

LES RAPPORTS DE L'ARS BRETAGNE

**Analyse de la
consommation de soins
des personnes âgées
de 75 ans et plus
en Bretagne**

Sommaire

1. Contexte et objectifs	3
2. Méthodologie	8
3. Consommation de soins en milieu hospitalier	10
3.1 En court séjour	10
3.1.1 En chirurgie	13
3.1.2 En médecine	18
3.1.3 En techniques peu invasives	23
3.1.4 En séances	26
3.1.5 Zoom sur la cancérologie	26
3.2 En Hospitalisation A Domicile (HAD)	28
3.3 En Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)	32
3.4 En psychiatrie	36
4. Consommation en soins de ville	400
5. Constats et discussion	477
6. Perspectives et plan d'actions	511
7. Annexes	533

Glossaire

ALD	Affection Longue Durée
ANAP	Agence Nationale de l'Appui à la Performance
ATC	Anatomique, Thérapeutique et Chimique
CH	Centre Hospitalier
CnamTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des Travailleurs Salariés
CM	Catégorie Majeure
CMU-C	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
DAMIR	Dépenses d'Assurance Maladie Inter-Régimes
DCIR	Données de Consommation Inter-Régimes
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DMP	Durée Moyenne de Présence
DP	Diagnostic Principal
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ES	Etablissement de Santé
GHM	Groupe Homogène de Malades
HAD	Hospitalisation A Domicile
HC	Hospitalisation Complète
HP	Hospitalisation Partielle
IK	Indice de Karnofsky
INCA	Institut National du Cancer
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IPA	Indicateur de Pilotage de l'Activité
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
MSA	Mutuelle Sociale Agricole
MPP	Mode de Prise en charge Principal
PAERPA	Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie
PIEB	Prestation Inter-Etablissement de type B
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
Sniir-AM	Système National d'information inter-régimes de l'Assurance Maladie
SLM	Sections Locales Mutualistes
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile

1. Contexte et objectifs

→ Une population âgée plus importante en Bretagne, notamment chez les femmes.

La Bretagne a une forte proportion de personnes âgées de plus de 75 ans (10,3 % contre 9,2 % en moyenne nationale), avec un vieillissement qui va s'accroître dans les prochaines années.

Tableau 1 : Répartition de la population au 1^{er} janvier 2012, comparée à la France métropolitaine

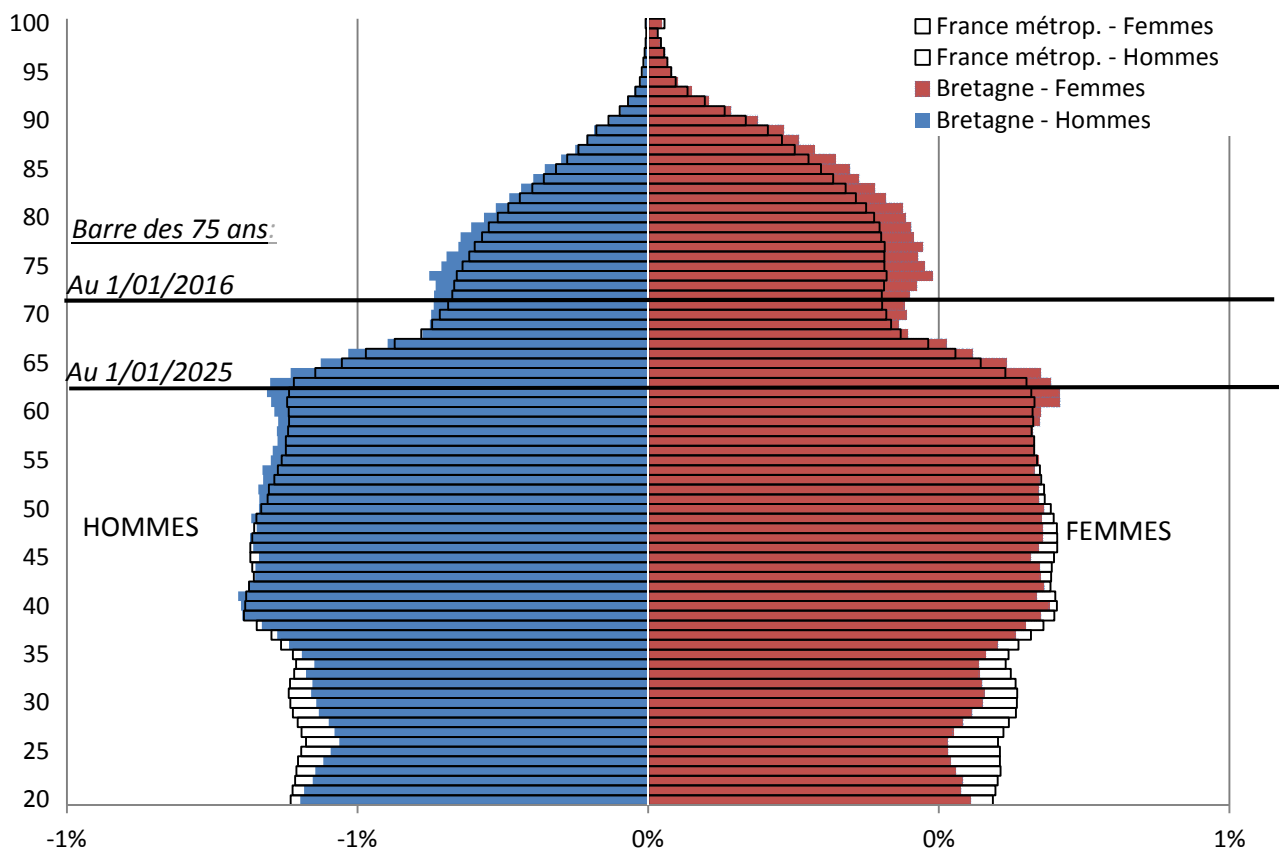
	Population	Répartition de la population		% de femmes	
		Bretagne	Bretagne	France métrop.	Bretagne
0 - 19 ans	782 221	24,2%	24,4%	48,8%	48,8%
20 - 59 ans	1 615 702	49,9%	51,8%	49,7%	50,7%
60 - 74 ans	507 185	15,7%	14,7%	53,0%	52,6%
75 ans et plus	331 989	10,3%	9,2%	63,7%	62,6%
Total	3 237 097	100,0%	100,0%	51,4%	51,6%

Source : INSEE (Population municipale au 1^{er} janvier 2012)

Exploitation ARS Bretagne

→ A partir de 2025, une augmentation des 75 ans et plus est attendue.

Graphique 1 : Pyramide des âges en Bretagne au 1er janvier 2012, comparée à la France métropolitaine



Source : INSEE (Population municipale au 1er janvier 2012)

Exploitation ARS Bretagne

Jusqu'en 2020, la part des 75 ans et plus est relativement stable en Bretagne comme en France métropolitaine. A compter de 2020, la part des 75 ans et plus va augmenter. Cette évolution s'explique par l'effet de génération « papy boom ».

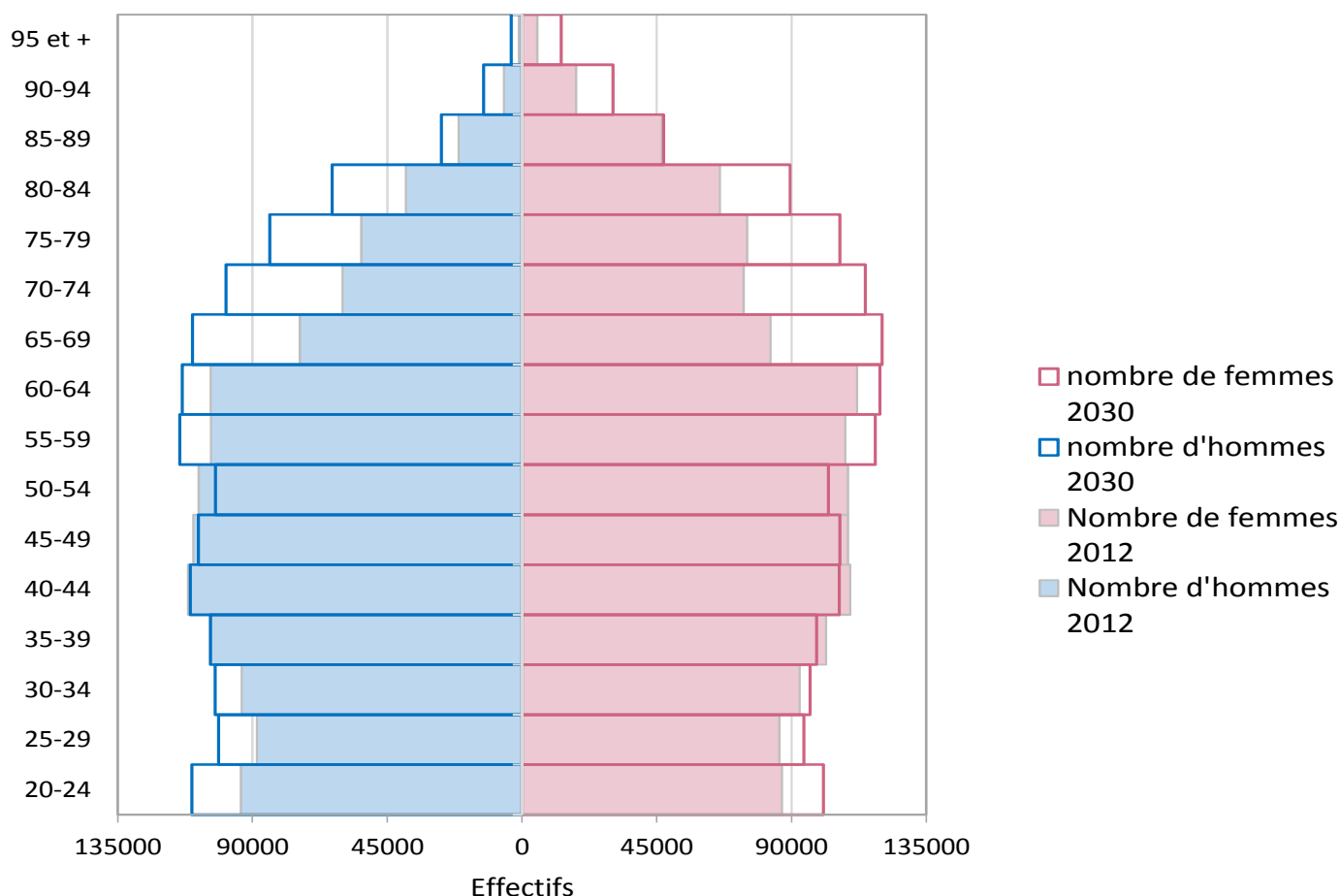
Cet effet générationnel impacte plus largement la Bretagne que la France métropolitaine : la Bretagne présente une plus forte proportion de personnes âgées entre 60 et 74 ans qu'au niveau national (15,7 % en Bretagne contre 14,7 % en France métropolitaine).

Ce phénomène de vieillissement de la population bretonne est aussi amplifié du fait de nombreuses arrivées de retraités sur la région¹. Aujourd'hui, du fait de l'augmentation de l'espérance de vie et du vieillissement des retraités arrivés il y a quelques années, la part des 80 ans et plus progresse plus vite en Bretagne qu'au niveau national.

→ A l'horizon 2030, la part des 75 ans et plus va augmenter de 44 % par rapport à 2012.

Entre 2012 et 2030, l'INSEE prévoit une augmentation de 44 % de la population sur la tranche d'âge des 75 ans et plus.

