

10.1. La prise en charge hospitalière des personnes âgées

Une part de plus en plus importante de l'activité hospitalière concerne la prise en charge des personnes âgées

La patientèle âgée concentre une part importante de l'activité hospitalière

Une grande part de l'activité hospitalière est consacrée à la prise en charge des personnes âgées de plus de 65 ans. Cette catégorie représente en effet 17,1% de la population française (12,6% pour les plus de 70 ans) mais a concentré en 2010 plus de 40% des prises en charge hospitalières⁴⁴ pour l'ensemble des disciplines et tous types d'établissements confondus.

Cette concentration de l'activité hospitalière sur les personnes âgées est particulièrement marquée dans le domaine des soins de suite et réadaptation (SSR) : la patientèle de plus de 70 ans a représenté plus de la moitié (53%) des prises en charge dans les services de SSR. Cet important recours des personnes âgées aux soins hospitaliers est également notable dans les services de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) : en 2010, sur 22,5 millions de prises en charge MCO, 38% ont concerné des personnes âgées de plus de 65 ans et 30% des personnes âgées de plus de 70 ans. La part des patients de plus de 65 ans dans l'ensemble des prises en charge hospitalières de psychiatrie s'établit quant à elle à 12% (cf. graphique 1).

L'activité hospitalière liée à la prise en charge des personnes très âgées connaît une forte augmentation

Le nombre de prises en charge dans les services de MCO a augmenté de 1,3% en 2010 pour l'ensemble des classes d'âge. La dynamique de l'activité MCO a été relativement proche, quoiqu'un peu plus soutenue, pour la population des plus de 65 ans : elle s'établit à 1,5%. L'évolution du nombre de prises en charge MCO a en revanche été nettement plus forte pour la patientèle dont l'âge dépasse 80 ans : elle s'est en effet élevée à 3% en 2010 (cf. tableau 1). De même, les évolutions du nombre de prises en charge dans les services de SSR pour la population générale et pour les plus de 70 ans ont été assez proches (respectivement +2% et +1,9%) mais cette croissance a été bien plus forte pour la patientèle âgée de plus de 80 ans : elle s'établit, en 2010, à 4,3% (cf. tableau 2). Cela se vérifie également en service de psychiatrie, où le nombre de prises en charge a augmenté de 4% toutes classes d'âge confondues et de 3% pour la population des plus de 65 ans, mais de 14% pour les patients âgés de plus de 85 ans (cf. tableau 3).

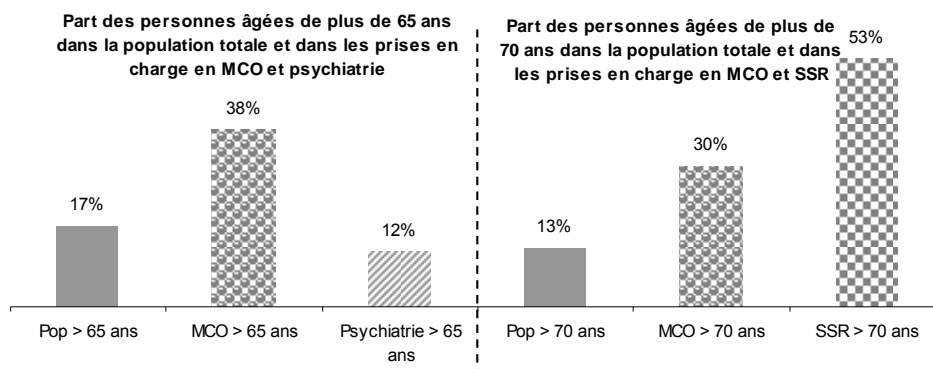
Ces évolutions se traduisent par une déformation de la structure d'activité hospitalière

Ce sont principalement les établissements publics qui accueillent la patientèle âgée et la proportion de prises en charge effectuées dans ce secteur augmente avec l'âge

En 2010, 69% des prises en charge MCO ont été effectuées dans les établissements publics. Cette proportion augmente avec l'âge de la patientèle : 72% des prises en charge de personnes septuagénaires et plus ont ainsi été effectuées dans ce secteur hospitalier (76% pour les personnes octogénaires et plus).

⁴⁴ Le terme « prises en charge hospitalières » recouvre les séjours donnant lieu à hospitalisation complète ou partielle (de jour ou de nuit) et les séances (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie...).

