09.3, T09.4, T11.3, T13.3, T14.4) Traumatisme des nerfs	948	2%	1,5%	6,2%
(S01, S02.5, S05.2 à S05.7, S08, S09.2) Plaie tête (inclu globe oculaire)	1 354	2%	-8,7%	9,9%
(S41, S48, S51, S58, S61, S68, T01.2, T05.0 à T05.2, T11.1, T11.6) Plaie du membre supérieur	3 020	5%	-5,5%	4,4%
(S71, S78, S81, S88, S91, S98, T01.3, T05.3 à T05.5, T13.1, T13.6) Plaie du membre inférieur	730	1%	-4,0%	1,1%
(T15 à T19) Corps étranger par orifice naturel	467	1%	-8,2%	-2,5%
(T20 à T32) Brûlure et corrosion	689	1%	-4,1%	2,5%
(T36 à T50) Intoxication produit pharmaceutique	4 822	8%	-0,6%	5,5%
(T51 à T65) Intoxication produit non pharmaceutique	592	1%	-6,8%	3,2%
(T33 à T35, T66 à T71, T73 à T75, T78) Effet nocif de cause extérieure	859	2%	2,5%	-2,6%
(T80 à T88) Complications d'actes chirurgicaux ou de soins médicaux n.c.a.	5 571	10%	0,0%	-5,9%
(T90 à T98) Séquelles de traumatismes et empoisonnements	910	2%	-0,2%	-9,7%
Autres lésions traumatiques ou empoisonnements	4 101	7%	-9,6%	3,9%
Total	58 376	100%	-2,7%	1,5%

Sources : 1 - Base régionale PMSI-MCO 2007 - hors séjours pour grossesse et accouchement, périnatalité, surveillance de la grossesse et du nouveau-né normal, et venues pour séances - exploitation ORS Pays de la Loire (données brutes) ;
2 - Bases nationales PMSI-MCO 1998, 2004 et 2007 - hors séjours en hôpitaux locaux, séjours pour grossesse et accouchement, périnatalité, surveillance de la grossesse et du nouveau-né normal, et venues pour séances - exploitation Drees (données redressées)

Certaines maladies infectieuses et parasitaires

► En 2007, les maladies infectieuses ou parasitaires ont constitué le diagnostic principal d'environ 10 300 séjours parmi les habitants des Pays de la Loire (1,4 % de l'ensemble des séjours).

Les maladies intestinales infectieuses (33 %) sont le principal groupe de diagnostics devant les septicémies (17 %) (fig. 26).

Les taux d'hospitalisation sont particulièrement élevés chez les moins d'un an (fig. 25). 33 % des séjours concernent des personnes âgées de moins de 15 ans.

A structure par âge identique, les habitants des Pays de la Loire ont, en 2007, un taux d'hospitalisation pour maladie infectieuse ou parasitaire inférieur de 20 % à la moyenne nationale (ICH de 80) (fig. 31).

► Entre 1998 et 2007, le TSH pour maladie infectieuse ou parasitaire a baissé de 13 % dans les Pays de la Loire (21 % au plan national), le nombre de séjours ayant quant à lui augmenté de 1 % (-13 % au plan national).

Au niveau régional, on observe des évolutions contraires au cours des deux périodes d'observation. Le nombre de séjours pour ces affections a d'abord diminué sur la période 1998-2004 (-1,7 % par an), puis a augmenté très fortement sur la période 2004-2007 (+3,6 % par an).

Au plan national, le nombre de séjours hospitaliers a également fortement diminué entre 1998 et 2004 (-2,7 % par an), puis il a ensuite augmenté de 1,0 % par an entre 2004 et 2007.

Fig25. Taux d'hospitalisation par âge pour certaines maladies infectieuses ou parasitaires (Pays de la Loire, 2007)

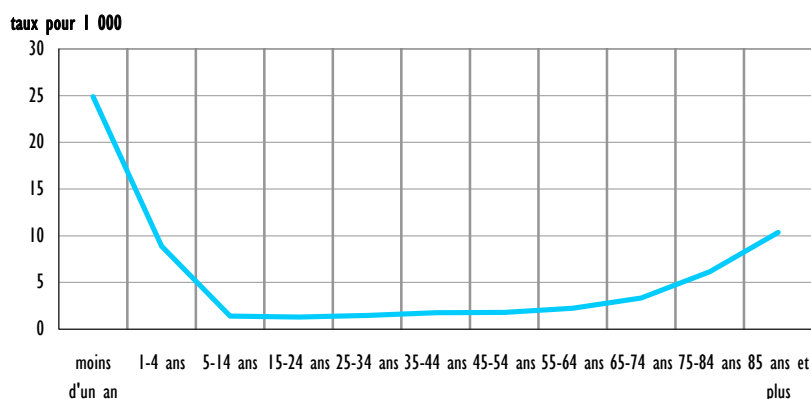


Fig26. Répartition des séjours hospitaliers ayant comme DP certaines maladies infectieuses ou parasitaires (Pays de la Loire, 2007, et évolutions 1998-2004 et 2004-2007)

	Nombre de séjours 2007 (1)	Répartition en % (1)	Evolution 1998-2004 en TCAM (2)	Evolution 2004-2007 en TCAM (2)
(A00-A09) Maladies intestinales infectieuses	3 394	33%	-4,7%	5,4%
(A15-A19) Tuberculose	224	2%	-4,6%	-10,5%
(A40, A41) Septicémies	1 753	17%	7,8%	5,6%
(A50-A60, A63, A64) Maladies sexuellement transmissibles	438	4%	0,2%	2,7%
(B15-B19) Hépatites virales	604	6%	-1,2%	-2,1%
(B20-B24) Maladies dues au VIH	343	3%	10,9%	-16,1%
Autres maladies infectieuses et parasitaires	3 569	35%	-3,4%	6,6%
Total	10 325	100%	-1,7%	3,6%

Sources : 1 - Base régionale PMSI-MCO 2007 - hors séjours pour grossesse et accouchement, périnatalité, surveillance de la grossesse et du nouveau-né normal, et venues pour séances - exploitation ORS Pays de la Loire (données brutes) ; 2 - Bases nationales PMSI-MCO 1998, 2004 et 2007 - hors séjours en hôpitaux locaux, séjours pour grossesse et accouchement, périnatalité, surveillance de la grossesse et du nouveau-né normal, et venues pour séances - exploitation Drees (données redressées)

Maladies de l'oreille

► Les maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde ont constitué, en 2007, pour les habitants des Pays de la Loire, le diagnostic principal d'environ 14 000 séjours (2 % de l'ensemble des séjours). Les otites moyennes et mastoïdites représentent le principal motif de recours (74 % des séjours) (fig. 28).

Ces hospitalisations concernent essentiellement des sujets jeunes ; 72 % concernent des enfants âgés de moins de 15 ans. Les taux d'hospitalisation sont particulièrement élevés chez les 1-4 ans (fig. 27).

A structure par âge identique, les habitants des Pays de la Loire ont, en 2007, un taux d'hospitalisation pour maladie de l'oreille supérieur de 55 % à la moyenne nationale (ICH de 155) (fig. 31).

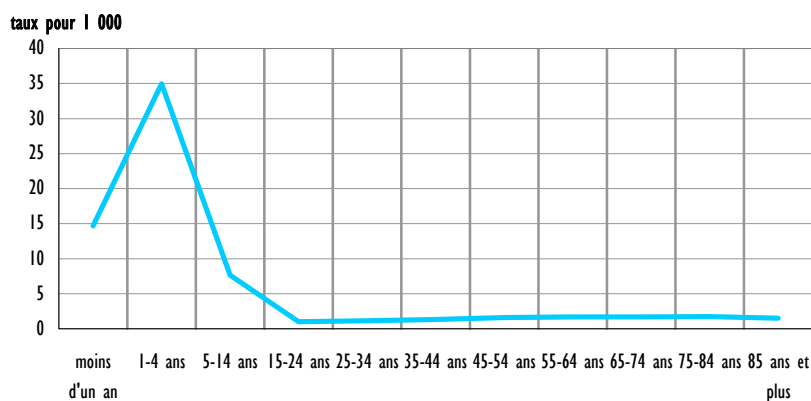
► Entre 1998 et 2007, le TSH pour maladie de l'oreille a baissé de 19 % dans les Pays de la Loire (21 % au plan national), le nombre de séjours ayant diminué de 10 % (16 % au plan national).

Dans les Pays de la Loire comme en France, on observe des évolutions contraires pour ces affections au cours des deux périodes d'observation.

Entre 1998 et 2004, le nombre de séjours a diminué dans les mêmes proportions dans la région et en France (-3,6 % par an au niveau régional, -3,0 % par an au niveau national).

Entre 2004 et 2007, le nombre de séjours a augmenté, mais de manière beaucoup plus prononcée dans la région qu'au plan national (+3,9 % par an au niveau régional, +0,2 % par an au plan national).