Graphique 2 : Pyramide des âges de la population bretonne en 2012 et 2030



Source : INSEE, Données de projection de population, modèle Omphale 2010 (scénario central) Exploitation ARS Bretagne

Encadré 1 : Les projections de population INSEE

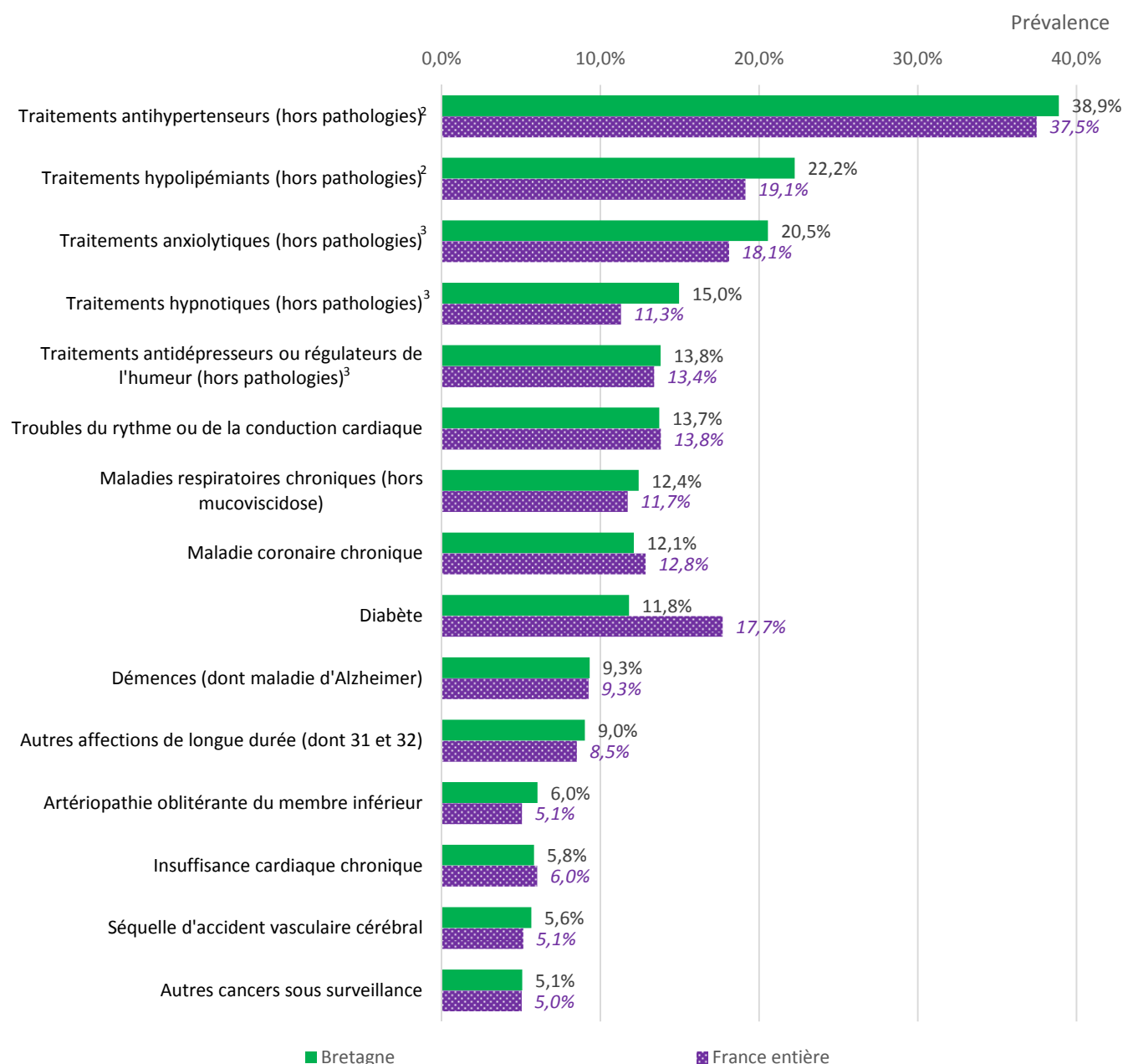
Les projections de population réalisées par l'INSEE consistent à faire vieillir la population en intégrant des hypothèses sur les décès et les phénomènes migratoires (modèle Omphale). Le scénario central, retenu pour cette étude, correspond, d'une part, au maintien des comportements migratoires observés au cours de la période 2000-2008 dans la région, et, d'autre part, à une baisse de la mortalité dans la région au même rythme qu'en France métropolitaine.

¹ Le vieillissement de la population s'accélère près des villes et du littoral / Fatima Le Strat et Laurent Auzet ; Insee – Dans Insee Analyses Bretagne : n°30 (2015, décembre). 4p.

→ En Bretagne, un contexte épidémiologique particulier chez les 75 ans et plus caractérisé par une sur-représentation des traitements médicamenteux (hors pathologies) et une sous-représentation du diabète.

Si l'accroissement de la population âgée en Bretagne dans les années à venir demande nécessairement une adaptation de l'offre de soins sur la région, cette mutation devra prendre en compte les spécificités épidémiologiques de la région.

Graphique 3 : Prévalence des 15 pathologies les plus fréquentes des personnes âgées de 75 ans et plus en Bretagne en 2013, comparée au niveau national (%)



Champ : Ensemble des bénéficiaires du régime général y compris SLM
Source : CnamTS (Cartographie 2013)

Exploitation ARS Bretagne

2 Traitements antihypertenseurs et hypolipémiants (hors pathologie) : Personnes ayant reçu au moins trois délivrances de médicaments spécifiques dans l'année, sans pathologie identifiée comme maladies coronaires ou accident vasculaire cérébral ou insuffisance cardiaque ni aigus ni chroniques, ou artériopathie oblitérante des membres inférieurs, ou insuffisance rénale chronique terminale traitée, ou diabète.

3 Traitements anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur ou neuroleptiques : Personnes ayant reçu au moins trois délivrances de médicaments spécifiques dans l'année, sans pathologie psychiatrique identifiée

L'assurance maladie a procédé à une analyse des données de consommation de l'ensemble de ces bénéficiaires et a créé un modèle de « Cartographie des pathologies » (encadré 2). A partir de l'analyse de la prévalence des pathologies chez les personnes de 75 ans et plus, on observe un grand nombre de personnes âgées sous traitements médicamenteux (de type antihypertenseurs, hypolipémiants, anxiolytiques, hypnotiques ou antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur), délivrés en dehors de prescription dans la prise en charge de pathologies identifiées⁴. La mise sous traitements médicamenteux (hors pathologie) est plus fréquente en Bretagne qu'au niveau national (annexe 1). A l'inverse, on observe une faible proportion de personnes âgées atteinte de diabète en Bretagne (11,8 %) contre 17,7 % en France entière.

L'analyse des déclarations d'ALD permet aussi d'appréhender la morbidité régionale. Cependant, du fait de modifications administratives, règlementaires ou contextuelles, l'analyse dans le temps est très difficilement interprétable (annexes 2, 3⁵ et 4).

Encadré 2: Cartographie des pathologies

La CnamTS a développé depuis 2011 une méthode d'identification des pathologies, évènements de santé et traitements de ces bénéficiaires. A partir des données médico-administratives du système national d'information inter-régimes de l'Assurance Maladie (Sniir-AM), chaînées à celles du programme de médicalisation du système d'information (PMSI), l'ensemble des bénéficiaires du régime général (et une partie des sections locales mutualistes comprises) a été cartographié en fonction de pathologies, conditions ou traitements fréquents, ou graves, ou coûteux. La CnamTS a défini 56 groupes de pathologies, un individu pouvant potentiellement avoir plusieurs pathologies.

→ En Bretagne, bien que le régime général soit majoritaire, la mutuelle sociale agricole (MSA) a un poids important chez les 75 ans et plus

En France, en 2014, l'accès à la consommation de soins et de biens médicaux passe majoritairement par un financement de la sécurité sociale (76,6 %), puis des organismes complémentaires (13,5 %)⁶.

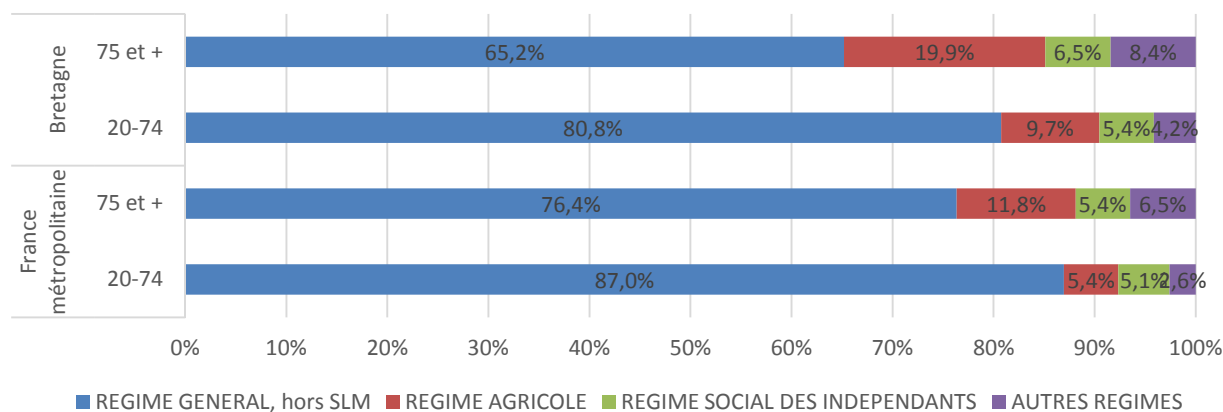
Si la part des dépenses prises en charge par le régime général est prépondérante en France (84 % des dépenses pour les personnes de plus de 20 ans). La MSA a un rôle particulièrement important chez les personnes de 75 ans et plus (11,8 % contre 5,4 % chez les 20 – 74 ans), et plus particulièrement en Bretagne (avec 19,9 % des dépenses chez les 75 ans et plus). Pour autant, il n'y aura pas d'approche spécifique de la consommation par régime.

4 Traitements (hors pathologie) : dans la méthode développée par l'assurance maladie, le modèle définit en premier lieu si les prescriptions médicales peuvent être imputées à des pathologies cataloguées comme fréquentes, graves et/ou coûteuses. Si les prescriptions médicales ne peuvent pas être imputées à une liste de pathologies identifiées, elles sont classées en fonction de catégories de traitement : traitements antihypertenseurs ou traitements hypolipémiants hors pathologies identifiées comme : maladies coronaires ou accident vasculaire cérébral ou insuffisance cardiaque ni aigus ni chroniques, ou artériopathie oblitérante des membres inférieurs, ou insuffisance rénale chronique terminale traitée, ou diabète ; traitements neuroleptiques, hypnotiques, antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur ou anxiolytiques, hors pathologies psychiatriques identifiées).

5 Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses – Propositions de l'Assurance Maladie pour 2016 ; CnamTS – Dans : Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2016 (loi du 13 Août 2004) – Chiffres disponibles sur le site internet CnamTS

6 Les dépenses de santé en 2014 – Edition 2015 – Résultats des Comptes de la santé ; DREES

Graphique 4 : Répartition des dépenses de soins de ville par régime d'assurance maladie en 2013



Champ : Ensemble des bénéficiaires de régimes d'assurance maladie
 Source : CnamTS (Sniir-AM – DAMIR), INSEE (population municipale 2012)

Exploitation : ARS Bretagne

→ Un minimum vieillesse dépassant le plafond qui donne accès à la CMU complémentaire

En Bretagne en 2014, moins de 1 % des bénéficiaires du régime général de 75 ans et plus est bénéficiaire de la couverture universelle complémentaire (CMU-C) du risque maladie. Cette faible représentation des personnes âgées s'explique par le fait que, passé l'âge de la retraite, les personnes âgées ont des ressources qui dépassent dans tous les cas le plafond de la CMU-C⁷.

→ Comment anticiper l'effet du vieillissement de la population bretonne sur la consommation de soins ?

L'objectif premier de l'étude est d'établir un diagnostic général des caractéristiques de la consommation de soins des personnes âgées tant en milieu hospitalier qu'en médecine de ville.

Le diagnostic comparera la consommation de soins des personnes âgées au reste des adultes ainsi que la consommation de la Bretagne à celle de la France métropolitaine.

Le second objectif de l'étude est de s'assurer que l'offre actuelle pourra répondre aux besoins en anticipant et en accompagnant des changements de pratiques (basculer vers des hospitalisations de jour avec accompagnement à domicile, organisation de parcours ciblés, ...). Cet objectif est d'autant plus prégnant que le contexte économique engage l'ensemble des acteurs de santé à rechercher la pertinence des soins au travers du plan triennal (pertinence des hospitalisations et des actes, pertinence des prescriptions médicamenteuses et développement de l'ambulatoire).

⁷ Rapport d'activité 2014 ; Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie

2. Méthodologie

Consommation de soins en milieu hospitalier

La consommation de soins des personnes âgées en milieu hospitalier est étudiée sur 3 ans (2011-2013) à partir des données issues du Programme de Médicalisation des Système d'Information (PMSI).

La classification propre à chaque champ (MCO, SSR, HAD et Psychiatrie) est utilisée pour présenter les résultats de façon synthétique.

Les caractéristiques des prises en charge des personnes âgées sont décrites sur l'année 2012.

La consommation de soins des personnes âgées correspond aux séjours des patients âgés de 75 ans et plus.

Elle sera comparée à la consommation des autres adultes âgés de 20 à 74 ans.

La consommation de la population bretonne (patients domiciliés en Bretagne) est également comparée à la consommation de la France métropolitaine (patients domiciliés en France métropolitaine).

Dans l'étude, les taux de recours aux soins sont calculés en rapportant le nombre de séjours (ou de journées) consommés dans l'année à la population de l'année. Il s'agit de taux bruts. Les taux de recours aux soins permettent d'étudier la consommation en tenant compte de la population.

L'unité d'œuvre du taux de recours varie selon la discipline : en séjours pour la médecine, la chirurgie et les techniques peu invasives ; en journées pour l'HAD, les SSR et la psychiatrie.