Graphique 1 – Part des personnes âgées dans la population totale et dans le recours aux soins hospitaliers



Source : calculs DSS/EPF/6B sur données ATIH et INSEE 2010

Lecture : En 2010, les personnes âgées de plus de 65 ans représentaient 17% de la population française et ont concentré 38% des prises en charge MCO et 12% des prises en charge psychiatriques, celles âgées de plus de 70 ans constituent 13% de la population française et ont représenté 30% des prises en charge MCO et 53% des prises en charge SSR.

Note de méthodologie : Les informations permettant d'estimer la part des prises en charge SSR consacrées à des personnes âgées de plus de 65 ans ne sont pas disponibles. Cette donnée n'est connue que pour la population des septuagénaires et plus.

Tableaux – Evolution 2009-2010 du nombre de prises en charge, par classe d'âge

Tableau 1 – médecine, chirurgie, obstétrique

| Classe d'âge | Etablissements | | Ensemble |
|----------------|----------------|--------|----------|
| | publics | privés | |
| 0-19 ans | -0,5% | 0,1% | -0,3% |
| 20-64 ans | 1,7% | 1,6% | 1,7% |
| 65-69 ans | 2,1% | 1,0% | 1,7% |
| 70-74 ans | 0,0% | -1,0% | -0,3% |
| 75-79 ans | 1,0% | 0,2% | 0,8% |
| Total > 65 ans | 2,6% | -1,1% | 1,5% |
| Total > 70 ans | 2,7% | -1,8% | 1,4% |
| Total > 75 ans | 3,7% | -2,1% | 2,1% |
| 80 ans et + | 5,5% | -4,0% | 3,0% |
| Total | 1,7% | 0,5% | 1,5% |

Tableau 2 – Soins de suite et de réadaptation

| Classe d'âge | Etab. Publics | Etab. Privés | Ensemble |
|----------------|---------------|--------------|----------|
| 0-19 ans | 3,9% | 5,3% | 4,1% |
| 20-59 ans | 0,5% | 0,6% | 0,6% |
| 60-69 ans | 4,3% | 3,0% | 3,9% |
| 70-79 ans | -1,9% | -1,7% | -1,8% |
| 80-84 ans | 2,1% | 0,0% | 1,4% |
| 85-89 ans | 5,0% | 1,7% | 4,1% |
| 90-94 ans | 17,3% | 16,8% | 17,2% |
| 95-99 ans | 2,5% | 5,6% | 3,2% |
| Total > 70 ans | 2,4% | 0,6% | 1,9% |
| Total > 80 ans | 5,1% | 2,5% | 4,3% |
| > 100 ans | 14,4% | 9,4% | 13,4% |
| Total | 2,3% | 1,1% | 2,0% |

Tableau 3 – Psychiatrie

| Classe d'âge | Etab. Publics | Etab. Privés | Ensemble |
|----------------|---------------|--------------|----------|
| 0-19 ans | 7,1% | 18,3% | 7,6% |
| 20-64 ans | 3,3% | 3,7% | 3,4% |
| 65-84 ans | 1,3% | 4,6% | 2,2% |
| Total > 65 ans | 3,1% | 4,9% | 3,5% |
| >=85 ans | 14,6% | 8,8% | 13,8% |
| Total | 3,9% | 4,3% | 4,0% |

Source : Calculs DSS/EPF/6B sur données ATIH 2010

Note : le terme « établissements publics » désigne, par convention, les établissements publics et privés participant au service public hospitalier, anciennement financés par dotation globale (ex-DG) et « établissements privés », les cliniques à but lucratif anciennement financés par prix de journée et dont les dépenses étaient encadrées par l'objectif quantifié national (ex-OQN)

Commentaire des tableaux : Ces trois tableaux montrent bien que les évolutions commentées dans le texte et qui portent sur l'ensemble des offreurs de soins hospitaliers recouvrent des dynamiques très différentes dans le secteur public et le secteur privé. En ce qui concerne la discipline MCO, alors que le nombre de prises en charge de personnes âgées connaît, dans le secteur public, une hausse notable, en particulier pour la patientèle de plus de 80 ans, il est en baisse dans le secteur privé. Les « parts de marché » du secteur public ont ainsi augmenté en 2010 sur le champ MCO. Ceci peut également être observé sur le champ des SSR, où l'augmentation du nombre de prises en charge de patients âgés est plus rapide dans le secteur public que dans le secteur privé. La situation est plus mitigée pour le champ des soins psychiatriques, l'augmentation du nombre de prises en charge des plus de 65 ans est plus forte dans le privé, mais celle des plus de 85 ans est plus élevée dans le public : le secteur privé a principalement gagné des parts de marché sur la patientèle la moins âgée des plus de 65 ans.