Fig27. Taux d'hospitalisation par âge pour maladie de l'oreille (Pays de la Loire, 2007)



Sources : Base régionale PMSI-MCO 2007 - hors séjours pour grossesse et accouchement, périnatalité, surveillance de la grossesse et du nouveau-né normal, et venues pour séances - exploitation ORS Pays de la Loire (données brutes), Insee

Fig28. Répartition des séjours hospitaliers ayant comme DP une maladie de l'oreille (Pays de la Loire, 2007, et évolutions 1998-2004 et 2004-2007)

	Nombre de séjours 2007 (1)	Répartition en % (1)	Evolution 1998-2004 en TCAM (2)	Evolution 2004-2007 en TCAM (2)
(H65-H67, H70) Otite moyenne et mastoïdite	10 708	74%	-4,7%	6,2%
(H90, H91) Surdité	615	4%	2,1%	-4,4%
Autres maladies de l'oreille et apophyse mastoïde	3 095	21%	-1,1%	-1,6%
Total	14 418	100%	-3,6%	3,9%

Sources : 1 - Base régionale PMSI-MCO 2007 - hors séjours pour grossesse et accouchement, périnatalité, surveillance de la grossesse et du nouveau-né normal, et venues pour séances - exploitation ORS Pays de la Loire (données brutes) ; 2 - Bases nationales PMSI-MCO 1998, 2004 et 2007 - hors séjours en hôpitaux locaux, séjours pour grossesse et accouchement, périnatalité, surveillance de la grossesse et du nouveau-né normal, et venues pour séances - exploitation Drees (données redressées)

CHAPITRE III

Comparaison de la situation régionale avec celle des autres régions en matière de taux standardisé d'hospitalisation

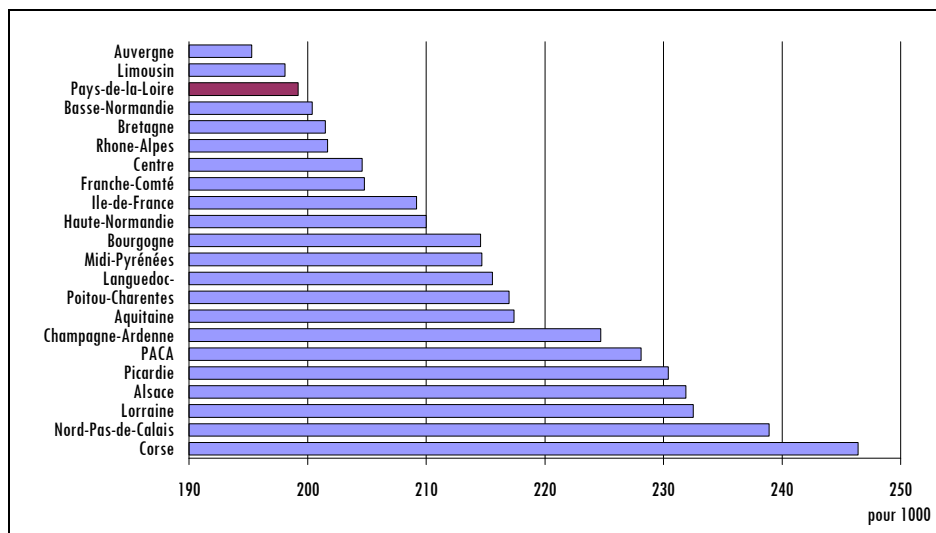
Un taux de recours plus faible dans les Pays de la Loire qu'au plan national

► A structure par âge identique, les habitants des Pays de la Loire ont un taux standardisé d'hospitalisation en services de soins médecine-chirurgie inférieur de 7 % à la moyenne nationale. Cette moindre fréquence était déjà observée en 2004.

Les Pays de la Loire se situent au troisième rang des régions françaises, parmi celles qui ont le plus faible recours, après l'Auvergne et le Limousin.

La Corse a le plus fort TSH parmi l'ensemble des régions métropolitaines. L'insularité peut influencer la fréquence des recours. Il faut noter également que cette région est celle dans laquelle la proportion de personnes âgées vivant à domicile est la plus importante (et donc le taux d'équipement en structures médicosociales le plus faible).

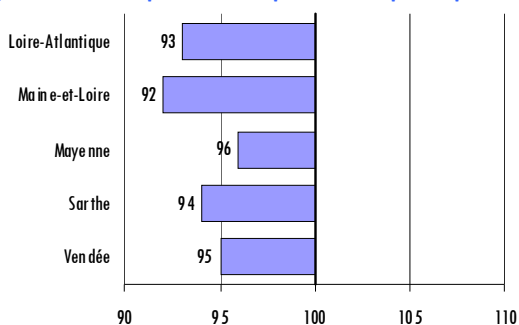
Fig29. Taux standardisés d'hospitalisation par région (2007)



Source : Base nationale PMSI-MCO 2007 - hors séjours en hôpitaux locaux, séjours pour grossesse et accouchement, périnatalité, surveillance de la grossesse et du nouveau-né normal, et venues pour séances - exploitation Drees (données redressées)

► A l'intérieur des Pays de la Loire, le Maine-et-Loire et la Loire-Atlantique ont les taux de recours les plus faibles (respectivement -8 % et -7 %), devant la Sarthe et la Vendée (-6% et -5 %), et la Mayenne (-4 %).

Fig30. Indice comparatif d'hospitalisation par département 2007 (Pays de la Loire)



Source : Base nationale PMSI-MCO 2007 - hors séjours en hôpitaux locaux, séjours pour grossesse et accouchement, périnatalité, surveillance de la grossesse et du nouveau-né normal, et venues pour séances - exploitation Drees (données redressées)

Pour la plupart des chapitres de la CIM, les taux standardisés d'hospitalisation sont plus faibles dans la région qu'au plan national

► Cette moindre fréquence des recours au plan régional se retrouve pour la plupart des chapitres de la CIM-10, l'écart étant particulièrement marqué pour les maladies infectieuses et parasitaires (-20 %) et les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (-19 %).

Les recours sont également nettement moins fréquents en ce qui concerne les maladies de l'appareil génito-urinaire (-14 %), et les maladies de l'appareil circulatoire (-12 %). Pour les cardiopathies ischémiques, l'ICH est inférieur de 27 % dans la région par rapport à la moyenne nationale.

Pour trois chapitres de la CIM-10, l'indice comparatif d'hospitalisation est au contraire supérieur dans les Pays de la Loire par rapport à la moyenne nationale :

- maladies de l'oreille (+55 %),
- tumeurs (+9 %),
- maladies de l'œil (+6 %).

Fig31. Indice comparatif d'hospitalisation par chapitre de la CIM-10, par département (Pays de la Loire 2007)

chapitres Cim-10	Pays de la Loire	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
I - Certaines maladies infectieuses et parasitaires	80	67	87	81	90	89
II - Tumeurs	109	115	107	93	98	116
III - Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	86	88	81	86	91	82
IV - Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	81	68	96	94	85	78
V - Troubles mentaux et du comportement	96	57	118	154	139	76
VI - Maladies du système nerveux	97	85	98	94	115	106
VII - Maladies de l'œil et de ses annexes	106	120	100	91	87	114
VIII - Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	155	179	145	186	125	130
IX - Maladies de l'appareil circulatoire	88	83	89	98	92	85
X - Maladies de l'appareil respiratoire	93	87	88	93	107	99
XI - Maladies de l'appareil digestif	93	107	83	83	87	87
XII - Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	89	96	82	83	91	87
XIII - Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	100	86	106	110	109	106
XIV - Maladies de l'appareil génito-urinaire	86	92	83	86	83	82
XVII - Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	103	107	101	88	106	101
XVIII - Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	87	82	82	90	101	90
XIX - Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	95	90	96	104	97	94
XXI - Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	84	80	83	97	76	94
Total	93	93	92	96	94	95

Source : Base nationale PMSI-MCO 2007 - hors séjours en hôpitaux locaux, séjours pour grossesse et accouchement, périnatalité, surveillance de la grossesse et du nouveau-né normal, et venues pour séances - exploitation Drees (données redressées)

Certaines situations particulièrement atypiques peuvent être mises en relief.

Pour les maladies de l'oreille, les taux de recours dans la région sont supérieurs de 55 % par rapport à la moyenne nationale

► Pour les maladies de l'oreille, la situation régionale semble particulièrement atypique avec un indice comparatif d'hospitalisation supérieur de 55 % par rapport à la moyenne nationale. Cette situation semble d'autant plus atypique que, globalement, les recours hospitaliers pour l'ensemble des pathologies sont moins fréquents dans la région. Cette situation particulière était déjà observée en 2004, mais les écarts par rapport à la moyenne nationale se sont accentués.

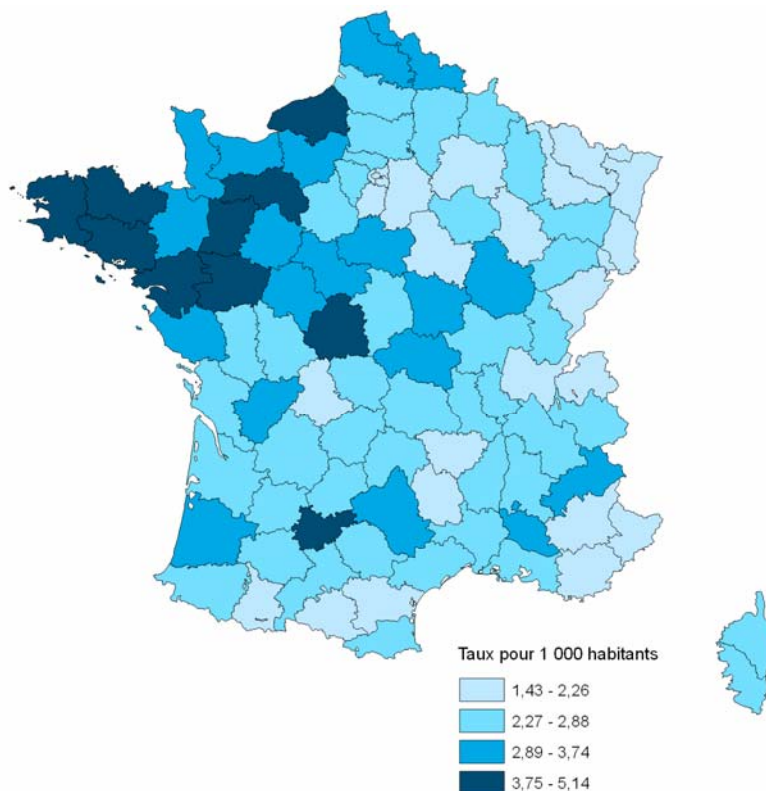
Pour le seul diagnostic « otite moyenne et mastoïdite », l'ICH Pays de la Loire est supérieur de 88 % par rapport à la moyenne nationale.

► A l'intérieur de la région, l'ICH pour maladie de l'oreille est particulièrement élevé en Mayenne (+ 86 %), en Loire-Atlantique (+ 79 %), mais également en Maine-et-Loire (+45 %).

► On ne dispose à ce jour d'aucun élément documenté (données épidémiologiques, pratiques de soins spécifiques, effets de codage) qui permette d'expliquer cette situation.