Pour chaque discipline (chirurgie, médecine, techniques peu invasives, HAD, SSR et psychiatrie), le plan d'analyse est le suivant :

- Evolution de la consommation en volume,
- Evolution du taux de recours aux soins rapporté à la population,
- Etude du recours aux soins selon l'âge,
- Etude du recours aux soins en ambulatoire (hospitalisation sans nuitée),
- Etude de la DMS,
- Etude de l'activité non programmée (hospitalisation suite à un passage aux urgences),
- Description des prises en charge.

Cette étude présente certaines limites. Les résultats présentés ne décrivent que les unités d'œuvre consommées, et non le profil des personnes hospitalisées. Il faudrait en effet une étude complémentaire sur des données chaînées pour décrire le parcours par personne. Cette analyse complémentaire serait difficile à réaliser avec une comparaison nationale et ne pourrait s'envisager que sur un territoire infra régional et ciblé sur une pathologie (ex AVC). A défaut, l'analyse des consommations par segment d'hospitalisation donne une idée des parcours s'approchant de la méthodologie de l'ANAP (PAERPA).

La référence utilisée est la moyenne nationale sans que celle-ci ait une valeur de « qualité ».

Consommation de soins de ville

La consommation de soins de ville est analysée à partir des données de remboursement des différents régimes d'assurance maladie obligatoires. Les données utilisées proviennent toutes de la base de données Système National d'information inter-régimes de l'Assurance Maladie (Sniir-AM).

Cependant, au sein de chaque régime d'assurance maladie, il existe des hétérogénéités dans l'organisation des données de remboursement. Même au cœur du régime d'assurance maladie dit « général » (CnamTS), il existe des sections locales mutualistes (SLM⁸), qui ont encore pour certaines des systèmes d'enregistrement des remboursements différents de l'enregistrement des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM).

8 Pour certaines catégories de fonctionnaires et les étudiants, des mutuelles spécifiques ont une délégation de gestion des prestations du régime général de la sécurité sociale, elles sont appelées « sections locales mutualistes » (SLM). Du fait de leur diversité et de l'hétérogénéité des bases de données de chaque SLM, selon les statistiques, les personnes relevant de ces SLM sont ou non inclus dans les données de la CnamTS.

Ainsi, selon l'axe d'analyse de la consommation de soins, les indicateurs utilisés ne peuvent être tous être calculés pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie.

L'analyse des montants et des niveaux de recours aux prestations de soins de ville par grandes catégories de soins est réalisée à partir du domaine de données agrégées du Sniir-AM DAMIR, qui couvrent l'ensemble des régimes d'assurance maladie. Les données utilisées excluent les prestations réalisées par les libéraux dans le cadre de séjours hospitaliers privés. Seules les consommations de soins de ville dispensés par des professionnels de santé libéraux en dehors du cadre du forfait de soins EHPAD sont inclus dans ces données, pour les résidents d'EHPAD. Les consommations étudiées portent sur les soins réalisés en 2013.

L'analyse de la consommation ou de la non-consommation par catégorie de soins s'étudie à partir du dénombrement des consommations parmi les consommateurs de soins de ville. Un consommateur est identifié à partir de la consommation au moins une fois dans l'année au moins un soin libéral en 2013. Les données utilisées dans cette partie couvrent uniquement les bénéficiaires du régime général avec les sections locales mutualistes.

L'analyse des remboursements de pharmacie de ville provient des données de l'open data de la CnamTS (OPEN MEDIC, issu de la base de DCIR), qui couvrent presque tous les régimes d'assurance. La CnamTS estime à 3 % les remboursements de médicaments non couverts par cette source.

3. Consommation de soins en milieu hospitalier

Élément contextuel

La consommation de soins étant étroitement liée à la population, l'évolution de la population sur la période de l'étude est donnée à titre indicatif, pour aider à l'interprétation de l'évolution de la consommation constatée.

Sur la période 2011-2013, en moyenne, la population bretonne a tendance à croître plus vite que la population de la France métropolitaine.

Tableau 2 : Evolution de la population entre 2011 et 2013

	Bretagne				France métropolitaine Evolution annuelle moyenne 2011-2013
	2011	2012	2013	Evolution annuelle moyenne 2011-2013	
Chez les 20-74 ans	2 126 022	2 141 611	2 156 466	0,7%	0,5%
Chez les 75 ans et plus	323 171	328 871	333 888	1,6%	1,4%
Total	2 449 193	2 470 482	2 490 354	0,8%	0,6%

Source : INSEE, Données de projection de population, modèle Omphale 2010

Exploitation ARS Bretagne

En Bretagne, la population présente de grandes disparités infra-territoriales, tant en part qu'en évolution des personnes âgées (annexe 5). Des études infra-territoriales pourraient être réalisées de manière ciblée pour affiner la consommation de soins.

3.1 En court séjour

Préalable méthodologique

La consommation de soins en court séjour est analysée à partir des données du PMSI MCO.

Les séjours en erreur (CM 90), les séances⁹ (CM 28) et les séjours relatifs à l'obstétrique (CM 14 et 15) sont exclus de l'analyse. L'activité dite "non traitée" (PIEB, chirurgie esthétique, IVG, dialyse péritonéale) est également exclue.

Les catégories d'activité de soins (chirurgie, médecine, techniques peu invasives) sont identifiées à partir du 3ème caractère du Groupe Homogène de Malades (GHM).

Les séjours sont domiciliés au lieu de résidence du patient.

⁹ Une séance est une venue impliquant une fréquentation itérative pour l'un des motifs thérapeutiques suivants à l'exclusion de tout autre : épuration extrarénale, radiothérapie (préparation et irradiation), transfusion sanguine, oxygénothérapie hyperbare, aphérèse sanguine.

→ Les 75 ans et plus recourent plus fréquemment à la médecine qu'à la chirurgie ou aux techniques peu invasives.

Les 75 ans et plus représentent un peu plus de 13 % de la population bretonne adulte mais environ 31 % de la consommation de soins de court séjour.

Au niveau national, des caractéristiques proches sont observées : 12 % contre 27 %.

Tableau 3 : Nombre de séjours consommés en court séjour en Bretagne entre 2011 et 2013

	2011	2012	2013	Evolution annuelle moyenne 2011-2013
Chez les 20-74 ans	445 559	451 074	451 922	0,7%
Chez les 75 ans et plus	198 225	204 187	205 897	1,9%
Bretagne	643 784	655 261	657 819	1,1%

Source : PMSI MCO 2011-2013

Exploitation ARS Bretagne

→ La consommation est plus maîtrisée en Bretagne qu'en France.

Entre 2011 et 2013, en Bretagne, la consommation de soins en court séjour des 75 ans et plus a peu augmenté (+0,3 % en moyenne annuelle) alors que celle des autres adultes¹⁰ est restée stable. Comparativement à la moyenne nationale, la consommation bretonne de soins en court séjour progresse plus lentement.

Tableau 4 : Taux de recours en court séjour

Exprimés en nombre de séjours pour 1 000 habitants

	Taux de recours en court séjour						Evolution annuelle moyenne 2011-2013	
	2011		2012		2013		Bretagne	France métropol.
	Bretagne	France métropol.	Bretagne	France métropol.	Bretagne	France métropol.		
Chez les 20-74 ans	210	225	211	227	210	227	0,0%	0,5%
Chez les 75 ans et plus	613	613	621	623	617	622	0,3%	0,7%

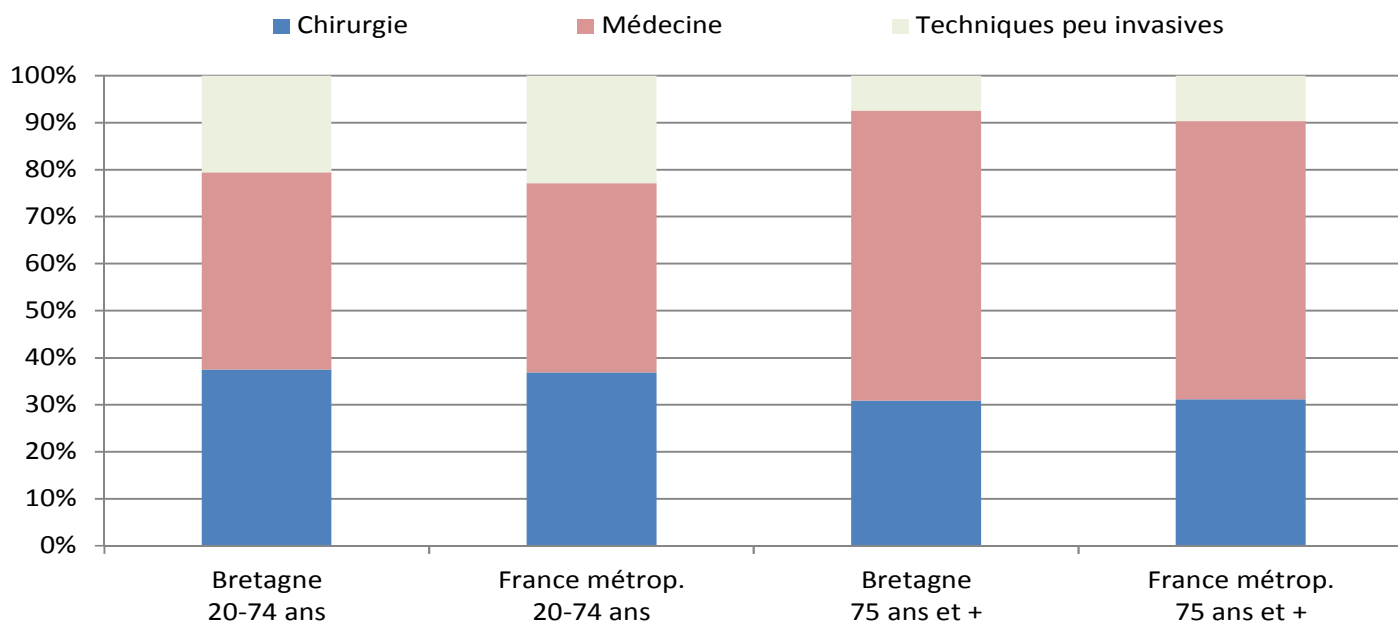
Source : PMSI MCO 2011-2013, INSEE, Données de projection de population, modèle Omphale 2010

Exploitation ARS Bretagne

¹⁰ Les autres adultes correspondent aux 20-74 ans.

En Bretagne, en 2012, les séjours relatifs à la médecine représentent 62 % des séjours de court séjour consommés par les 75 ans et plus (contre 59 % pour la France métropolitaine). La part de la médecine chez les 75 ans et plus est 1,5 fois plus élevée que celle des autres adultes. Les 75 ans et plus consomment en proportion trois fois moins de techniques peu invasives que les autres adultes.

Graphique 5 : Répartition des séjours consommés en court séjour selon l'âge et la catégorie de soins



Source : PMSI MCO 2012

Exploitation ARS Bretagne

3.1.1 En chirurgie

Préalable méthodologique

La consommation de soins en chirurgie est analysée à partir des données du PMSI MCO.

Les séjours en erreur (CM 90), les séances (CM 28) et les séjours relatifs à l'obstétrique (CM 14 et 15) sont exclus de l'analyse. L'activité dite "non traitée" (PIEB, chirurgie esthétique, IVG, dialyse péritonéale) est également exclue.

La chirurgie est identifiée à partir du 3ème caractère du GHM à savoir la lettre 'C'.

Les séjours sont domiciliés au lieu de résidence du patient.

Les 75 ans et plus représentent un peu plus de 13 % de la population bretonne adulte mais environ 27 % de la consommation de soins chirurgicaux (au niveau national : 12 % contre 24 %).

Les séjours chirurgicaux représentent 31 % des séjours consommés en court séjour par les 75 ans et plus.

Tableau 5 : Nombre de séjours chirurgicaux consommés en Bretagne entre 2011 et 2013

	2011	2012	2013	Evolution annuelle moyenne 2011-2013
Chez les 20-74 ans	164 543	169 319	170 237	1,7%
Chez les 75 ans et plus	61 358	63 027	63 960	2,1%
Bretagne	225 901	232 346	234 197	1,8%

Source : PMSI MCO 2011-2013

Exploitation ARS Bretagne

Entre 2011 et 2013, en Bretagne, la consommation de soins en chirurgie des 75 ans et plus a légèrement augmenté (+0,4 % en moyenne annuelle) alors que la population a augmenté de 1,4 %. Elle est maîtrisée par rapport à celle des autres adultes. Le taux d'évolution de la consommation bretonne de soins en chirurgie pour les 75 ans et plus est supérieur à la moyenne nationale.