Ce phénomène peut également être constaté, dans une moindre mesure, dans le champ SSR : en 2010, 68% de l'ensemble des prises en charge SSR ont été le fait d'établissements publics. Cette proportion s'établit à 69% si l'on ne considère que la population des plus de 70 ans, et à 71% pour les personnes âgées de plus de 80 ans.

Le secteur public prend en charge la grande majorité des recours aux soins hospitaliers de psychiatrie (80% en 2010). Si l'on ne considère que la population des plus de 65 ans, ce chiffre est moins important : le secteur public est en effet très majoritaire pour les classes d'âge « extrêmes » : il accueille 96% de la patientèle infanto-juvénile (moins de 20 ans) et 88% des patients âgés de plus de 85 ans (cf. graphique 2).

Cette spécialisation du secteur public dans la prise en charge hospitalière des personnes âgées semble s'accroître

En ce qui concerne les disciplines MCO, le nombre de patients âgés accueillis dans le secteur privé a diminué en 2010 (-1,1% pour les plus de 65 ans, et -4% pour les plus de 80 ans), alors qu'il a augmenté de façon notable dans les établissements publics (+2,6% pour les plus de 65 ans et +5,5% pour les plus de 80 ans) (cf. tableau 1).

En 2010, le nombre de prises en charge en SSR de personnes âgées de plus de 70 ans a augmenté plus rapidement dans le secteur public (+2,4%) que dans le secteur privé (+0,6%). C'est également le cas pour la population âgée de plus de 80 ans (+5,1% contre +2,5%) (cf. tableau 2).

La spécialisation du secteur public dans la prise en charge psychiatrique de personnes très âgées se renforce également, l'augmentation du nombre de séjours de personnes octogénaires et plus entre 2009 et 2010 ayant été plus forte dans ce secteur (+14,6% contre +8,8% dans le secteur privé) (cf. tableau 3).

La prise en charge hospitalière de la patientèle âgée est particulièrement coûteuse

Le coût moyen d'une hospitalisation est bien plus élevé pour les patients âgés

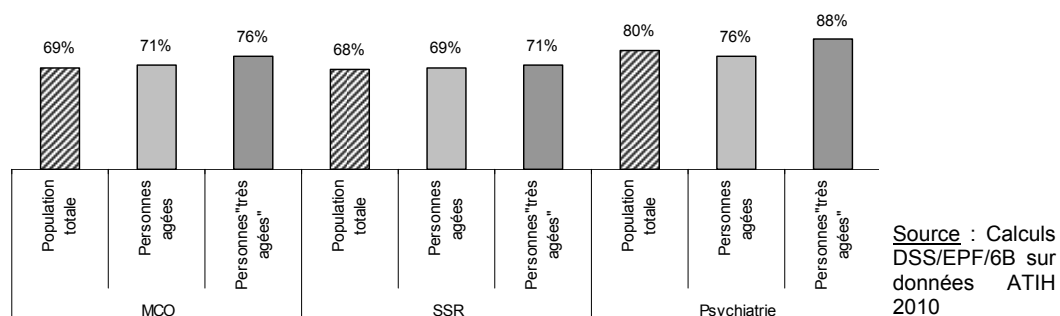
Toutes catégories d'établissements confondues, les prises en charge MCO⁴⁵ de personnes âgées de plus de 80 ans ont représenté, en 2010, 13% du nombre de prises en charge, mais 20% de la dépense d'assurance maladie correspondant à ces prestations.

Dans les établissements publics, les prises en charge de personnes âgées de plus de 80 ans ont représenté 14% de l'activité, mais 21% de la dépense d'assurance maladie, tandis que dans les établissements privés, elles ont constitué 10% du nombre de prises en charge et 15% de la dépense d'assurance maladie (cf. graphique 3).

La valeur moyenne d'un séjour s'accroît avec l'âge : toutes classes d'âge confondues, elle s'est élevée en 2010 à 1 742€ dans le secteur public mais a atteint 2 048€ pour la catégorie des plus de 65 ans et 2 644€ pour celle des plus de 80 ans. Dans le secteur privé, cette valeur moyenne s'est élevée à 943€⁴⁶ et a atteint 1 180€ pour la catégorie des plus de 65 ans et 1 432€ pour celle des plus de 80 ans (cf. graphique 4).