La carte ci-dessous (fig. 32) fait apparaître cependant un croissant ouest (rassemblant des départements ayant une façade maritime et d'autres non), dans lesquels le TSH pour maladie de l'oreille est sensiblement plus élevé qu'au plan national. Le TSH varie de un à cinq entre départements ayant des valeurs extrêmes.

Fig32. Taux standardisés d'hospitalisation pour maladie de l'oreille en 2007, par département de domicile



Source : Base nationale PMSI-MCO 2007 - hors séjours en hôpitaux locaux, séjours pour grossesse et accouchement, périnatalité, surveillance de la grossesse et du nouveau-né normal, et venues pour séances - exploitation Drees (données redressées)

Les maladies oculaires

► Les recours aux soins pour maladie oculaire sont également plus fréquents dans la région qu'au plan national (+6 %), mais avec un écart beaucoup plus faible que pour les maladies de l'oreille.

► A l'intérieur de la région, l'ICH est supérieur cependant de 20 % à la moyenne nationale en Loire-Atlantique et de 14 % en Vendée.

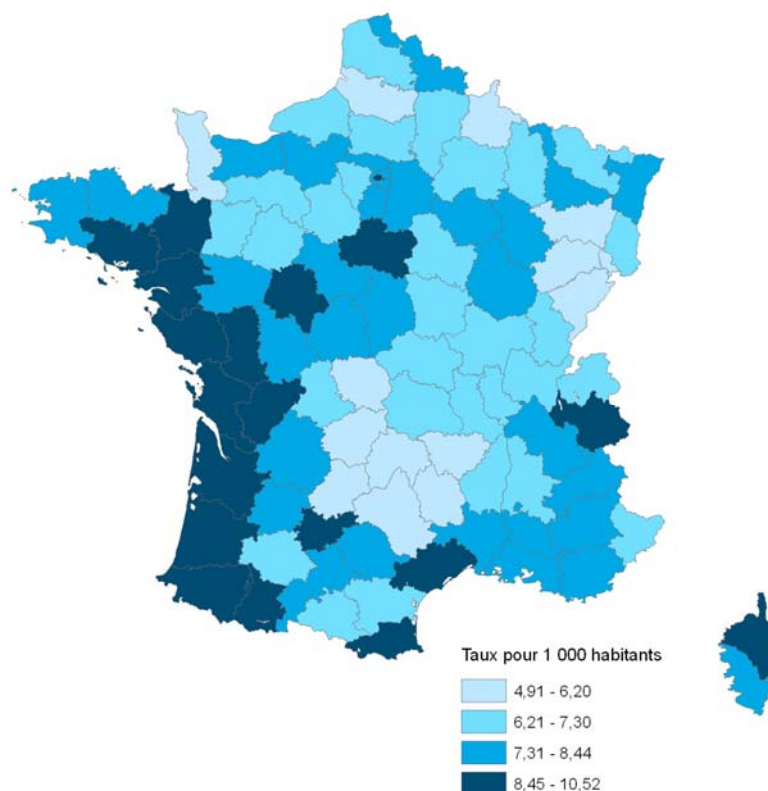
Plusieurs hypothèses peuvent être émises pour analyser l'origine de ces écarts. Cette fréquence élevée des recours hospitaliers dans ces deux départements (en comparaison avec la moyenne nationale) correspond-elle à un effet de codage, à une meilleure prise en charge des pathologies oculaires en milieu hospitalier (il s'agit essentiellement d'opérations pour cataracte), ou à des caractéristiques épidémiologiques spécifiques.

► Pour les maladies oculaires, séjours essentiellement chirurgicaux, un effet codage peut difficilement être retenu.

Les caractéristiques de la densité d'ophtalmologistes peuvent quant à elles influencer les recours. Le département de Loire-Atlantique dispose en effet d'un plateau technique attractif, avec plusieurs pôles chirurgicaux installés à Nantes.

Il faut signaler enfin le fait que les personnes les plus exposées au soleil développent plus fréquemment des affections oculaires^{3,4}. Dans la région, seuls les deux départements ayant une façade maritime ont un indice de recours plus élevé que la moyenne nationale.

Fig33. Taux standardisés d'hospitalisation pour cataracte en 2007, par département de domicile



Source : Base nationale PMSI-MCO 2007 - hors séjours en hôpitaux locaux, séjours pour grossesse et accouchement, périnatalité, surveillance de la grossesse et du nouveau-né normal, et venues pour séances - exploitation Drees (données redressées)

³ Le traitement chirurgical de la cataracte en France. Un développement encore limité de la chirurgie ambulatoire. Drees, ER101, 2001, 8 p.

⁴ Inserm. L'exposition à la lumière augmente le risque de cataracte. Résultats de la cohorte POLA. J FR. Ophthalmol., vol. 23, n°5, 2000, pp.534-535

Certaines maladies infectieuses et parasitaires

► La région Pays de la Loire a un ICH de 80, l'ensemble des départements de la région ayant des recours inférieurs à la moyenne nationale.

En Loire-Atlantique, l'ICH est encore plus faible (-33 %).

Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques

► La région Pays de la Loire a un ICH inférieur de 19 % par rapport à la moyenne française.

Les départements de la région ont tous un ICH inférieur à 100. Les situations les plus marquantes sont celles de la Loire-Atlantique (68), et de la Vendée (78).

Les troubles mentaux et du comportement

► En ce qui concerne le chapitre des troubles mentaux et du comportement, on observe des écarts très importants selon les départements, qui reflètent sans doute des modes d'organisation différents des filières de soins psychiatriques.

En Loire-Atlantique et en Vendée, les ICH sont nettement inférieurs à la moyenne nationale (respectivement -43 % et -24 %).

En revanche, ceux-ci sont nettement plus élevés en Sarthe (+39 %), et surtout en Mayenne (+54 %).

Des écarts aussi considérables peuvent difficilement être mis en lien avec des différences d'état de santé : la Loire-Atlantique, qui a un ICH très faible, se caractérise en effet par une plus grande prévalence des pathologies liées à la consommation excessive d'alcool.

CHAPITRE IV

Evolution de la part de l'ambulatoire et du nombre de journées d'hospitalisation

Forte progression de l'activité ambulatoire

La durée de séjour est une des principales variables utilisées dans le modèle de projection de la Drees pour calculer le nombre de journées d'hospitalisation par groupes de pathologies à l'horizon 2030.

Or les prises en charge en hôpitaux de jour et en chirurgie ambulatoire se développent, en particulier depuis la mise en place de la T2A, ce qui a un impact sensible sur le nombre de journées d'hospitalisation.

Les séjours ambulatoires représentent ainsi 36 % des séjours en 2007 dans les Pays de la Loire, contre 25 % en 1998.

Progression de 70 % du nombre de séjours en ambulatoire entre 1998 et 2007

Entre 1998 et 2007, le nombre de séjours en ambulatoire a augmenté quatre fois plus vite dans la région que l'ensemble des séjours (respectivement 70 % et 16 % de croissance). Le plus fort taux de croissance concerne les maladies oculaires, pour lesquelles le nombre de séjours en ambulatoire a été multiplié par 3,4.

La croissance annuelle du nombre de séjours est de 7 % entre 1998 et 2004, puis de 4 % entre 2004 et 2007, l'amplitude de cette croissance étant plus forte dans la région qu'au plan national (effet de rattrapage).

Malgré cette très forte progression, la part de l'ambulatoire reste inférieure dans la région (36 % *versus* 38 %).

Fig34. Taux de croissance annuel moyen du nombre d'hospitalisations en ambulatoire entre 1998 et 2004 et entre 2004 et 2007 (Pays de la Loire - France métropolitaine)

		Pays de la Loire		France métropolitaine	
		1998-2004	2004-2007	1998-2004	2004-2007
I	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	5,2	2,0	-2,1	-1,9
II	Tumeurs	8,3	4,6	6,2	1,3
III	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	11,3	-1,7	4,5	2,5
IV	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	8,4	0,7	3,2	-0,5
V	Troubles mentaux et du comportement	10,4	12,6	7,1	7,0
VI	Maladies du système nerveux	12,8	3,0	9,0	2,3
VII	Maladies de l'œil et de ses annexes	21,4	10,8	15,9	10,8
VIII	Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	-4,1	5,4	-2,9	1,3
IX	Maladies de l'appareil circulatoire	12,4	7,3	4,3	6,2
X	Maladies de l'appareil respiratoire	-3,1	-4,2	-2,8	-2,6
XI	Maladies de l'appareil digestif	6,1	8,2	5,9	6,2
XII	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	3,1	-1,6	3,9	-4,5
XIII	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	8,1	8,4	6,7	5,2
XIV	Maladies de l'appareil génito-urinaire	7,1	2,2	5,7	2,3
XVIII	Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen clinique et de laboratoire, non classés ailleurs	7,9	3,7	6,8	4,0
XIX	Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	-0,9	5,8	1,1	2,3
	Autres motifs de recours aux soins *	10,3	0,3	6,7	1,7
	TOTAL	7,1	4,1	5,7	3,3