Tableau 6 : Taux de recours à la chirurgie

Exprimés en nombre de séjours pour 1 000 habitants

	Taux de recours en chirurgie						Evolution annuelle moyenne 2011-2013	
	2011		2012		2013		Bretagne	France métropol.
	Bretagne	France métropol.	Bretagne	France métropol.	Bretagne	France métropol.		
Chez les 20-74 ans	77	82	79	84	79	84	1,0%	1,0%
Chez les 75 ans et plus	190	193	192	194	192	194	0,4%	0,2%

Source : PMSI MCO 2011-2013, INSEE, Données de projection de population, modèle Omphale 2010

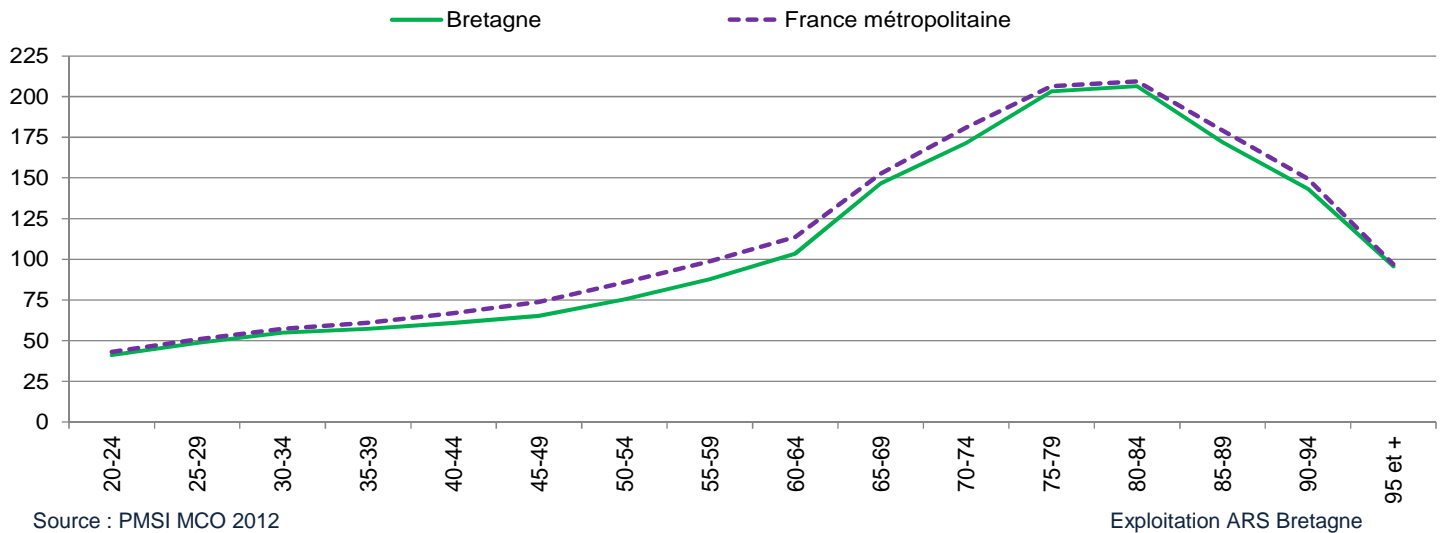
Exploitation ARS Bretagne

→ Les plus forts taux de recours à la chirurgie sont constatés entre 75 et 85 ans.

En 2012, la consommation bretonne suit la tendance observée au niveau national : jusqu'à 65 ans, la consommation de soins chirurgicaux croît modérément avec l'âge ; de 65 à 85 ans, elle s'intensifie pour chuter au-delà de 85 ans. La sous-consommation bretonne par rapport au niveau national se vérifie pour chaque tranche d'âge avec un écart plus marqué pour les 45-65 ans.

Graphique 6 : Taux de recours à la chirurgie selon l'âge

Exprimés en nombre de séjours pour 1000 habitants



→ Comme pour les autres adultes, 38 % des séjours chirurgicaux relatifs aux 75 ans et plus sont réalisés en ambulatoire¹¹ en Bretagne.

En Bretagne, en 2012, près de 40 % des séjours chirurgicaux sont pris en charge en ambulatoire (hospitalisation sans nuitée) tant chez les 75 ans et plus que chez les autres adultes. La part de la chirurgie ambulatoire en Bretagne est comparable à celle observée en France métropolitaine.

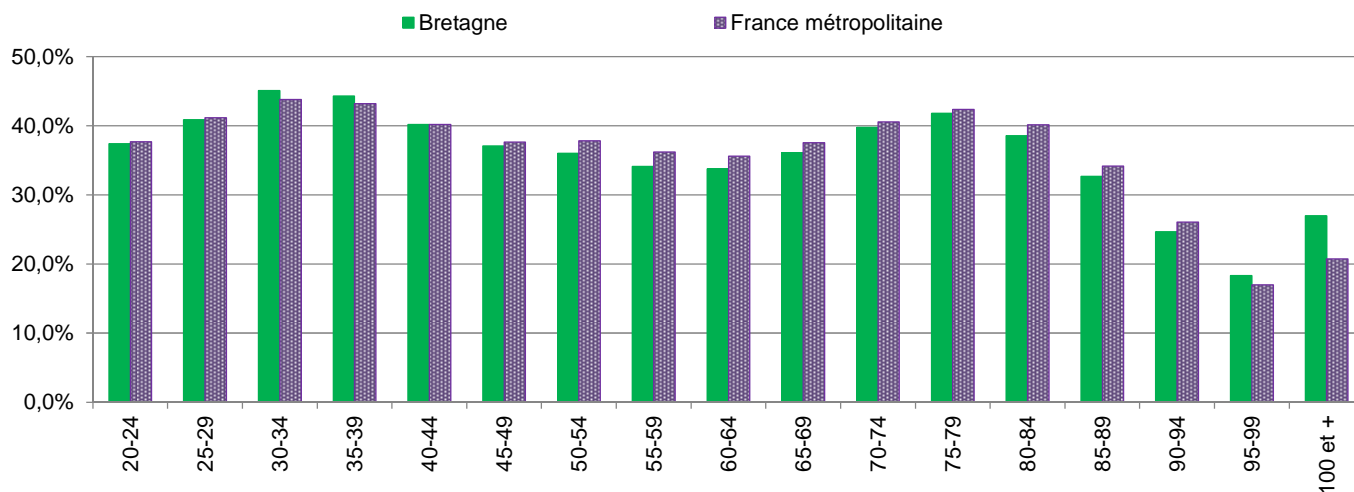
L'analyse de la distribution des taux de chirurgie ambulatoire selon l'âge met en évidence deux pics :

- l'un entre 30 et 39 ans : 44 % des séjours relatifs aux 30-39 ans sont réalisés en ambulatoire. Les prélèvements d'ovocytes expliquent la part importante de l'ambulatoire sur cette tranche d'âge ;
- le second entre 75 et 79 ans : 42 % des séjours relatifs aux 75-79 ans sont réalisés en ambulatoire. La chirurgie de la cataracte explique la part importante de l'ambulatoire sur cette tranche d'âge.

Au-delà de 90 ans, la part de la chirurgie ambulatoire est inférieure à 25 %.

¹¹ La chirurgie ambulatoire correspond aux séjours chirurgicaux avec une durée de 0 jour (sans nuitée).

Graphique 7 : Part de la chirurgie ambulatoire selon l'âge en 2012



Source : PMSI MCO 2012

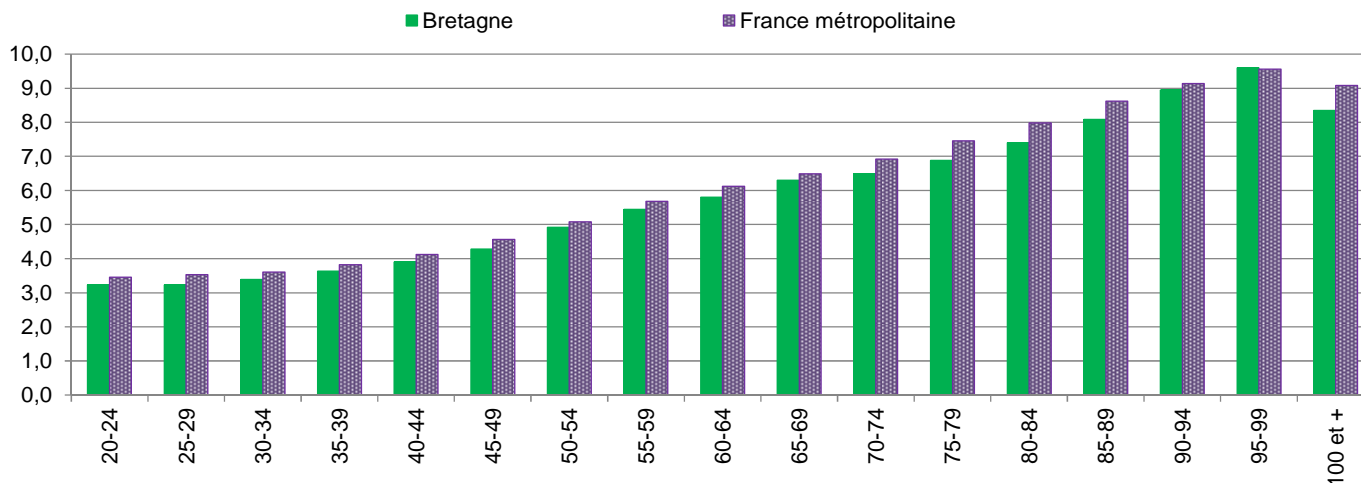
Exploitation ARS Bretagne

→ En moyenne, en hospitalisation complète, les séjours chirurgicaux des 75 ans et plus durent 2,4 jours de plus que pour les autres adultes.

En Bretagne, la durée moyenne des séjours chirurgicaux en hospitalisation complète des 75 ans et plus est inférieure à celle constatée au niveau national : 7,5 contre 8 jours.

La durée moyenne des séjours chirurgicaux en hospitalisation complète pour les 75 ans et plus est nettement supérieure à celle des autres adultes : +2,4 jours en Bretagne et +2,8 jours en France métropolitaine.

Graphique 8 : Durée moyenne des séjours chirurgicaux en hospitalisation complète selon l'âge en 2012



Source : PMSI MCO 2012

Exploitation ARS Bretagne

→ A partir de 80 ans, la part de la chirurgie non programmée¹² s'amplifie avec l'âge.

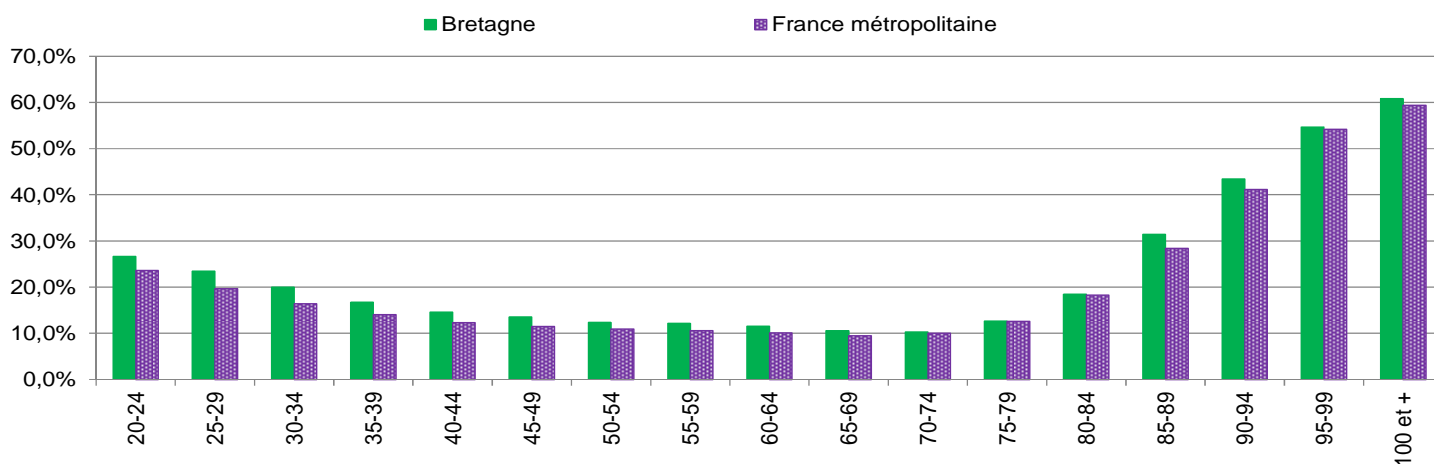
La chirurgie non programmée correspond aux séjours chirurgicaux pris en charge en hospitalisation complète suite à un passage par le service des urgences.

En Bretagne, en 2012, pour les 75 ans et plus, les séjours non programmés représentent 21 % des séjours chirurgicaux. Cette part est nettement supérieure à celle constatée pour les autres adultes (14 %).

A partir de 95 ans, un séjour chirurgical sur deux fait suite à un passage aux urgences.

La part des séjours chirurgicaux non programmés en Bretagne est légèrement supérieure à la moyenne nationale : 16 % contre 14 %. La part des séjours chirurgicaux non programmés atteint 31 % pour les 85-89 ans et 44 % pour les 90-95 ans (contre 28 % et 41 % pour la moyenne nationale).