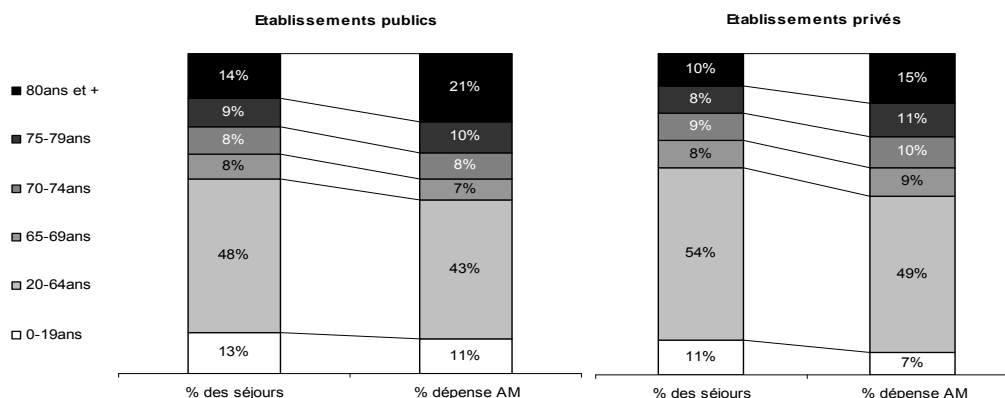
⁴⁵ Les dépenses hospitalières correspondant à la prise en charge de personnes âgées ne peuvent être identifiées que pour l'activité MCO, du fait de l'inexistence de données détaillées en SSR et en psychiatrie.

⁴⁶ NB : la valeur d'une prise en charge effectuée dans le secteur privé ne peut pas être comparée à celle d'une prise en charge accueillie dans un établissement public. En effet, cette valeur est obtenue en pondérant les séjours de chaque secteur par la grille tarifaire qui lui est propre, les tarifs du secteur ex-OQN ne couvrant pas les mêmes charges que les tarifs du secteur ex-DG (la rémunération du personnel médical notamment n'est pas couverte par les tarifs du secteur privé).

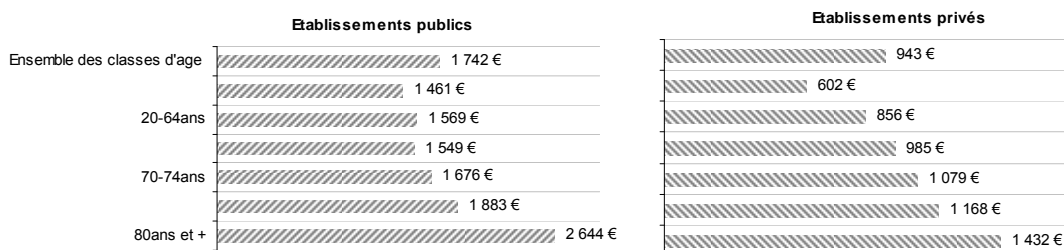
Graphique 2 – Part du secteur public dans l'ensemble des prises en charge, 2010

Lecture : Le secteur public a effectué, en 2010, 69% de l'ensemble prises en charge en MCO, toutes classes d'âge confondues, mais 71% des prises en charge de personnes âgées de plus de 65 ans et 76% des prises en charge de personnes âgées de plus de 85 ans.

Note de lecture : Pour les disciplines MCO et psychiatrie, la catégorie des « personnes âgées » correspond aux personnes de plus de 65 ans, tandis que pour les SSR, ce terme désigne les personnes de plus de 70 ans. La catégorie des « personnes très âgées » correspond aux personnes de plus de 80 ans pour les disciplines MCO et SSR et aux personnes de plus de 85 ans pour la psychiatrie. Les données disponibles ne permettent pas, en effet, d'obtenir des classes d'âge homogènes.