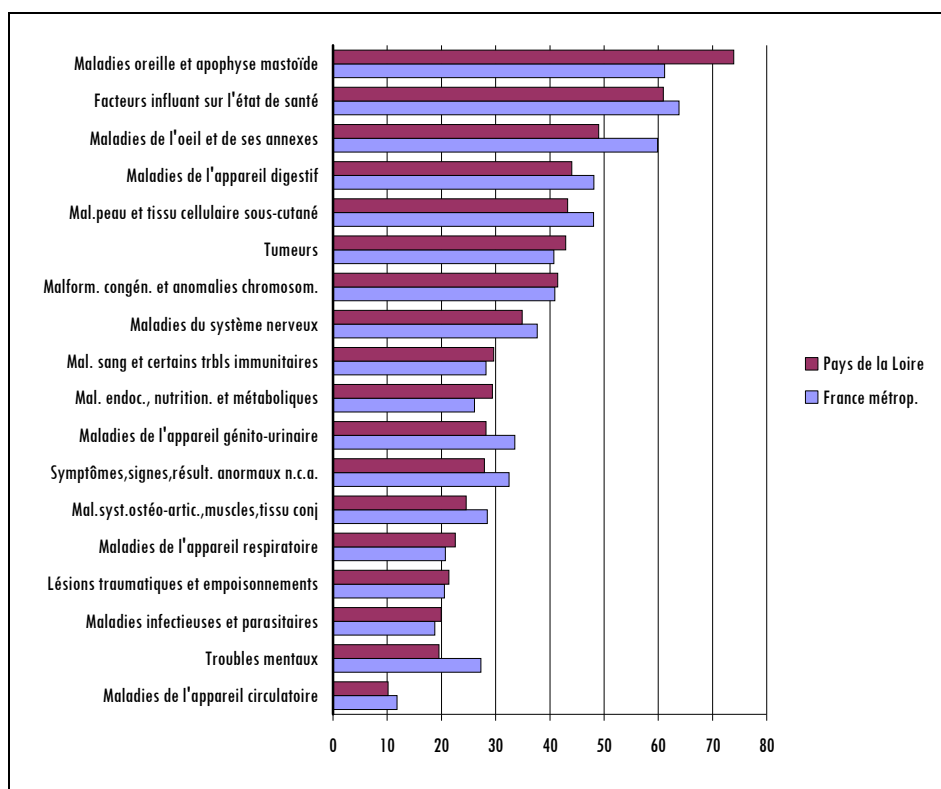
Sources : Bases nationales PMSI-MCO 1998, 2004 et 2007 - hors séjours en hôpitaux locaux, séjours pour grossesse et accouchement, périnatalité, surveillance de la grossesse et du nouveau-né normal, et venues pour séances - exploitation Drees (données redressées)

* regroupement des chapitres XVII - Malformations congénitales et anomalies chromosomiques et XXI - Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé

La part de l’ambulatoire est très variable selon le groupe de pathologies (fig. 35). Les chapitres pour lesquels la prise en charge en ambulatoire représente plus du tiers des séjours sont :

- les maladies de l’oreille (74 %),
- les maladies oculaires (49 %),
- les maladies de l’appareil digestif (44 %),
- les maladies de la peau (43 %),
- les tumeurs (42 %),
- les malformations congénitales et anomalies chromosomiques (41 %),
- les maladies du système nerveux (35 %).

Fig35. Part des hospitalisations en ambulatoire parmi l'ensemble des séjours hospitaliers en 2007 selon les chapitres de la CIM - Pays de la Loire et France métropolitaine



Source : Base nationale PMSI-MCO 2007 - hors séjours en hôpitaux locaux, séjours pour grossesse et accouchement, périnatalité, surveillance de la grossesse et du nouveau-né normal, et venues pour séances - exploitation Drees (données redressées)

Ces proportions sont comparables à ce que l’on observe au plan national, avec cependant des écarts parfois importants.

Dans les pages suivantes, une analyse détaillée est effectuée pour les chapitres de la CIM ayant les plus forts taux de prise en charge en ambulatoire.

Maladies de l'oreille

Pour les séjours ayant comme diagnostic principal une maladie de l'oreille, la proportion de séjours en ambulatoire est beaucoup plus élevée dans la région qu'au plan national (respectivement 74 % et 61 %). Ces éléments sont à rapprocher de l'ICH très élevé pour ce chapitre dans la région.

La part des séjours réalisés en ambulatoire varie selon la pathologie : otites moyennes et mastoïdites (93 %), surdités (32 %) et atteinte vestibulaire (7 %).

Maladies de l'œil

Pour les séjours ayant comme diagnostic principal une maladie oculaire, la proportion de séjours pris en charge en ambulatoire est de 49 % dans les Pays de la Loire contre 60 % au plan national.

78 % des hospitalisations en ambulatoire pour maladie de l'œil concernent les cataractes. Entre 2004 et 2007, le taux de prise en charge ambulatoire pour cette affection présente une forte progression (+35 %). Malgré cette très importante progression, la part de cataracte prise en charge en ambulatoire reste très inférieure à la moyenne nationale (50 % vs 64 %).

En dehors des cataractes, les autres pathologies font majoritairement l'objet d'une hospitalisation complète (74 % pour les glaucomes ; 80 % pour les décollements et déchirures de rétine et 84 % pour les strabismes et autres anomalies des mouvements binoculaires).

Maladies de l'appareil digestif

Pour les séjours ayant comme diagnostic principal une maladie de l'appareil digestif, la proportion de séjours en ambulatoire est plus faible dans la région (respectivement 44 % vs 48 %).

Les maladies de la cavité buccale, des glandes salivaires et des maxillaires (K00-K14) ainsi que les autres maladies de l'intestin (K55-K63) représentent ensemble plus de 75 % des motifs d'hospitalisation en ambulatoire pour une maladie de l'appareil digestif.

Maladies de la peau

En 2007, près de 43 % des hospitalisations pour maladie de la peau se font en ambulatoire contre 48 % au plan national.

Il s'agit dans 38 % des cas, de maladies des phanères et des annexes de la peau et dans 26 % d'infections cutanées et sous-cutanées. Les maladies des phanères et des annexes de la peau sont très majoritairement prises en charge en ambulatoire (83 % des séjours relatifs à ces pathologies).

Les ongles incarnés représentent 66 % des maladies des phanères et des annexes et près de 18 % de l'ensemble des maladies dermatologiques prises en charge en ambulatoire.

Maladies du système nerveux

En 2007, 35 % des hospitalisations pour maladie du système nerveux se font en ambulatoire contre 38 % au plan national.

En ce qui concerne les séjours ayant pour DP une maladie du système nerveux, 67 % ont un diagnostic de syndrome du canal carpien.

Au cours de la période 2004-2007, on observe une baisse de la proportion des séjours pour maladie du système nerveux réalisés en ambulatoire (-7 %). Ce constat concerne tout particulièrement les hospitalisations ayant pour DP une maladie d'Alzheimer (-36 % d'hospitalisations réalisées en ambulatoire), les

hospitalisations ayant pour DP une maladie inflammatoire du système nerveux central (-33 %) et celles ayant comme DP une maladie de Parkinson (-22 %).

Ces résultats peuvent être mis en relation avec l'évolution des consignes de codage : en effet, les séjours pour surveillance ou traitement en rapport avec une maladie donnée sont maintenant codés en Z (chapitre des autres motifs de recours aux soins). On observe parallèlement une forte augmentation des séjours codés en suivi de traitements pour ces pathologies.

En revanche, la part des séjours en ambulatoire correspondant à un diagnostic de sclérose en plaques a beaucoup progressé (+20 %), en lien possible avec le développement des traitements par voie veineuse qui s'effectuent en ambulatoire : 46 % des séjours pour cette pathologie ont fait l'objet d'une prise en charge ambulatoire en 2007 contre 38 % en 2004.

Tumeurs

42 % des hospitalisations ayant comme diagnostic principal une tumeur a lieu en ambulatoire (41 % en France en 2007).

La part des séjours réalisés en ambulatoire progresse (+7,7 % en 3 ans).

Les tumeurs malignes et les tumeurs *in situ* sont majoritairement prises en charge en hospitalisation complète (respectivement dans 75 % et 59 % des cas), alors que les tumeurs bénignes sont principalement traitées en ambulatoire (62 %).

Au cours de la période d'observation, le codage des tumeurs à évolution imprévisible ou inconnue (10 % des séjours du chapitre) s'effectuait jusqu'à présent par défaut dans l'attente d'un diagnostic précis, en particulier à l'occasion de bilans effectués dans la journée (63 % des séjours ayant ce diagnostic). A partir de 2008, ce codage n'est plus recommandé, la consigne étant maintenant de coder les symptômes.

Fig36. Part des hospitalisations en ambulatoire parmi les séjours pour tumeur en 2007 (Pays de la Loire)

	Nbre de séjours	Part des hospitalisations en ambulatoire
(C00-C97) Tumeurs	41 389	25 %
(D00-D09) Tumeurs in situ	1 629	41 %
(D10-D36) Tumeurs bénignes	27 557	62 %
(D37-D48) Tumeurs à évolution imprévisible ou inconnue	7 639	63 %
TOTAL	78 214	42 %

Source : Base régionale PMSI-MCO 2007 - hors séjours pour grossesse et accouchement, périnatalité, surveillance de la grossesse et du nouveau-né normal, et venues pour séances - exploitation ORS Pays de la Loire (données brutes)

Sept groupes de pathologies représentent 71 % des journées d'hospitalisation

L'ensemble des hospitalisations des habitants de la région représente un peu plus de trois millions de journées d'hospitalisation en 2007, que ce soit en hospitalisation complète, en hôpital de jour, ou en chirurgie ambulatoire.

Les séjours ayant comme diagnostic principal une maladie de l'appareil circulatoire (15 % des journées d'hospitalisation en 2007) ou une tumeur (11,5 %), représentent globalement plus du quart du nombre total de journées d'hospitalisation dans la région. Il faut rappeler ici que ces groupes de pathologies sont aussi les deux principales causes de mortalité.

La situation est pratiquement identique dans la région et au plan national.