Graphique 9 : Part de la chirurgie non programmée en hospitalisation complète selon l'âge en 2012



Source : PMSI MCO 2012

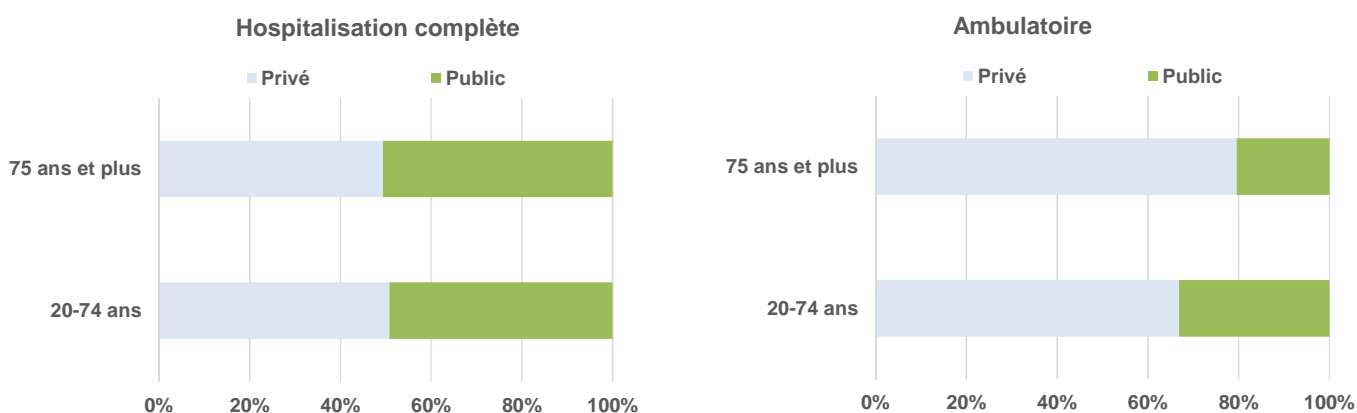
Exploitation ARS Bretagne

Pour les 85 ans et plus, 70 % des séjours chirurgicaux non programmés en hospitalisation complète sont relatifs à la chirurgie de l'appareil locomoteur (hanche, genou, épaule, fémur).

→ Pour la chirurgie, les 75 ans et plus sont plus fréquemment pris en charge dans les établissements privés que les autres adultes

En Bretagne, 61 % des séjours chirurgicaux relatifs aux 75 ans et plus sont pris en charge par un établissement privé contre 57 % pour les autres adultes. La chirurgie ambulatoire est plus fréquemment réalisée en établissement privé pour les 75 ans et plus.

Graphique 10 : Lieu de prise en charge des séjours chirurgicaux bretons



Source : PMSI MCO 2012

Exploitation ARS Bretagne

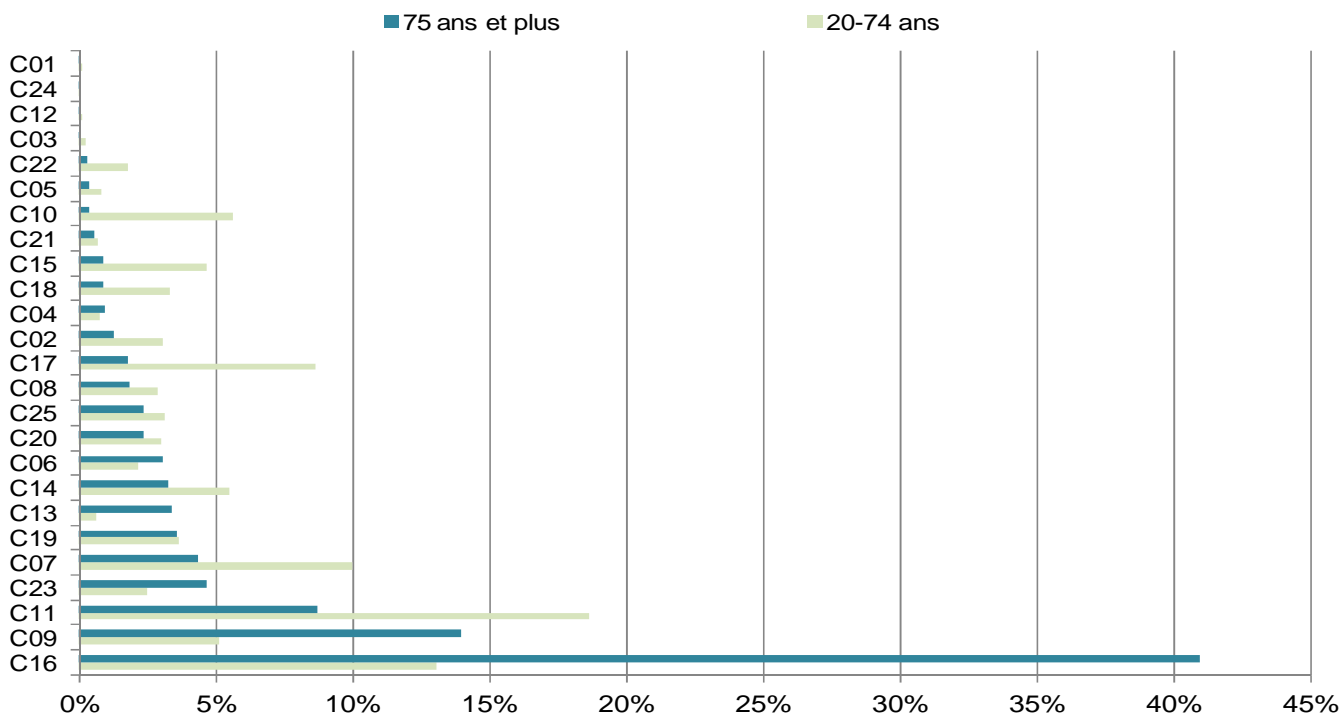
¹² La chirurgie non programmée est repérée à partir des séjours chirurgicaux pris en charge en hospitalisation complète avec le mode d'entrée 8-5 (en provenance du domicile avec passage aux urgences).

→ Les prises en charge chirurgicales varient selon l'âge.

La répartition des séjours chirurgicaux bretons par groupe de planification¹³ est identique à celle observée pour la France métropolitaine.

En Bretagne, 40 % des séjours chirurgicaux des 75 ans et plus sont relatifs à la chirurgie ophtalmologique (contre 13 % pour les autres adultes).

Graphique 11 : Répartition des séjours chirurgicaux en Bretagne en 2012 selon l'âge et le groupe de planification



Source : PMSI MCO 2012

Exploitation ARS Bretagne

- C01 Transplant. d'organes (hors greffes de moelle & cornée)
- C02 Chirurgie du rachis, Neuro-chirurgie
- C03 Neurostimulateurs
- C04 Chir. cardio-thoracique (hors transplant. d'organe), Pontages aorto-coronariens
- C05 Chir. majeure sur le thorax, l'app. respiratoire, interventions sous thoracoscopie
- C06 Chir. Digestive majeure : oesophage, estomac, grêle, côlon, rectum
- C07 Chir. Viscérale autre : rate, grêle, colon, proctologie, hernies
- C08 Chir. hépato-biliaire et pancréatique
- C09 Chir. majeure de l'app. Locomoteur: hanche, fémur, genou, épaule
- C10 Arthroscopies, Biopsies ostéo-articulaires
- C11 Chirurgies autres de l'appareil locomoteur, amputations
- C12 Traumatismes multiples graves
- C13 Stimulateurs, Défibrillateurs cardiaques
- C14 Chirurgie vasculaire
- C15 Chirurgie ORL stomato
- C16 Chirurgie Ophtalmologique et greffe de cornée
- C17 Chirurgie Gynécologique
- C18 Chirurgie du sein
- C19 Chirurgie Urologique
- C20 Chirurgie de l'appareil génital masculin
- C21 Chir. pour Aff. des Org. Hématopoiétiques, Lymphomes, Leucémies, Tumeurs SID
- C22 Chirurgie de la Thyroïde, Parathyroïde, du Tractus Thyroïdologique, endocrinologie
- C23 Parages de plaies, Greffes de peau, des Tissus S/C
- C24 Chirurgie pour brûlures
- C25 Chirurgie inter spécialités

¹³ Le groupe de planification est un regroupement de GHM permettant de repérer les disciplines suivies au niveau des autorisations et de la planification.

3.1.2 En médecine

Préalable méthodologique

La consommation de soins en médecine est analysée à partir des données du PMSI MCO.

Les séjours en erreur (CM 90), les séances (CM 28) et les séjours relatifs à l'obstétrique (CM 14 et 15) sont exclus de l'analyse. L'activité dite "non traitée" (PIEB, chirurgie esthétique, IVG, dialyse péritonéale) est également exclue.

La médecine est identifiée à partir du 3ème caractère du GHM à savoir la lettre 'M'.

Les séjours sont domiciliés au lieu de résidence du patient.

Les 75 ans et plus représentent un peu plus de 13 % de la population bretonne adulte mais environ 40 % de la consommation de soins médicaux (au niveau national : 12 % contre 36 %).

Les séjours médicaux représentent 62 % des séjours consommés en court séjour par les 75 ans et plus.

Tableau 7 : Nombre de séjours médicaux consommés en Bretagne entre 2011 et 2013

	2011	2012	2013	Evolution annuelle moyenne 2011-2013
Chez les 20-74 ans	191 415	189 124	187 011	-1,2%
Chez les 75 ans et plus	122 666	126 044	126 357	1,5%
Bretagne	314 081	315 168	313 368	-0,1%

Source : PMSI MCO 2011-2013

Exploitation ARS Bretagne

→ Entre 2011 et 2013, la consommation de soins médicaux des 75 ans et plus reste stable alors que celle des autres adultes tend à diminuer.

Entre 2011 et 2013, en Bretagne, la consommation de soins en médecine des 75 ans et plus reste stable, (-0,1 % en moyenne annuelle) alors que celle des autres adultes a diminué (-2 %). A l'échelle de la France métropolitaine, la consommation de soins en médecine tend à augmenter chez les autres adultes mais est en nette diminution chez les plus âgés.

Tableau 8 : Taux de recours à la médecine

Exprimés en nombre de séjours pour 1 000 habitants

	Taux de recours en médecine						Evolution annuelle moyenne 2011-2013	
	2011		2012		2013		Bretagne	France métropol.
	Bretagne	France métropol.	Bretagne	France métropol.	Bretagne	France métropol.		
Chez les 20-74 ans	90	87	88	91	87	90	-1,9%	1,8%
Chez les 75 ans et plus	380	378	383	369	378	367	-0,1%	-1,6%

Source : PMSI MCO 2011-2013, INSEE, Données de projection de population, modèle Omphale 2010

Exploitation ARS Bretagne

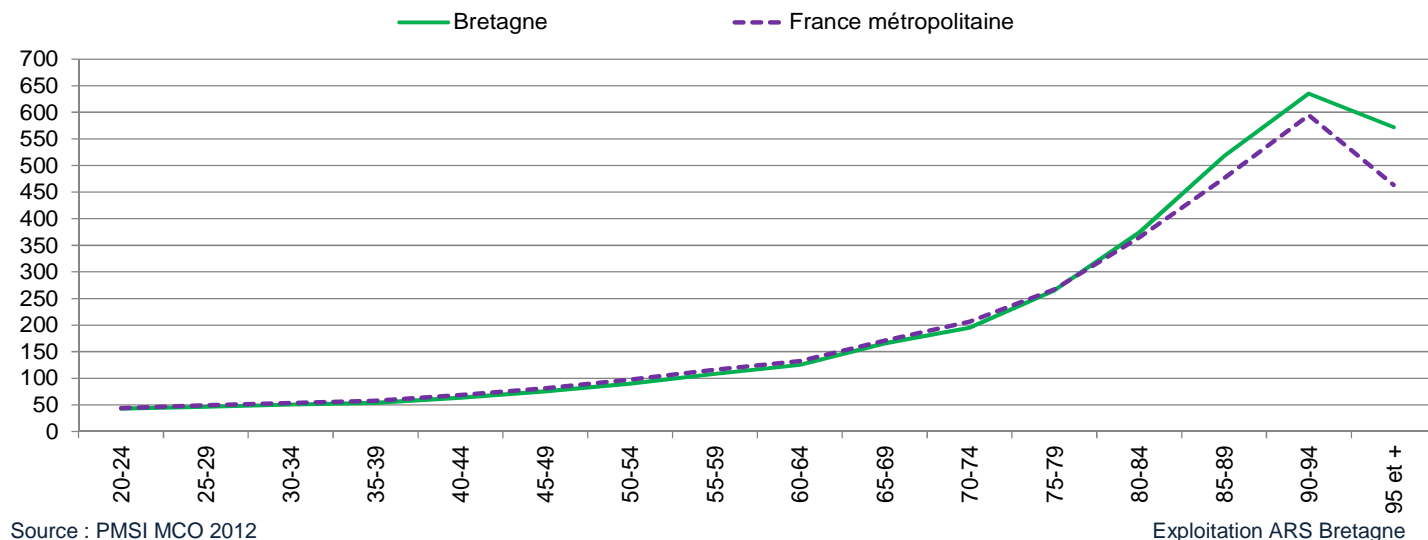
➔ A partir de 70 ans, la consommation de soins médicaux s'accélère.