Graphique 3 – Part des différentes classes d'âge dans l'ensemble des prises en charge et dans la dépense d'assurance maladie, par secteur, 2010

Source : Calculs DSS/EPF/6B sur données ATIH 2010

Graphique 4 – Valeur moyenne 2010 d'une prise en charge hospitalière, selon l'âge

Source : Calculs DSS/EPF/6B sur données ATIH 2010

NB : les valeurs des secteurs public et privé ne peuvent être comparées (cf. note de bas de page 4)

Plusieurs facteurs expliquent le coût élevé des prises en charge hospitalières des personnes âgées

La patientèle âgée cumule fréquemment plusieurs pathologies, souvent chroniques, qui expliquent en partie son recours important aux soins hospitaliers (un tiers des personnes octogénaires et plus sont hospitalisés au moins une fois dans l'année). L'IRDES⁴⁷ a en effet montré que le nombre de maladies s'accroissait avec l'âge, pour dépasser 6 pathologies après 80 ans. La prise en charge de ces cas poly-pathologiques étant plus complexe, à motif de recours aux soins identique, le coût supporté par les établissements pour les traiter est relativement plus élevé. Le système de financement T2A, qui différencie des niveaux de sévérité, en tenant compte de l'âge et de la présence de comorbidités, conduit intrinsèquement à rémunérer par un tarif plus élevé ces prestations complexes.

D'autres facteurs viennent en outre renchérir la prise en charge des personnes âgées, qui tiennent au caractère parfois inadéquat de l'organisation des soins pour cette catégorie de patients. La durée moyenne des séjours hospitaliers plus élevée pour la patientèle âgée, s'explique certes par la gravité des cas traités, mais également par l'insuffisance des solutions d'aval, qui conduisent à maintenir certains patients hospitalisés, faute de places disponibles dans les structures médicosociales. Le cloisonnement des différents secteurs concernés par la prise en charge des personnes âgées (médecine de premier recours, secteur hospitalier, secteur médico-social) conduit ainsi à des inefficiences coûteuses pour la collectivité. La sur-utilisation des urgences – avec un taux de recours supérieur à 40% pour les personnes âgées de 80 ans et plus – la fréquence des ré-hospitalisations⁴⁸ – 37% des séjours de patients de plus de 80 ans, contre 15% pour la catégorie des 30 à 70 ans – illustrent les inadaptations dont souffrent les prises en charge sanitaire et psychosociales autour de la personne âgée en France⁴⁹.

La prise en charge de la patientèle âgée constitue donc un enjeu majeur de l'organisation de soins pour les années à venir

L'organisation des soins n'est pas adaptée aux spécificités de la prise en charge des personnes âgées

Selon le HCAAM, une part importante du niveau élevé de la dépense individuelle de santé des personnes âgées peut ainsi être expliquée par ces « inadaptations structurelles » du système de soins⁵⁰. Une étude de la DREES⁵¹ a montré que « l'organisation des soins et les pratiques qui en découlent pourraient plus que compenser l'effet induit par le vieillissement de la population ».

Ces conclusions sont désormais largement partagées et ont conduit les ministères en charge de ces questions à mener, dès 2012, des expérimentations⁵² « dans le cadre de projets pilotes mettant en œuvre de nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie en prévenant leur hospitalisation en établissement de santé avec hébergement, en gérant leur sortie d'hôpital et en favorisant la continuité des différents modes de prise en charge sanitaires et médico-sociaux » afin de répondre à cet enjeu majeur (cf. encadré 1).

⁴⁷ Institut de recherche et documentation en Economie de la Santé, 2006

⁴⁸ Retour à l'hôpital d'un patient ayant déjà été pris en charge pour le même motif de recours aux soins pouvant éventuellement être imputé à une sortie trop précoce

⁴⁹ Ces éléments sont développés dans le rapport de l'IGAS *L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge*, 2011

⁵⁰ *Vieillesse, longévité et assurance maladie. Constats et orientations*. Avis du HCAAM du 22 avril 2010.

⁵¹ DREES, *l'impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020, 2030*, Dossiers solidarité et santé n°4, 2008

⁵² Ces expérimentations sont définies dans le cadre de l'article 70 de la Loi 2011-1906 du 21 décembre 2011 pour le financement de la sécurité sociale.

Encadré 1 – Deux démarches séquencées d'amélioration de la prise en charge des personnes âgées : les expérimentations de l'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 et la mise en œuvre des « prototypes » en 2013

Dans le contexte français marqué par une dépense de santé élevée, les personnes âgées, qui mobilisent entre le quart et la moitié de cette dépense selon la catégorie retenue⁵³, apparaissent comme un enjeu décisif, d'autant plus que la multiplicité des acteurs qui interviennent auprès de cette population rend nécessaire une approche transversale et innovante.