Fig37. Nombre de journées d'hospitalisation selon les chapitres de la CIM-10 en 2007 (Pays de la Loire - France métropolitaine)

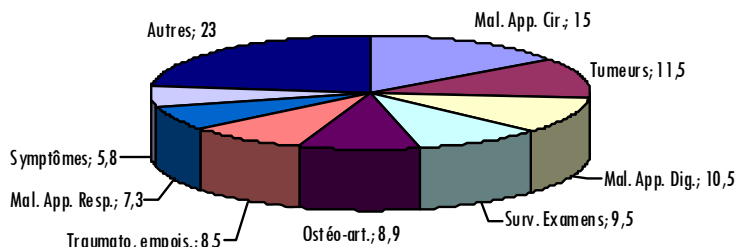
Chap. CIM		Nombre de journées d'hospitalisation PDL	% Pays de la Loire	% France métropolitaine
I	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	64 292	2,1	2,5
II	Tumeurs	346 158	11,5	10,9
III	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	38 533	1,3	1,4
IV	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	80 163	2,7	3,0
V	Troubles mentaux et du comportement	101 551	3,4	2,7
VI	Maladies du système nerveux	121 417	4,0	3,8
VII	Maladies de l'œil et de ses annexes	59 612	2,0	1,8
VIII	Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	21 494	0,7	0,5
IX	Maladies de l'appareil circulatoire	450 182	15,0	15,0
X	Maladies de l'appareil respiratoire	219 312	7,3	7,7
XI	Maladies de l'appareil digestif	315 022	10,5	10,9
XII	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	42 106	1,4	1,5
XIII	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	267 110	8,9	8,5
XIV	Maladies de l'appareil génito-urinaire	142 460	4,7	5,2
XVII	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	20 453	0,7	0,7
XVIII	Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	174 695	5,8	5,8
XIX	Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	255 801	8,5	8,8
XXI	Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	284 883	9,5	9,3
	TOTAL	3 005 244	100,0	100,0

Sources : Base régionale et base nationale PMSI-MCO 2007 - hors séjours pour grossesse et accouchement, périnatalité, surveillance de la grossesse et du nouveau-né normal, et venues pour séances - exploitation ORS Pays de la Loire (données brutes)

En plus des maladies de l'appareil circulatoire et des tumeurs, les chapitres suivants représentent globalement 71 % des journées d'hospitalisation en 2007 dans les Pays de la Loire :

- maladies de l'appareil digestif (y compris maladies de la bouche et des dents) (11 %),
- facteurs influant sur l'état de santé (10 %),
- maladies ostéo-articulaires (9 %),
- lésions traumatiques et empoisonnements (fractures, entorses, plaies, effets secondaires néfastes des médicaments...) (8 %),
- maladies de l'appareil respiratoire (7 %).

Fig38. Répartition des journées d'hospitalisation par groupes de pathologies (CIM-10) en 2007



Source : Base régionale PMSI-MCO 2007 - hors séjours pour grossesse et accouchement, périnatalité, surveillance de la grossesse et du nouveau-né normal, et venues pour séances - exploitation ORS Pays de la Loire (données brutes)

► Dans les Pays de la Loire, le nombre de journées d'hospitalisation a baissé de 2 % entre 1998 et 2007. Cependant l'évolution a été différente entre les deux périodes d'étude : entre 1998 et 2004, le nombre de journées a diminué de 0,5 % par an alors qu'il a augmenté de 0,3 % par an entre 2004 et 2007.

► La baisse la plus spectaculaire concerne les séjours ayant comme diagnostic principal les **lésions traumatiques et empoisonnements**, avec une baisse de journées d'hospitalisation de 18 % dans la région (22 % au plan national).

Le deuxième chapitre qui connaît la baisse la plus importante est celui des **maladies de l'appareil génito-urinaire**, alors que le nombre de séjours pour ce chapitre est en augmentation. Cette baisse s'explique par une baisse importante de la durée moyenne d'hospitalisation (-12 %).

Fig39. Evolution du nombre de journées d'hospitalisation entre 1998 et 2007 par chapitres CIM-10 (Pays de la Loire - France métropolitaine)

		Pays de la Loire	France métrop.
I	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	9%	4%
II	Tumeurs	-4%	-13%
III	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	53%	44%
IV	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	-9%	-11%
V	Troubles mentaux et du comportement	-2%	-4%
VI	Maladies du système nerveux	15%	-3%
VII	Maladies de l'œil et de ses annexes	1%	-6%
VIII	Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	-18%	-28%
IX	Maladies de l'appareil circulatoire	-3%	-9%
X	Maladies de l'appareil respiratoire	-2%	-8%
XI	Maladies de l'appareil digestif	-11%	-12%
XII	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	-10%	-9%
XIII	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	-9%	-8%
XIV	Maladies de l'appareil génito-urinaire	-13%	-13%
XVIII	Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	-4%	-6%
XIX	Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	-18%	-22%
	Autres motifs de recours aux soins*	51%	20%
	TOTAL	-2%	-8%

Source : Bases nationales PMSI-MCO 1998 et 2007 - hors séjours en hôpitaux locaux, séjours pour grossesse et accouchement, périnatalité, surveillance de la grossesse et du nouveau-né normal, et venues pour séances - exploitation Drees (données redressées)

* regroupement des chapitres XVII - Malformations congénitales et anomalies chromosomiques et XXI - Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé

► En revanche, on observe une **très forte augmentation du nombre de journées** d'hospitalisation pour les séjours ayant comme diagnostic principal une maladie du sang dans les Pays de la Loire (+53 %) comme au plan national (+44 %). Cette évolution est à rapprocher de l'augmentation du nombre de séjours pour ce chapitre (+ 57 %) au cours de la période 1998-2007.

Les augmentations constatées dans les autres chapitres de la CIM sont moins importantes, maladies du système nerveux (+15 %), maladies infectieuses (+9 %), en lien avec la croissance du nombre de séjours pour ces groupes de diagnostic (voir chapitre II).

Le nombre de journées d'hospitalisation correspondant à des séjours ayant comme diagnostic principal les « autres motifs de recours aux soins » croît également, le nombre de séjours pour ce chapitre étant en forte augmentation (en particulier pour les séjours de moins de 24 heures, +82 %).

► La baisse du nombre de journées d'hospitalisation est nettement moins marquée dans la région (-2 %) qu'au niveau national (-8 %).

Cette tendance générale est également observée au niveau des différents chapitres de la CIM.

Près de 40 % des journées d'hospitalisation concernent les 75 ans et plus

Les recours aux soins augmentent avec l'âge, et les 75 ans et plus représentent une part importante des séjours (voir chapitre I) mais surtout des journées d'hospitalisation (39 %).

Pour quatre chapitres de la CIM, les 75 ans et plus représentent près de 50 % des journées d'hospitalisation, ou plus (maladies de l'appareil circulatoire) :

- maladies de l'appareil circulatoire (57 %),
- maladies de l'œil (50 %),
- maladies de l'appareil respiratoire (50 %),
- maladies du sang (49 %).

Fig40. Nombre de journées d'hospitalisation de personnes âgées de 75 ans ou plus en 2007 et part parmi l'ensemble des journées

		Pays de la Loire		France métrop.
		Nbre de journées	Part en %	Part en %
I	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	25 908	40,3	35,2
II	Tumeurs	105 855	30,6	29,9
III	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	18 953	49,2	44,0
IV	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	25 973	32,4	29,6
V	Troubles mentaux et du comportement	45 594	44,9	44,1
VI	Maladies du système nerveux	41 323	34,0	33,8
VII	Maladies de l'œil et de ses annexes	29 913	50,2	47,1
VIII	Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	2 273	10,6	12,1
IX	Maladies de l'appareil circulatoire	257 301	57,2	52,9
X	Maladies de l'appareil respiratoire	109 379	49,9	45,5
XI	Maladies de l'appareil digestif	88 294	28,0	27,2
XII	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	15 994	38,0	34,2
XIII	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	87 911	32,9	30,5
XIV	Maladies de l'appareil génito-urinaire	41 763	29,3	29,2
XVII	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	612	3,0	2,7
XVIII	Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	78 723	45,1	43,4
XIX	Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	106 433	41,6	41,2
XXI	Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	80 969	28,4	27,5
	TOTAL	1 163 171	38,7	36,8

Sources : Base régionale et base nationale PMSI-MCO 2007 - hors séjours pour grossesse et accouchement, périnatalité, surveillance de la grossesse et du nouveau-né normal, et venues pour séances - exploitation ORS Pays de la Loire (données brutes)

ANNEXES

- Méthodologie de l'étude
- Présentation du PMSI médecine-chirurgie-obstétrique
- Tableaux complémentaires

METHODOLOGIE

Données statistiques

Données domiciliées

Les séjours sont identifiés par rapport au domicile du patient, quel que soit le lieu d'hospitalisation, à l'intérieur ou à l'extérieur de la région ou du département.

Les tableaux du nombre de séjours dans les Pays de la Loire dénombrent l'ensemble des séjours des habitants de la région, pour une période donnée, quelle que soit la région dans laquelle ces personnes ont été hospitalisées (dans les Pays de la Loire ou dans une autre région), et quel que soit le type d'établissement (public ou privé).

Lorsque des données départementales sont présentées, celles-ci sont également rapportées au domicile des patients, quel que soit leur lieu d'hospitalisation, à l'intérieur ou à l'extérieur du département.

Redressement des données

Depuis 1998, le bureau "Etat de santé de la population" de la Drees réalise chaque année une exploitation de la base PMSI-MCO, afin d'analyser les motifs de recours aux soins MCO et d'identifier d'éventuelles différences de recours selon les départements ou régions françaises.

Ces exploitations sont réalisées sur des bases redressées pour tenir compte des défauts d'exhaustivité, qui ont différentes origines :

- **Au niveau des établissements** d'abord, certains séjours hospitaliers sont absents de cette base, certains établissements ne répondant pas (non-réponse totale), ou répondant partiellement (non-réponse partielle). Les non-réponses ayant diminué avec le temps et il est donc nécessaire de corriger le PMSI pour pouvoir effectuer des comparaisons temporelles dépourvues de ce biais.
- **Au niveau des séjours** ensuite, certaines variables sont manquantes ou erronées. Pour un certain nombre de séjours notamment, le département de résidence n'est pas renseigné, ou est renseigné de façon imprécise ou erronée. Pour pouvoir effectuer des études à ce niveau géographique (étudier la morbidité des patients selon leur département de résidence par exemple) il convient de redresser cette variable. Pour cela, le département de résidence est imputé sur les séjours où il est inconnu ou imprécis.

Toutefois, depuis la mise en place de la Tarification à l'activité (T2A), ces défauts d'exhaustivité ont été corrigés pour une large part.

La méthode de redressement utilisée par la Drees est décrite dans le document de travail - série Statistiques n° 80 de mars 2005 "Redressements du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Informations PMSI". Le redressement est réalisé par comparaison aux données recueillies dans la SAE (Statistique annuelle des établissements). Le champ est restreint à l'activité d'hospitalisation complète et partielle en MCO. Les difficultés du recueil des données concernant les séances⁵ conduisent à écarter ce type d'activité de la comparaison.