Jusqu'à 95 ans, la consommation de soins médicaux croît avec l'âge avec une accélération à partir de 70 ans. Au-delà de 95 ans, la consommation de soins médicaux tend à diminuer.

La consommation bretonne suit la tendance observée au niveau national jusqu'à 80 ans. Toutefois, à partir de 80 ans, le recours aux soins médicaux en Bretagne est supérieur à celui constaté au niveau national.

Graphique 12 : Taux de recours à la médecine selon l'âge

Exprimés en nombre de séjours pour 1000 habitants



Source : PMSI MCO 2012

Exploitation ARS Bretagne

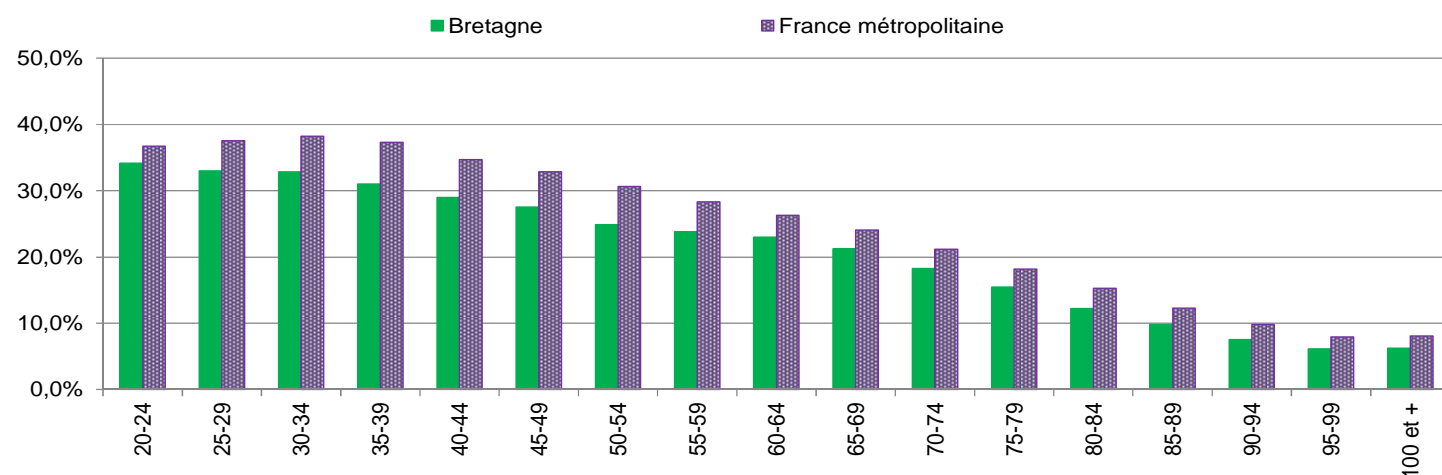
➔ Comparée aux autres adultes, la part des séjours médicaux pris en charge en ambulatoire¹⁴ chez les 75 ans et plus, est deux fois moins élevée.

La part des séjours médicaux pris en charge en ambulatoire (hospitalisation sans nuitée) décroît avec l'âge.

En Bretagne, 12 % des séjours médicaux des 75 ans et plus sont pris en charge en ambulatoire contre 25 % pour les autres adultes.

A noter que comparativement à la moyenne nationale, l'activité de médecine prise en charge en ambulatoire est moins développée en Bretagne : 20 % contre 24 %. Cette différence se vérifie sur chaque tranche d'âge.

Graphique 13 : Part de la médecine ambulatoire selon l'âge en 2012



Source : PMSI MCO 2012

Exploitation ARS Bretagne

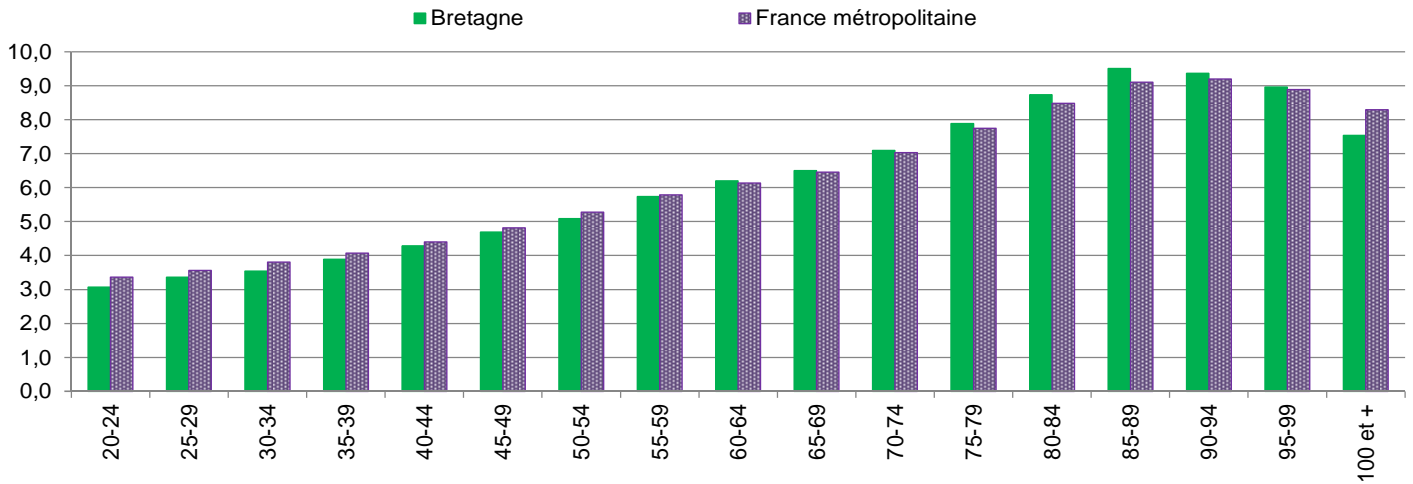
¹⁴ La médecine ambulatoire correspond aux séjours de médecine avec une durée de 0 jour (sans nuitée).

→ La durée moyenne des séjours médicaux en hospitalisation complète croît avec l'âge.

La Durée Moyenne des Séjours¹⁵ (DMS) médicaux des 75 ans et plus est nettement plus longue que celle des autres adultes +3,3 jours (5,5 jours contre 8,8 jours).

Entre 75 et 90 ans, la DMS des séjours médicaux bretons est supérieure à la moyenne nationale alors que sur les autres tranches d'âge, la DMS est proche de la moyenne nationale.

Graphique 14 : Durée moyenne des séjours médicaux en hospitalisation complète selon l'âge en 2012



Source : PMSI MCO 2012

Exploitation ARS Bretagne

→ A partir de 85 ans, plus de 7 séjours de médecine en hospitalisation complète sur 10 font suite à un passage aux urgences.

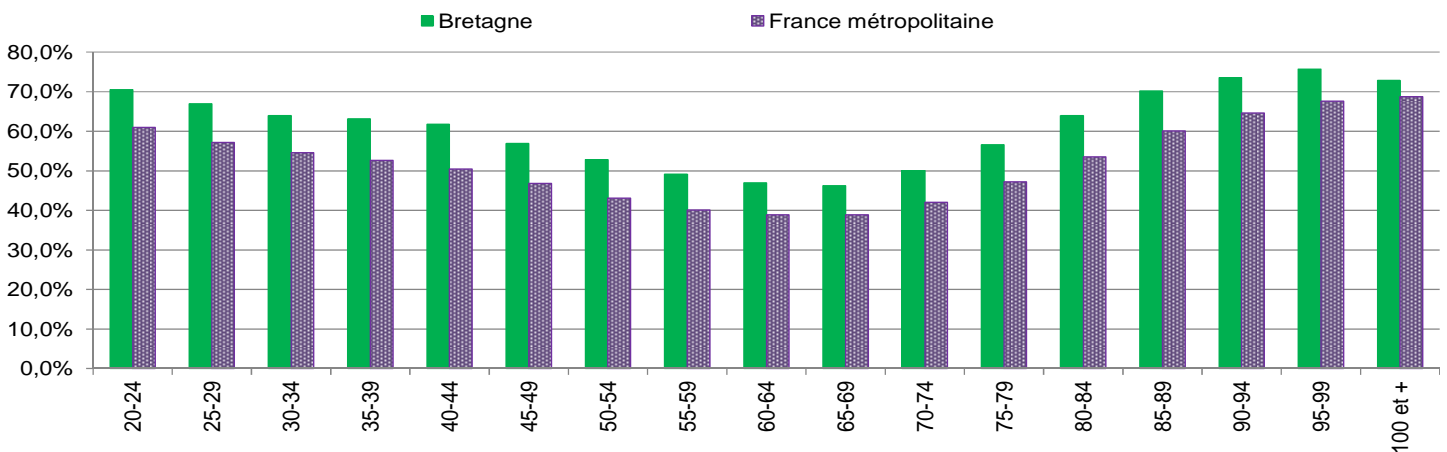
La part des séjours médicaux des 20-69 ans en hospitalisation complète suite à un passage aux urgences décroît avec l'âge, passant de 71 % à 46 % en Bretagne.

A partir de 70 ans, la part des séjours médicaux en hospitalisation complète suite à un passage aux urgences croît avec l'âge, atteignant 75 % aux âges les plus avancés.

Chez les 75 ans et plus, 66 % des séjours médicaux en hospitalisation complète font suite à un passage aux urgences.

A noter que comparativement à la moyenne nationale, la part des séjours médicaux en hospitalisation complète suite à un passage aux urgences est nettement supérieure en Bretagne : 59 % contre 49 %. Cette différence se vérifie sur chaque tranche d'âge.

Graphique 15 : Part des séjours médicaux suite à un passage aux urgences en hospitalisation complète selon l'âge en 2012



Source : PMSI MCO 2012

Exploitation ARS Bretagne

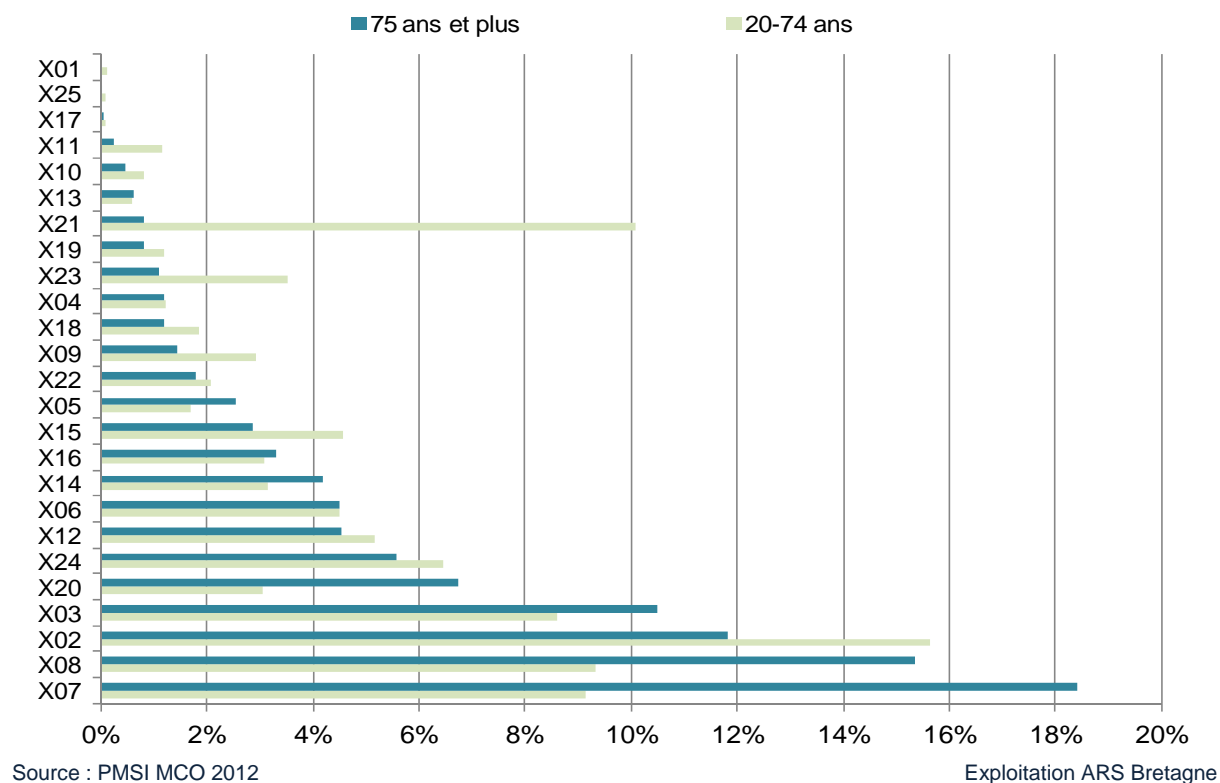
¹⁵ L'Indicateur de Performance de la DMS (IPDMS) n'est pas retenu du fait que le case-mix de la population bretonne est identique à celui de la France métropolitaine.