Dans son rapport intitulé « Assurance maladie et perte d'autonomie », le HCAAM définit des pistes d'optimisation de la prise en charge des personnes âgées. Il préconise de rompre avec la logique « en silos » des modes de financement et de structuration de l'offre, et de développer une approche fondée sur les parcours de santé. Une telle approche permet en effet de distinguer les « points de rupture » qui sont sources de dysfonctionnement. Outre les problèmes inhérents aux diverses structures de prise en charge, ce sont bien souvent les interfaces (hôpital/EHPAD, médecin/assistante sociale, etc.) qui sont à l'origine de ces dysfonctionnements particulièrement prégnants pour la population âgée.

A travers l'analyse de ces points de rupture, l'hospitalisation apparaît comme une source majeure de prises en charge inefficaces, mobilisant des ressources importantes. La problématique des inadéquations hospitalières constitue un enjeu d'ordre général, mais elle est particulièrement décisive pour les personnes âgées. Une étude récente réalisée par SANESCO pour la DGOS en septembre 2011 a ainsi montré que 17,5% des lits de médecine étaient occupés de manière non pertinente. Ces hospitalisations inadaptées, inutiles, trop longues ou mal préparées, se traduisent par une perte de qualité des soins et génèrent des dépenses injustifiées que le HCAAM a estimé à 2 Md€. C'est pourquoi l'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 a institué une expérimentation qui porte prioritairement sur l'optimisation du recours à l'hôpital. L'objectif est de développer de « nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie en prévenant leur hospitalisation en établissement de santé avec hébergement, en gérant leur sortie d'hôpital et en favorisant la continuité des différents modes de prise en charge sanitaires et médico-sociaux ». Le cahier des charges des expérimentations prévoit deux modules portant respectivement sur la prévention des risques d'hospitalisation des personnes âgées, et sur l'amélioration de l'organisation des sorties d'hôpital des personnes âgées.

Au terme d'un processus de sélection, 11 projets ont été retenus dans 7 régions en raison notamment de leur pertinence et de leur maturité. Les structures qui portent les projets sont de nature très variées. En effet, il peut s'agir de réseaux gérontologiques, de maisons de santé, de centres hospitaliers ou encore de collectivités territoriales. Les territoires où ont lieu ces expérimentations sont également différents, se situant en milieu urbain, en milieu péri urbain ou en milieu rural (le plus fréquent). Ces projets s'appuient sur des dynamiques territoriales déjà existantes entre les professionnels et entre les structures, mais ils proposent tous la mise en œuvre d'actions spécifiques nouvelles (appui aux médecins traitants, rationalisation de l'organisation de la gestion des sorties d'hôpital ...).

Les premières expérimentations seront mises en œuvre dès le dernier trimestre 2012 par le biais de convention liant les porteurs de projet, les ARS et les caisses locales d'assurance maladie.

Enfin, un dispositif d'évaluation suivi par la Haute Autorité de Santé permettra de garantir la capitalisation sur ces expérimentations lorsqu'elles seront arrivées à leur terme.

Ces travaux alimentent une réflexion de plus grande ampleur visant à mettre en œuvre les recommandations du HCAAM dans le cadre d'un comité de pilotage national réunissant tous les acteurs de la prise en charge des personnes âgées. En effet, au-delà du seul épisode hospitalier, le Haut Conseil préconise de revoir entièrement la prise en charge des personnes âgées sur un territoire. Pour mener à bien sa réflexion sur les futurs modèles (« prototypes ») préconisés par le HCAAM, le comité de pilotage national a organisé ses travaux en quatre ateliers thématiques portant sur le recueil et l'exploitation de données cliniques et sociales par les professionnels de premier recours, la coopération et la coordination entre professionnels de santé et du secteur social, l'optimisation des modalités de recours à l'hôpital des personnes âgées et faciliter les sorties d'hospitalisation, et les conditions d'évaluation des projets pilotes.

Les travaux doivent déboucher sur des propositions concrètes et financièrement viables pour les comptes publics dans leur ensemble, permettant de construire un cahier des charges national, socle d'un appel à projet qui permettra la mise en œuvre dès l'année 2013 dans quelques régions de ces nouvelles formes d'organisation des soins.

⁵³ 23% en considérant les plus de 75 ans et 48% pour les plus de 60 ans, source HCAAM.