⁵ Dans le PMSI, les séances sont dénombrées de deux manières différentes : soit le recueil s'effectue par séance, soit il s'effectue par cumul des séances (en général mensuel) sur un seul RSS.

De même les séjours de nouveau-nés restés près de leur mère, non facturés à l'assurance maladie, ne sont pas comptabilisés dans la SAE. Ces séjours sont donc exclus du redressement effectué par la Drees.

Enfin, les établissements de proximité (ex "hôpitaux locaux") sont éliminés du champ car ils sont trop peu nombreux à participer au PMSI au plan national (en revanche, l'ensemble des hôpitaux locaux renseignent le PMSI dans les Pays de la Loire). Il en est de même des hôpitaux à tarif d'autorité et des centres hospitaliers spécialisés (CHS) en psychiatrie ainsi que d'autres établissements dont l'activité MCO est marginale par rapport à leur activité en réadaptation ou en soins de longue durée.

Dans le cadre de cette étude, des calculs ont été effectués pour comparer données brutes et données redressées en 2007 dans les Pays de la Loire. Cet écart correspond à moins de 1 % des séjours (fig. 41).

Les chapitres de la CIM-10 pour lesquels les écarts sont les plus marqués sont les suivants :

- XXI - Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé (1 710 séjours),
- IX - Maladies de l'appareil circulatoire (650 séjours),
- V - Troubles mentaux et du comportement (608 séjours),
- XVIII - Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoires, non classés ailleurs (600 séjours),
- X - Maladies de l'appareil respiratoire (550 séjours).

Dans ce document, l'analyse des données 2007 est réalisée dans les Pays de la Loire sur les données brutes (non redressées) dans la mesure où le taux d'exhaustivité du recueil PMSI-MCO pour les Pays de la Loire est proche de 100 %. Il faut d'ailleurs souligner que les données de la région incluent les hôpitaux locaux qui sont exclus du redressement Drees. Ces données reflètent donc davantage la réalité de la prise en charge hospitalière en MCO des habitants de la région que les données redressées.

En ce qui concerne les évolutions, les données sont en revanche des données redressées par la Drees, afin de garantir une comparabilité des données entre territoires et dans le temps.

Fig41. Comparaison des données brutes et redressées du nombre de séjours hospitaliers selon les chapitres de la CIM-10 (Pays de la Loire - 2007)

		Données brutes (1)	Données redressées (2)
I	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	10 325	10 205
II	Tumeurs	78 214	77 948
III	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	7 574	7 492
IV	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	16 623	16 376
V	Troubles mentaux et du comportement	17 769	17 161
VI	Maladies du système nerveux	29 971	29 700
VII	Maladies de l'œil et de ses annexes	45 001	45 035
VIII	Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	14 418	14 400
IX	Maladies de l'appareil circulatoire	69 186	68 541
X	Maladies de l'appareil respiratoire	40 918	40 358
XI	Maladies de l'appareil digestif	101 226	101 094
XII	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	11 497	11 443
XIII	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	56 390	56 064
XIV	Maladies de l'appareil génito-urinaire	42 357	42 238
XVII	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	6 764	6 782
XVIII	Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	48 872	48 267
XIX	Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	58 376	58 021
XXI	Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	103 229	101 519
	TOTAL	758 710	752 649

Sources : 1 - Base régionale PMSI-MCO 2007 - hors séjours pour grossesse et accouchement, périnatalité, surveillance de la grossesse et du nouveau-né normal, et venues pour séances - exploitation ORS Pays de la Loire ;
2 - Base nationale PMSI-MCO 2007 - hors séjours en hôpitaux locaux, séjours pour grossesse et accouchement, périnatalité, surveillance de la grossesse et du nouveau-né normal, et venues pour séances - exploitation Drees (données redressées)

Classement des séjours

L'analyse de la Drees est basée sur le diagnostic principal (DP) défini à la fin du séjour comme étant celui qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant (une nouvelle définition du diagnostic principal est retenue depuis 2009). Plusieurs remarques doivent être formulées à propos de l'utilisation du DP pour effectuer cette analyse.

► Au cours d'un même séjour, plusieurs problèmes de santé ont pu faire l'objet d'une prise en charge, mais la présente étude ne prend en compte que le diagnostic principal. Les statistiques présentées par groupes de pathologies ne permettent donc pas de dénombrer l'ensemble des séjours liés à la prise en charge d'une pathologie donnée.

► Un même patient peut être hospitalisé plusieurs fois au cours d'une année donnée, avec un diagnostic identique ou pas. On dénombre autant de résumés médicaux que de séjours différents pour un même patient. Cette étude ne permet pas de dénombrer le nombre de patients hospitalisés.

Utilisation de la classification internationale des maladies

► Les diagnostics principaux des séjours sont codés avec la Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé dans sa dixième révision (CIM10), qui comporte 21 chapitres.

1	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	A00-B99
2	Tumeurs	C00-D48
3	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	D50-D89
4	Maladies endocriniennes , nutritionnelles et métaboliques	E00-E90
5	Troubles mentaux et du comportement	F00-F99
6	Maladies du système nerveux	G00-G99
7	Maladies de l'œil et de ses annexes	H00-H59
8	Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	H60-H95
9	Maladies de l'appareil circulatoire	I00-I99
10	Maladies de l'appareil respiratoire	J00-J99
11	Maladies de l'appareil digestif	K00-K93
12	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	L00-L99
13	Maladies du système ostéo-articulaire , des muscles et du tissu conjonctif	M00-M99
14	Maladie de l'appareil génito-urinaire	N00-N99
15	Grossesse, accouchement et puerpéralité	O00-O99
16	Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	P00-P96
17	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Q00-Q99
18	Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoires, non classés ailleurs	R00-R99
19	Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	S00-T98
20	Causes externes de morbidité et de mortalité	V01-Y98
21	Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	Z00-Z99

Le chapitre 20 "Causes externes de morbidité et de mortalité", permettant de coder les circonstances des accidents, des chutes et empoisonnements, n'est pas utilisé pour coder le diagnostic principal puisque ce dernier désigne le problème de santé pris en charge et non pas les circonstances à l'origine de ce problème.

Par ailleurs, pour faciliter la lecture du rapport, un libellé « simplifié » est utilisé dans le corps du texte (voir ci-dessus les caractères en gras).

► Les groupes de pathologies de la CIM ne coïncident pas toujours avec les spécialités médicales telles qu'elles sont exercées à l'hôpital. En particulier, l'ensemble des séjours pour tumeurs (malignes et bénignes) sont rassemblés dans un seul chapitre alors que le traitement de ces affections s'effectue en général au sein de chaque spécialité, en fonction de la localisation de la tumeur.

A titre d'exemple, les hospitalisations pour cancers digestifs, dont la prévention et la prise en charge représentent une part importante de l'activité des gastroentérologues sont dénombrées dans le chapitre « tumeurs ».

► Les groupes de pathologies de la CIM n'ont pas tous été pris en compte dans cette étude. Les séjours ayant un diagnostic principal appartenant aux chapitres XV : Grossesse, accouchement et puerpéralité et XVI : « Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale » ne sont pas prises en compte.

L'objectif étant d'analyser les conséquences du vieillissement sur les recours aux soins hospitaliers, il n'a pas été jugé utile de traiter les RSA concernant ces affections. De la même façon, les examens de surveillance de la grossesse et du nouveau-né normal ne sont pas analysés dans cette étude (codes Z30 à Z39, Z76.1 et Z76.2 du chapitre XXI).

► Enfin, l'étude ne prend pas en compte les séances de chimiothérapie, dialyse, radiothérapie... correspondant aux GHM de la CMD 28 en 2007, et à certains GHM de la CMD 24 antérieurement (680 à 690 en 1998 et 24Z01Z à 24Z08Z en 2004), à cause des difficultés à dénombrer ces séjours dans le PMSI.

Regroupements de séjours

► Il existe au plan national de nombreuses possibilités de **regroupements** des séjours et en particulier :

- les groupes homogènes de séjour (GHS), à la base de la tarification,
- les activités de soins (ASO), pour lesquelles plusieurs tables de regroupements existent, mais qui sont construites sur la distinction des séjours entre séjours médicaux-chirurgicaux et d'obstétrique.

Le choix par la Drees du DP regroupé par codes de la Classification internationale des maladies (CIM) s'explique pour deux raisons :

- la CIM est une classification stable contrairement à la classification des GHS, ou à celle des ASO,
- le choix de la CIM permet de mettre en regard certaines évolutions observées avec celles d'autres indicateurs de santé, et notamment les données de mortalité, de morbidité, qui utilisent également cette classification.

En revanche, même si la classification internationale des maladies est stable, la manière dont le diagnostic principal est codifié dans le PMSI évolue. Une augmentation des séjours pour un groupe de diagnostic donné peut donc correspondre à une réelle augmentation des recours aux soins pour cette pathologie, mais peut parfois aussi s'expliquer par des évolutions des pratiques de codage.

► Dans la deuxième partie de l'étude, l'analyse prospective sera effectuée sur la base de regroupements de codes CIM en 41 groupes de pathologies.

Ces regroupements ont été effectués à dire d'experts. Certains correspondent à des chapitres entiers de la CIM, alors que d'autres sont constitués de décomposition de ces chapitres.

Ce découpage vise à rassembler en général des séjours ayant des durées de séjour proches, ou clivées selon le type de prise en charge (chirurgical ou non).

Bases de données

► Plusieurs bases de données ont été utilisées pour l'analyse des recours aux soins des habitants des Pays de la Loire.

Dans la mesure où le modèle de la Drees repose sur l'analyse des tendances 1998-2004, l'étude régionale a également repris cette référence.