→ Les prises en charge médicales varient selon l'âge.

La répartition des séjours chirurgicaux bretons par groupe de planification¹⁶ est identique à celle observée pour la France métropolitaine.

En Bretagne, 18 % des séjours médicaux des 75 ans et plus sont relatifs aux affections cardiovasculaires (contre 9 % pour les autres adultes), suivis des affections pulmonaires (15 %).

Graphique 16 : Répartition des séjours médicaux en Bretagne en 2012 selon l'âge et le groupe de planification



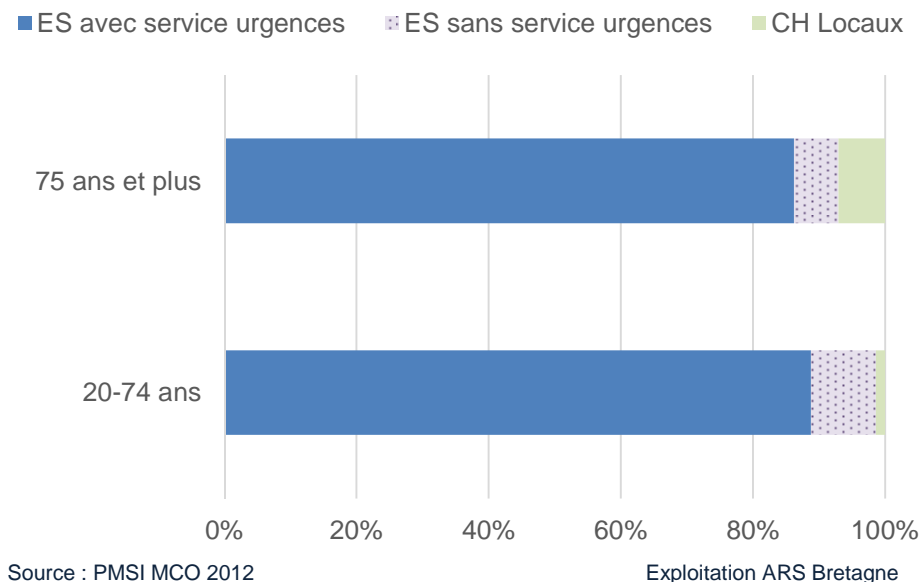
- X01 Greffe de moelle, Auto et Allogreffes de cellules souches
- X02 Hépato-Gastro-Entérologie
- X03 Neurologie médicale
- X04 Commotions cérébrales, Traumatismes crâniens
- X05 Traumatologie et ablation de matériel de l'appareil locomoteur
- X06 Rhumatologie
- X07 Affections Cardio-vasculaires
- X08 Pneumologie
- X09 ORL, Stomato
- X10 Ophtalmologie
- X11 Gynécologie, Sénologie (hors Obstétrique)
- X12 Uro-Néphrologie médicale (hors Séances)
- X13 Appareil génital masculin
- X14 Maladies immunitaires, du Sang, des Organes hématopoïétiques, Tumeurs SID
- X15 Diabète, Maladies métaboliques, Endocrinologie (hors complications)
- X16 Affections et traumatismes de la peau, gelures
- X17 Brûlures
- X18 Suivi thérap. d'affections connues, Allergologie, Rééducation, Convalescence
- X19 Fièvre, Infection, Septicémie, VIH
- X20 Psychiatrie
- X21 Effets nocifs, alcool, toxicologie, allergies
- X22 Douleur et soins palliatif
- X23 Chimiothérapie (hors séances)
- X24 Médecine inter spécialités, Autres symptômes ou motifs médicaux
- X25 Traumatismes multiples grave

¹⁶ Le groupe de planification est un regroupement de GHM permettant de repérer les disciplines suivies au niveau des autorisations et de la planification.

→ 86 % des séjours médicaux des 75 ans et plus sont pris en charge dans un établissement équipé d'un service d'urgences.

En Bretagne, 86 % des séjours médicaux des 75 ans et plus sont pris en charge dans un établissement équipé d'un service d'urgences (contre 89 % pour les autres adultes). Les centres hospitaliers locaux réalisent 7 % des séjours médicaux des 75 ans et plus.

Graphique 17 : Répartition des séjours médicaux bretons selon le lieu de prise en charge



3.1.3 En techniques peu invasives

Préalable méthodologique

La consommation de soins relative aux techniques peu invasives est analysée à partir des données du PMSI MCO. Les séjours en erreur (CM 90), les séances (CM 28) et les séjours relatifs à l'obstétrique (CM 14 et 15) sont exclus de l'analyse. L'activité dite "non traitée" (PIEB, chirurgie esthétique, IVG, dialyse péritonéale) est également exclue. Les techniques peu invasives sont identifiées à partir du 3ème caractère du GHM à savoir la lettre 'K'. Les séjours sont domiciliés au lieu de résidence du patient.

Les techniques peu invasives correspondent principalement aux endoscopies, aux endoprothèses vasculaires, aux actes diagnostiques et thérapeutiques par voie vasculaire et aux affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparation et prothèses dentaires.

→ Entre 2011 et 2013, le développement des techniques peu invasives est plus marqué pour les 75 ans et plus que pour les autres adultes.

Les 75 ans et plus représentent un peu plus de 13 % de la population bretonne adulte mais environ 14 % de la consommation de soins relatifs aux techniques peu invasives (au niveau national : 12 % contre 14 %).

Les séjours relatifs aux techniques peu invasives représentent 7 % des séjours consommés en court séjour par les 75 ans et plus.

Tableau 9 : Nombre de séjours relatifs aux techniques peu invasives consommés en Bretagne entre 2011 et 2013

	2011	2012	2013	Evolution annuelle moyenne 2011-2013
Chez les 20-74 ans	89 601	92 631	94 674	2,8%
Chez les 75 ans et plus	14 201	15 116	15 580	4,7%
Bretagne	103 802	107 747	110 254	3,1%

Source : PMSI MCO 2011-2013

Exploitation ARS Bretagne

Entre 2011 et 2013, en Bretagne, la consommation de soins relative aux techniques peu invasives des 75 ans et plus a augmenté de 3 % en moyenne annuelle. C'est un point de plus que l'évolution constatée pour les autres adultes. En Bretagne, le développement des techniques peu invasives suit la tendance observée en France métropolitaine.

Tableau 10 : Taux de recours aux séjours relatifs aux techniques peu invasives

Exprimés en nombre de séjours pour 1 000 habitants

	Taux de recours						Evolution annuelle moyenne 2011-2013	
	2011		2012		2013		Bretagne	France métropol.
	Bretagne	France métropol.	Bretagne	France métropol.	Bretagne	France métropol.		
Chez les 20-74 ans	42	50	43	52	44	53	2,1%	2,2%
Chez les 75 ans et plus	44	59	46	60	47	62	3,0%	2,8%

Source : PMSI MCO 2011-2013, INSEE, Données de projection de population, modèle Omphale 2010

Exploitation ARS Bretagne

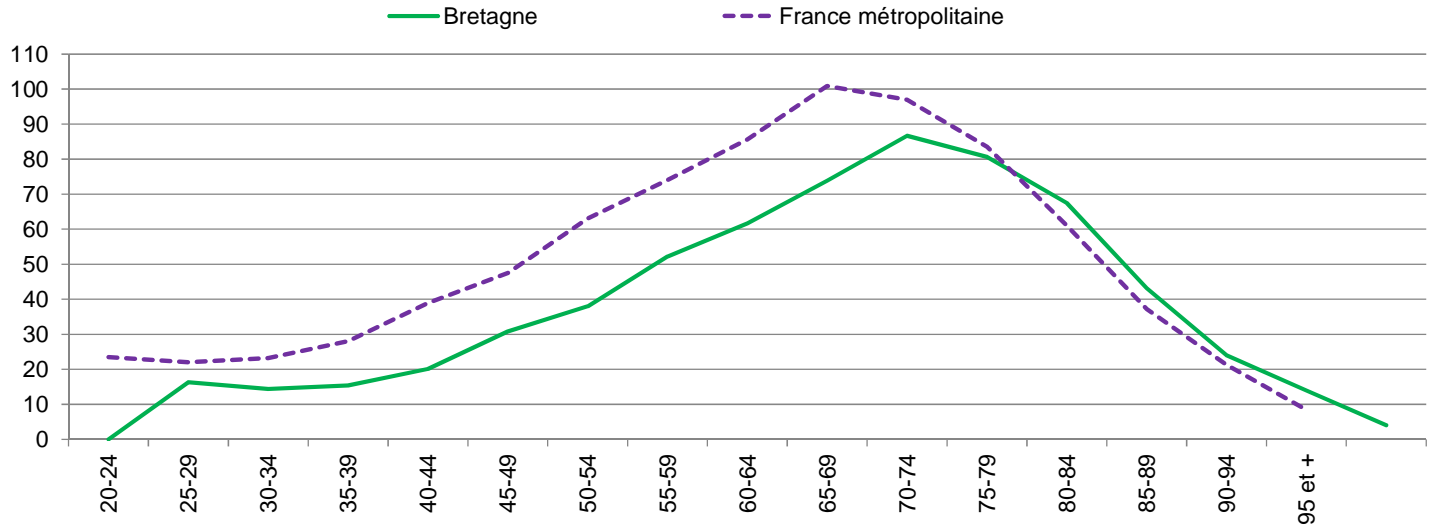
→ A partir de 75 ans, la consommation de techniques peu invasives diminue.

En Bretagne, jusqu'à 75 ans, la consommation de techniques peu invasives croît avec l'âge. Au-delà de 75 ans, elle diminue avec l'âge.

Comparativement à la moyenne nationale, la région Bretagne présente des taux de recours aux techniques peu invasives nettement inférieurs pour les moins de 80 ans. A partir de 80 ans, les taux de recours bretons sont légèrement supérieurs à ceux constatés en France métropolitaine.

Graphique 18 : Taux de recours aux techniques peu invasives selon l'âge

Exprimés en nombre de séjours pour 1000 habitants



Source : PMSI MCO 2012

Exploitation ARS Bretagne

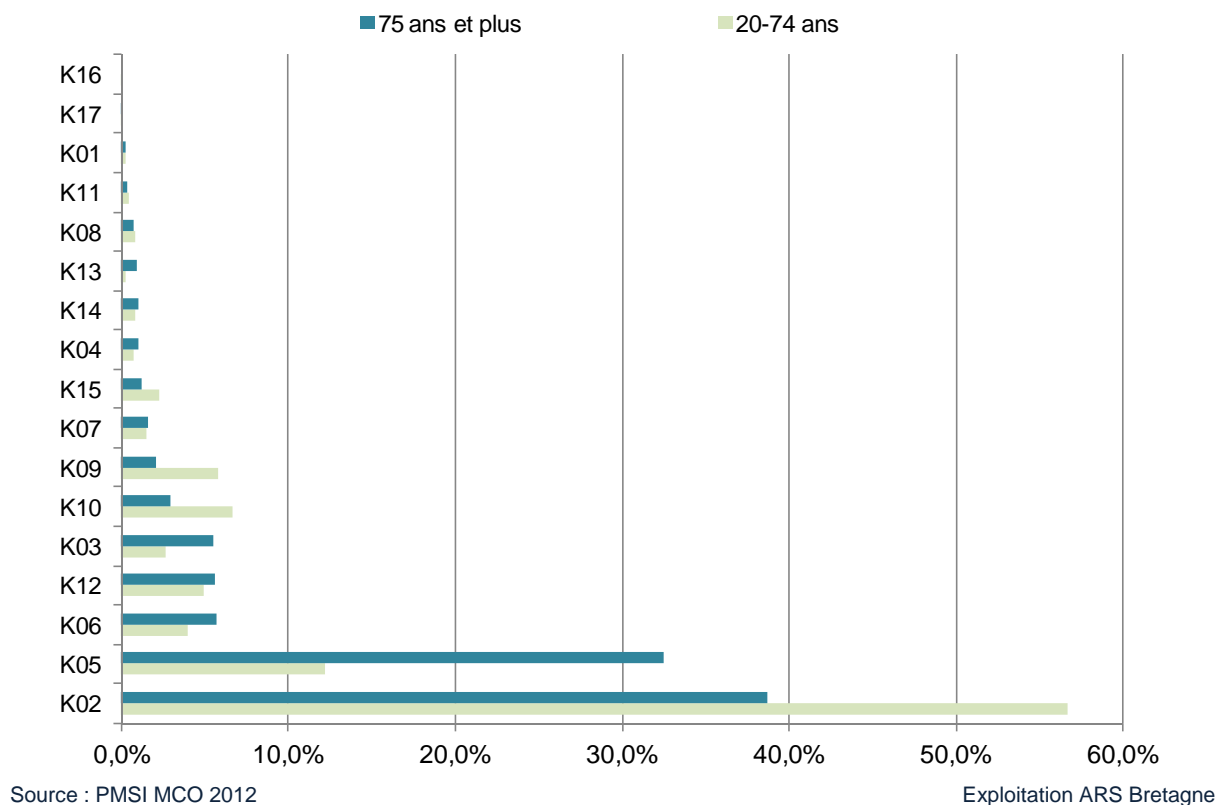
→ Les techniques peu invasives varient selon l'âge.