Fig42. Bases de données utilisées pour l'étude

	Pays de la Loire	France métropolitaine
Données brutes	2004 et 2007 : base PMSI (source : ARH)	2004 et 2007 : base PMSI (source : ATIH <i>via</i> la Fnors)
Données redressées	1998 et 2004 : effectifs de séjours, séjours en ambulatoire, nombre de journées HC, par groupes de diagnostics (liste 41*) (source : Drees)	- 1998 à 2007 : effectifs de séjours par regroupements CIM, selon le lieu de domicile (Drees <i>via</i> la Fnors) - 2000 à 2007 : taux standardisés par regroupements CIM, selon le lieu de domicile (source : Drees <i>via</i> la Fnors)

*groupes de pathologies utilisées pour effectuer les projections à l'horizon 2030

L'analyse de la période 2004-2007 a été introduite en complément de l'analyse de la Drees, pour rechercher dans quelle mesure les tendances observées au cours de la période 1998-2004 étaient confirmées pendant la période plus récente, et notamment après l'introduction de la T2A.

► De nombreux tableaux régionaux concernent l'année 2007, pour laquelle les données étaient disponibles au moment où a débuté l'analyse. Cette base de données a été constituée à partir des fichiers transmis par l'ARH des Pays de la Loire qui comprenait 1 191 228 séjours (4 009 604 journées d'hospitalisation).

La présente étude ne prend en compte qu'une partie de cette base. Ne sont pas pris en compte les séjours pour nouveau-nés, grossesse-accouchement, séances... Parmi les 432 518 RSA non pris en compte dans l'étude, la moitié correspondent à des RSA pour séances.

La base analysée comprend 758 710 séjours (3 005 244 journées d'hospitalisation), soit 64 % du nombre de séjours dénombrés dans le PMSI.

Fig43. Dénombrement des séjours de la base ARH non pris en compte dans l'étude (données brutes, Pays de la Loire, 2007)

Chapitre CIM		Séjours 2007	%
	RSA non domiciliés en Pays de la Loire	74 951	6%
XXI	Séances	237 038	20%
	▪ Dialyse (GHM 28Z01Z à 28Z06Z)	54 171	5%
	▪ Chimiothérapie pour tumeur (GHM 28Z07Z)	73 629	6%
	▪ Irradiation (GHM 28Z08Z à 28Z13Z)	101 244	8%
	▪ Transfusion (GHM 28Z14Z)	7 989	1%
	▪ Caisson d'oxygénothérapie hyperbare (GHM 28Z15Z)	5	0%
XV	Complications de grossesse, accouchement, suites de couches	66 730	6%
XVI	Affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	9 029	1%
XXI	Surveillance de grossesse ou de nouveau-né resté près de la mère (Z30-Z39, Z761, Z762)	44 770	4%
	RSA non pris en compte	432 518	36%

Source : Base régionale PMSI-MCO 2007 - exploitation ORS Pays de la Loire

Indicateurs

Taux de séjour (ou taux d'hospitalisation)

Nombre total d'hospitalisations (hospitalisation complète + ambulatoire) rapporté à l'effectif de la population résidant sur le territoire géographique étudié * 1 000.

L'analyse des taux de séjour par âge et groupes de pathologies permet de repérer les disparités de recours aux soins, pour une pathologie donnée, selon l'âge. La première année de vie et le grand âge sont les périodes pour lesquelles les taux d'hospitalisation sont les plus élevés, mais la situation peut être différente selon les groupes de pathologies : les recours aux soins pour pathologies oculaires augmentent ainsi fortement avec l'âge (ex. : cataractes..) alors que les hospitalisations pour maladies de l'oreille sont surtout fréquentes parmi les jeunes enfants.

Séjours en hospitalisation complète (HC)

Les séjours en hospitalisation complète sont les séjours pour lesquels le patient a passé au moins une nuit dans l'établissement de santé, auxquels on ajoute les décès et les transferts immédiats.

Hospitalisations en ambulatoire

*Part d'ambulatoire (%) = nombre d'hospitalisations en ambulatoire / nombre total d'hospitalisations * 100.*

Sont considérés comme hospitalisations en ambulatoire les séjours ayant une durée de séjour inférieure à 24 heures, c'est-à-dire pour lesquels la date de sortie est égale à la date d'entrée, hors décès et transferts immédiats.

Le terme de « prise en charge ambulatoire » désigne habituellement l'hospitalisation de jour et la chirurgie ambulatoire correspondant à des activités programmées.

Dans cette étude, ce terme est utilisé de manière plus extensive puisqu'il désigne l'ensemble des séjours de moins d'une journée, correspondant à une activité programmée ou non, et qui ne correspond pas forcément à une prise en charge en hôpital de jour ou en chirurgie ambulatoire.

Nombre d'équivalent-journées

Équivalent-journées = nombre de journées d'hospitalisation réalisées en hospitalisation complète + nombre d'hospitalisations en ambulatoire

Journées d'hospitalisation

Dans ce document, le terme « journée d'hospitalisation » désigne le nombre d'équivalent-journées.

Durée moyenne de séjour (DMS)

Durée moyenne de séjour (jours) = nombre de journées d'hospitalisation en HC / nombre de séjours HC

La durée moyenne de séjour est calculée uniquement pour les séjours en hospitalisation complète.

Indice comparatif d'hospitalisation (ICH)

Rapport en base 100 du nombre de séjours observé dans la zone géographique étudiée au nombre de séjours qui serait obtenu si les taux de séjours pour chaque tranche d'âge dans cette zone étaient identiques aux taux de France métropolitaine.

Cet indice permet de comparer, globalement ou pour un diagnostic d'hospitalisation donné, la fréquence des séjours hospitaliers dans la région ou dans un département, avec la moyenne nationale.

L'ICH France métropolitaine étant égal à 100, un ICH de 114 signifie une fréquence de séjours hospitaliers supérieure de 14 % à la moyenne nationale. Un ICH de 86 signifie une fréquence de séjours hospitaliers inférieure de 14 % à cette moyenne.

Taux standardisé d'hospitalisation (TSH)

Taux d'hospitalisation que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population de la France métropolitaine au 1er janvier 1990). Un taux standardisé permet de comparer la situation de deux territoires ou de deux périodes en éliminant les effets liés aux différences de structures par âge.

Le PMSI MCO

Le PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information) a été généralisé par la loi du 31 juillet 1991 qui précise que les établissements de santé publics et privés doivent procéder à l'analyse de leur activité médicale et transmettre aux services de l'État et à l'assurance maladie « les informations relatives à leurs moyens de fonctionnement et à leur activité ».

A cette fin, les établissements doivent « mettre en œuvre des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge ».

Dans un premier temps, le PMSI ne concernait que les activités dites de court séjour « Médecine, chirurgie, obstétrique ». Ce système a ensuite été étendu aux activités de soins de suite et de réadaptation (SSR), aux hospitalisations à domicile, et aux soins psychiatriques (RIMP). La présente étude ne s'est appuyée que sur les données issues du PMSI MCO.

Pour les séjours hospitaliers en soins de courte durée, le support de recueil de l'information médicale est le résumé de sortie standardisé (RSS).

Informations contenues dans les RSS

Si le malade n'a fréquenté pendant son séjour qu'une seule unité médicale, le RSS ne comporte alors qu'un enregistrement, le résumé d'unité médicale (Rum).

Si le malade a fréquenté plusieurs unités de soins, le RSS est constitué de plusieurs Résumés d'unité médicale (Rum).

Le Rum contient un nombre limité de rubriques qui doivent être systématiquement renseignées.

Pour que les informations contenues dans le Rum puissent bénéficier d'un traitement automatisé, elles sont codées selon des nomenclatures et des classifications imposées.

Les informations à fournir sont d'ordre administratif et médical.

Liste des **informations administratives** contenues dans les Rum en 2007 :

- Numéro de RSS,
- Sexe,
- Date de naissance,
- Code postal du lieu de résidence,
- Numéro Finess de l'établissement,
- Numéro de l'unité médicale et type d'autorisation,
- Dates d'entrée et de sortie,
- Modes d'entrée et de sortie : mutation, transfert, domicile, décès
- Provenance et destination - dans le cas d'une mutation ou transfert : court séjour, soins de suite et réadaptation, long séjour ou psychiatrie.

Finess : Fichier national des établissements sanitaires et sociaux

Type d'autorisation de l'unité médicale : réanimation, soins intensifs, néonatalogie, soins palliatifs, ...

Mutation : vers un autre service du même établissement

Transfert : vers un autre établissement

Dans le cas d'une mutation ou d'un transfert, on renseigne si le patient vient, ou va, dans une unité de court séjour, ...

En ce qui concerne les **informations médicales**, trois types de diagnostics peuvent être renseignés.

Le diagnostic principal est le diagnostic, défini à la fin du séjour du patient dans l'unité médicale, comme étant celui qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant. Il doit obligatoirement être renseigné.

Le diagnostic relié n'est renseigné que lorsque le diagnostic principal est codé dans le chapitre 21 de la CIM-10 (Autres motifs de recours aux soins). Il doit s'agir de maladie chronique ou de longue durée, cela ne peut pas être une affection aiguë.

Les diagnostics associés sont en nombre illimité (de 0 à n). Il s'agit de pathologies, qui associées au diagnostic principal, ont donné lieu à une prise en charge thérapeutique supplémentaire au cours du séjour. Il peut s'agir d'une nouvelle affection, ou d'une affection intercurrente à l'affection renseignée en diagnostic principal.

Les diagnostics sont codés avec la dixième révision de la Classification internationale des maladies (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la Santé.

Les actes médicaux pratiqués sur le patient au cours de son séjour sont codés avec la Classification commune des actes médicaux (CCAM).

Le nombre de **séances** est renseigné lorsque le diagnostic principal correspond à un code séances c'est-à-dire chimiothérapie, radiothérapie ou dialyse ou encore transfusion.

Enfin, lorsque le Rum est celui d'un nourrisson âgé de moins de 29 jours, son poids au moment de l'entrée dans l'unité médicale est obligatoirement renseigné.

Le groupage

Une fois que les Rum sont saisis sur un support informatique, les Départements d'information médicale (Dim) procèdent au groupage. Le groupage vise à classer les RSS en Groupes homogènes de malades (GHM) et en Catégories majeures de diagnostics (CMD).

Les **GHM** constituent un système de classification médico-économique des hospitalisations basée sur :

- la durée de séjour,
- l'analyse du diagnostic principal,
- le caractère chirurgical ou médical du séjour,
- les autres données du séjour : âge, diagnostics associés, poids du nouveau-né...

L'homogénéité des GHM est fondée sur des critères médicaux et économiques. Les séjours classés dans un même groupe ont, par construction, des consommations de ressources voisines.

La classification en GHM est régulièrement mise à jour. La dernière version en vigueur (V11b) contient plus de 2 000 groupes différents.

Les GHM servent de base à la Tarification à l'activité (T2A), mise en place depuis 2004. Cette tarification s'effectue par affectation des tarifs à chaque Groupe homogène de séjour (GHS).

Les Groupes homogènes de séjour (GHS) sont dérivés des GHM et sont affectés chacun d'un tarif (échelle tarifaire différente entre établissements publics ou participant au service public et établissements privés à but lucratif) ; à un GHM donné, correspond un ou plusieurs GHS. Les GHS ont été instaurés avec la tarification à l'activité en MCO.

Les **CMD** sont des regroupements de GHM.

Transmission des données à l'extérieur de l'établissement

Les informations recueillies dans le cadre du PMSI sont protégées par le secret professionnel.

Le recueil et le traitement des données au sein des établissements, sont réalisés sous l'autorité du médecin Dim, responsable de l'information médicale dans l'établissement.

Par ailleurs, la création des fichiers et les traitements de données sont soumis à l'autorisation ou à l'avis préalable de la Cnil (Commission nationale de l'informatique et des libertés).

La transmission d'informations médicales individuelles aux acteurs non autorisés à disposer d'informations nominatives, et notamment aux services de l'État, s'opère au moyen du **Résumé de sortie anonyme** (RSA).

La production des RSA se réalise à partir d'un module logiciel dit générateur de RSA (GenRSA), qui produit un fichier de RSA par transformation du fichier de RSS groupés. Des informations sont supprimées, d'autres sont ajoutées.

Par exemple la date de naissance est remplacée par l'âge, les dates d'entrées et sorties par la durée de séjour...

Chaînage des séjours

Lorsqu'un patient est hospitalisé plusieurs fois dans l'année, on dénombre autant de RSS que de séjours pour le même patient. Une clé de chaînage anonymisée a été introduite qui permet d'analyser les séjours d'un même patient au cours d'une année donnée. Ce chaînage n'a pas été effectué dans la présente étude.

TABLEAUX COMPLEMENTAIRES

Fig44. Nombre de séjours de personnes âgées de 75 ans ou plus en 2007 et leur part parmi l'ensemble des séjours (Pays de la Loire - France métropolitaine)

		Pays de la Loire		France métrop.
		Nbre de séjours	Part en %	Part en %
I	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	2 217	21,5	19,6
II	Tumeurs	17 451	22,3	22,1
III	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	2 916	38,5	34,1
IV	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	3 099	18,6	17,4
V	Troubles mentaux et du comportement	3 922	22,1	25,8
VI	Maladies du système nerveux	5 933	19,8	20,5
VII	Maladies de l'œil et de ses annexes	22 713	50,5	48,8
VIII	Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	515	3,6	5,1
IX	Maladies de l'appareil circulatoire	29 247	42,3	39,0
X	Maladies de l'appareil respiratoire	10 812	26,4	26,1
XI	Maladies de l'appareil digestif	14 703	14,5	14,6
XII	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	1 747	15,2	14,3
XIII	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	10 126	18,0	17,0
XIV	Maladies de l'appareil génito-urinaire	6 151	14,5	14,3
XVII	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	140	2,1	1,9
XVIII	Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	13 263	27,1	25,9
XIX	Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	12 657	21,7	21,3
XXI	Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	16 086	15,6	18,1
	TOTAL	173 698	22,9	22,6

Sources : Base régionale et base nationale PMSI-MCO 2007 - hors séjours pour grossesse et accouchement, périnatalité, surveillance de la grossesse et du nouveau-né normal, et venues pour séances - exploitation ORS Pays de la Loire (données brutes)

Fig45. Evolution comparative du nombre de séjours hospitaliers et des taux standardisés d'hospitalisation par groupes de pathologies entre 1998 et 2007 (Pays de la Loire)

		Effectifs	Taux standardisé d'hospitalisation
I	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	1%	-13%
II	Tumeurs	23%	5%
III	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	57%	33%
IV	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	16%	4%
V	Troubles mentaux et du comportement	15%	3%
VI	Maladies du système nerveux	44%	26%
VII	Maladies de l'œil et de ses annexes	46%	20%
VIII	Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	-10%	-19%
IX	Maladies de l'appareil circulatoire	9%	-8%
X	Maladies de l'appareil respiratoire	-8%	-21%
XI	Maladies de l'appareil digestif	18%	7%
XII	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	5%	-4%
XIII	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	17%	2%
XIV	Maladies de l'appareil génito-urinaire	7%	-5%
XVII	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	7%	-2%
XVIII	Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	14%	-1%
XIX	Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	-11%	-20%
XXI	Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	51%	32%
	TOTAL	16 %	1%

Sources : Bases nationales PMSI-MCO 1998 et 2007 - hors séjours en hôpitaux locaux, séjours pour grossesse et accouchement, périnatalité, surveillance de la grossesse et du nouveau-né normal, et venues pour séances - exploitation Drees (données redressées)

Fig46. Taux de croissance annuel moyen du nombre de séjours entre 1998 et 2004 et entre 2004 et 2007 (Pays de la Loire - France métropolitaine)

		Pays de la Loire		France métropolitaine	
		1998-2004	2004-2007	1998-2004	2004-2007
I	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	-1,7%	3,6%	-2,7%	1,0%
II	Tumeurs	2,7%	1,5%	1,8%	-0,5%
III	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	5,3%	4,7%	3,5%	5,6%
IV	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	3,0%	-1,0%	1,2%	-0,3%
V	Troubles mentaux et du comportement	1,8%	1,1%	0,4%	3,3%
VI	Maladies du système nerveux	3,7%	5,0%	3,1%	1,6%
VII	Maladies de l'œil et de ses annexes	5,3%	2,2%	4,5%	2,3%
VIII	Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	-3,6%	3,9%	-3,0%	0,2%
IX	Maladies de l'appareil circulatoire	0,9%	1,3%	0,3%	0,6%
X	Maladies de l'appareil respiratoire	-1,9%	0,9%	-2,3%	0,7%
XI	Maladies de l'appareil digestif	1,1%	3,3%	1,6%	1,7%
XII	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	0,1%	1,3%	0,8%	-1,9%
XIII	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	1,4%	2,6%	1,5%	1,5%
XIV	Maladies de l'appareil génito-urinaire	1,4%	-0,4%	0,9%	0,0%
XVII	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	1,0%	0,2%	-0,3%	-0,5%
XVIII	Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	1,2%	1,9%	1,1%	1,9%
XIX	Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	-2,7%	1,5%	-2,1%	-0,4%
	Facteurs influant sur l'état de santé	6,3%	1,5%	4,3%	1,6%
	TOTAL	1,6%	1,9%	1,2%	1,0%

Sources : Bases nationales PMSI-MCO 1998, 2004 et 2007 - hors séjours en hôpitaux locaux, séjours pour grossesse et accouchement, périnatalité, surveillance de la grossesse et du nouveau-né normal, et venues pour séances - exploitation Drees (données redressées)

Fig47. Taux de croissance annuel moyen du TSH entre 1998 et 2004 et entre 2004 et 2007 (Pays de la Loire - France métropolitaine)

		Pays de la Loire		France métropolitaine	
		1998-2004	2004-2007	1998-2004	2004-2007
I	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	-3,3%	2,1%	-3,8%	-0,2%
II	Tumeurs	0,9%	-0,4%	0,5%	-2,1%
III	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	3,6%	2,4%	2,3%	3,7%
IV	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	1,7%	-2,2%	0,3%	-1,4%
V	Troubles mentaux et du comportement	0,6%	-0,3%	-0,5%	2,0%
VI	Maladies du système nerveux	2,1%	3,5%	1,9%	0,3%
VII	Maladies de l'œil et de ses annexes	2,9%	0,3%	2,6%	0,6%
VIII	Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	-4,9%	2,9%	-3,9%	0,0%
IX	Maladies de l'appareil circulatoire	-0,9%	-1,0%	-1,1%	-1,3%
X	Maladies de l'appareil respiratoire	-3,4%	-0,8%	-3,4%	-0,6%
XI	Maladies de l'appareil digestif	0,1%	1,9%	0,6%	0,5%
XII	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	-0,8%	0,2%	0,1%	-2,8%
XIII	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	-0,1%	1,0%	0,4%	0,2%
XIV	Maladies de l'appareil génito-urinaire	0,0%	-1,6%	-0,1%	-0,9%
XVII	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	0,2%	-1,0%	-0,9%	-1,0%
XVIII	Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	-0,3%	0,1%	0,0%	0,4%
XIX	Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	-3,7%	0,0%	-2,8%	-1,6%
	Autres motifs de recours aux soins	4,8%	-0,1%	3,1%	0,3%
	TOTAL	0,1%	0,2%	0,0%	-0,4%

Sources : Bases nationales PMSI-MCO 1998, 2004 et 2007 - hors séjours en hôpitaux locaux, séjours pour grossesse et accouchement, périnatalité, surveillance de la grossesse et du nouveau-né normal, et venues pour séances - exploitation Drees (données redressées)

Ce rapport est disponible sur www.santepaysdelaloire.com
et sur www.ars.paysdelaloire.sante.fr.

▶ ORS - Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire
Hôtel de la région - 1 rue de la Loire - 44966 Nantes Cedex 9
Tél. 02 51 86 05 60 - Fax 02 51 86 06 61 - accueil@orspaysdelaloire.com

▶ ARS - Agence régionale de santé des Pays de la Loire
CS 56233 - 44262 Nantes Cedex 2
Tél. 02 49 10 40 00 - ars-pdl-contact@ars.sante.fr