Pour les 75 ans et plus, un acte sur trois est relatif aux cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels et un acte sur trois est consacré aux endoscopies digestives et biliaires.

Pour les autres adultes, plus d'un acte sur deux est consacré aux endoscopies digestives et biliaires.

La distribution régionale des actes est comparable à la moyenne nationale.

Graphique 19 : Répartition des séjours relatifs aux techniques peu invasives en Bretagne en 2012 selon l'âge et le groupe de planification



- K01 Hépato-Gastro-Entérologie, sans acte opératoire, avec anesthésie
- K02 Endoscopies digestives et biliaires avec ou sans anesthésie
- K03 Neurologie médicale avec Acte classant non opératoire, ou anesthésie
- K04 Aff. Cardio-vasculaire avec Acte classant non opératoire, ou anesthésie
- K05 Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels
- K06 Mise en place d'accès vasculaire
- K07 Endoscopies bronchiques, avec ou sans anesthésie
- K08 Traumatologie avec acte classant non opératoire ou anesthésie
- K09 ORL Stomato avec Acte classant non opératoire et endoscopies
- K10 Aff. génito-urinaires avec Acte classant non opératoire et endoscopies
- K11 Douleur chroniques, avec bloc ou infiltration, en ambulatoire
- K12 Explorations nocturnes, séjours de moins de 2 jours
- K13 Dialyse (hors Séances)
- K14 Radiothérapie (hors séances)
- K15 Autres séj. sans acte, avec anesthésie, en ambulatoire (Aff. myéloP., peau, sein...)
- K16 Brûlures sans acte opératoire, avec anesthésie, en ambulatoire
- K17 Traumatologie avec acte classant non opératoire ou anesthésie

3.1.4 En séances

Préalable méthodologique

Le recours aux séances en court séjour est analysé à partir de la Catégorie Majeure de Diagnostic (CMD) N°28 du PMSI MCO.

Suite à un problème de recueil identifié dans la base régionale en 2012, les chimiothérapies pour affection non tumorale et les séances de dialyse sont exclues de l'étude.

Une séance est une venue impliquant une fréquentation itérative pour l'un des motifs thérapeutiques suivants à l'exclusion de tout autre: épuration extrarénale, radiothérapie (préparation et irradiation), transfusion sanguine, oxygénothérapie hyperbare, aphérèse sanguine.

→ Un recours aux séances globalement identique sauf pour les chimiothérapies où le recours est plus faible.

En Bretagne, le recours aux séances en court séjour des 75 ans et plus est globalement proche de celui observé en France métropolitaine mais est plus faible pour l'activité carcinologique.

Tableau 11 : Taux de recours aux séances

Exprimés en nombre de séances pour 1 000 habitants

	Chimiothérapie pour tumeur		Radiothérapie		Transfusion		Aphérèse	
	Bretagne	France Métropol.	Bretagne	France Métropol.	Bretagne	France Métropol.	Bretagne	France Métropol.
Chez les 20-74 ans	40	39	37	35	2	2	0,3	0,4
Chez les 75 ans et plus	68	75	53	57	14	12	0,1	0,2
Total	44	43	39	38	4	3	0,3	0,4

Source : PMSI MCO 2012, INSEE, Données de projection de population, modèle Omphale 2010

Exploitation ARS Bretagne

3.1.5 Zoom sur la cancérologie

Préalable méthodologique

L'activité de cancérologie est identifiée à partir du PMSI MCO à partir des méthodologies IPA et INCA¹⁷ selon les critères suivants :

- la sélection des séjours avec un diagnostic principal (DP), c'est-à-dire un motif d'hospitalisation relatif au cancer (C00 à C97, D00 à D09 et D37 à D48). Le 3ème caractère du GHM a été utilisé pour distinguer l'activité de soins : C pour chirurgie, M ou Z pour médecine. L'activité interventionnelle n'a pas été retenue.

- la sélection des séances de chimiothérapies a été basée sur un DP Z51.1 Séance de chimiothérapie tumorale et un diagnostic relié ou associé de cancer (même liste que pour les séjours), dans les GHM de séances (28Z07Z).

Les établissements privés ne produisent pas de données sur leur activité de radiothérapie dans le cadre du PMSI, c'est pourquoi ce type de prise en charge n'est pas décrit ici.

17 Méthode INCA :

http://www.e-cancer.fr/content/download/58837/535690/file/FICHE_Actualisation_Methodologie_%20Calcul_seuils_Mai_2011.pdf

IPA 2015 : http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2757/annexe_ipa_v11g_juin2015.pdf

→ Une activité en cancérologie atypique avec un recours à la chirurgie plus élevé et un moindre recours au traitement médical.

En Bretagne, le recours à la chirurgie relative à la cancérologie chez les 75 ans et plus est légèrement supérieure à la moyenne nationale. Cette tendance s'accroît : sur la période 2011-2013, le recours à la chirurgie relative à la cancérologie chez les 75 ans et plus a progressé plus rapidement en Bretagne.

Tableau 12 : Taux de recours à la cancérologie - Chirurgie

Exprimés en nombre de séjours pour 1 000 habitants

	Taux de recours à la chirurgie en cancérologie						Evolution annuelle moyenne 2011-2013	
	2011		2012		2013		Bretagne	France métropol.
	Bretagne	France métropol.	Bretagne	France métropol.	Bretagne	France métropol.		
Chez les 20-74 ans	7,1	6,9	6,9	6,8	7,0	6,8	-0,9%	-0,8%
Chez les 75 ans et plus	22,2	21,4	22,8	21,4	23,1	21,4	2,1%	0,0%

Source : PMSI MCO 2011-2013, INSEE, Données de projection de population, modèle Omphale 2010

Exploitation ARS Bretagne

En Bretagne, le recours à la médecine relative à la cancérologie chez les 75 ans et plus est légèrement inférieure à la moyenne nationale. A noter que sur la période 2011-2013, le recours à la médecine relative à la cancérologie chez les 75 ans et plus a diminué plus lentement en Bretagne.

Tableau 13 : Taux de recours à la cancérologie - Médecine

Exprimés en nombre de séjours pour 1 000 habitants

	Taux de recours à la médecine en cancérologie						Evolution annuelle moyenne 2011-2013	
	2011		2012		2013		Bretagne	France métropol.
	Bretagne	France métropol.	Bretagne	France métropol.	Bretagne	France métropol.		
Chez les 20-74 ans	3,8	4,2	3,6	3,9	3,7	3,9	-2,3%	-3,4%
Chez les 75 ans et plus	15,2	17,1	14,9	16,4	14,8	16,2	-1,2%	-2,6%

Source : PMSI MCO 2011-2013, INSEE, Données de projection de population, modèle Omphale 2010

Exploitation ARS Bretagne

En Bretagne, le recours à la chimiothérapie pour tumeur chez les 75 ans et plus est inférieur à la moyenne nationale. A noter que sur la période 2011-2013, le recours à la chimiothérapie pour tumeur chez les 75 ans et plus a progressé plus rapidement en Bretagne. La Bretagne converge vers la moyenne nationale.

Tableau 14 : Taux de recours à la cancérologie - Chimiothérapie

Exprimés en nombre de séances pour 1 000 habitants

	Taux de recours à la chimiothérapie pour tumeur						Evolution annuelle moyenne 2011-2013	
	2011		2012		2013		Bretagne	France métropol.
	Bretagne	France métropol.	Bretagne	France métropol.	Bretagne	France métropol.		
Chez les 20-74 ans	38,1	37,4	40,1	38,7	41,1	39,6	3,8%	3,0%
Chez les 75 ans et plus	61,4	70,7	67,7	74,4	72,6	76,9	8,7%	4,3%

Source : PMSI MCO 2011-2013, INSEE, Données de projection de population, modèle Omphale 2010

Exploitation ARS Bretagne

3.2 En Hospitalisation A Domicile (HAD)

Préalable méthodologique

Les séjours d'HAD avec un Mode de Prise en charge Principal (MPP) d'obstétrique (MPP N°19, 20 et 21) et de néonatalogie (MPP N°22) sont exclus de l'analyse.

→ La consommation d'HAD augmente progressivement avec l'âge. Un fort potentiel de développement après 75 ans est identifié.

Les personnes âgées de 75 ans et plus représentent un peu plus de 13 % de la population bretonne adulte mais environ 42 % du nombre de journées en HAD.

Tableau 15 : Nombre de journées d'HAD en Bretagne entre 2011 et 2013

(Hors séjours d'obstétrique et de néonatalogie)

	2011	2012	2013	Evolution annuelle moyenne 2011-2013
Chez les 20-74 ans	81 511	93 923	101 432	11,6%
Chez les 75 ans et plus	54 055	67 010	72 260	15,6%
Bretagne	135 566	160 933	173 692	13,2%

Source : PMSI HAD 2011-2013

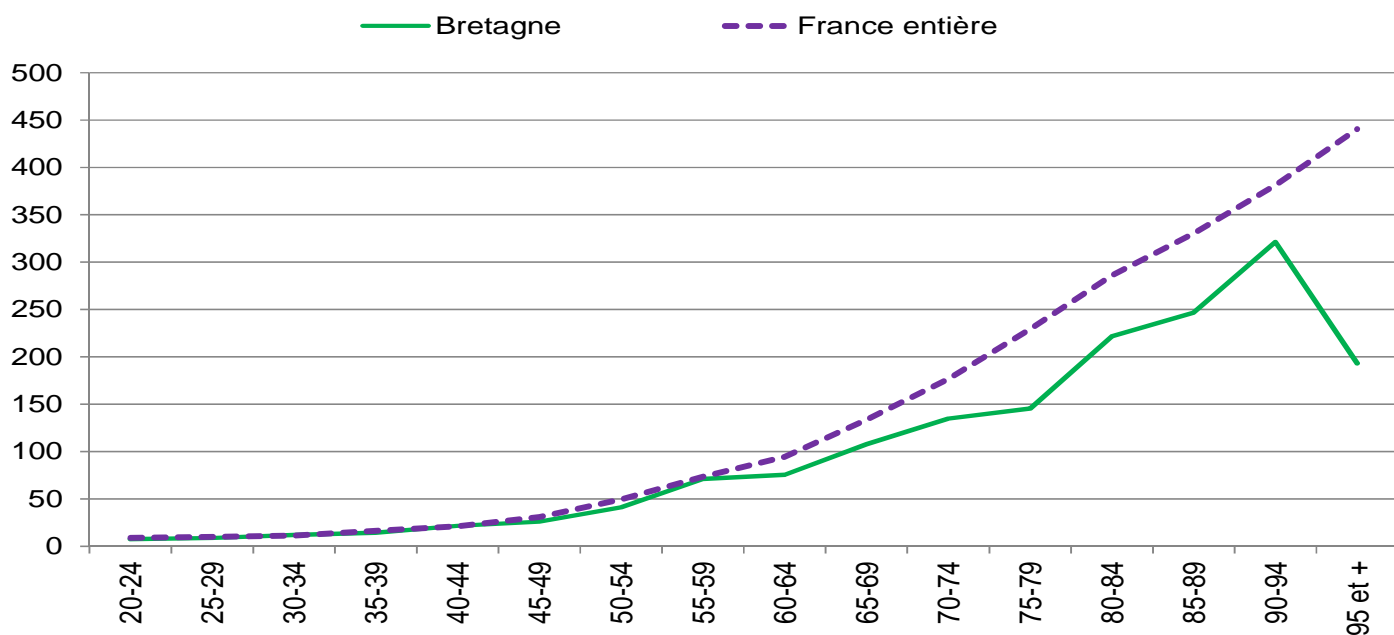
Exploitation ARS Bretagne

L'activité d'HAD a connu un développement important jusqu'en 2013, avec une progression moyenne sur 2011-2013 de 13 % par an en Bretagne. Cette progression a été plus marquée chez les 75 ans et plus, dépassant 15 %, ce qui s'explique notamment par le développement des interventions en EHPAD, autorisées depuis 2007 (voir infra) et dont le nombre a quasiment doublé en 2 ans. Ainsi, en 2013, 18 % des séjours d'HAD des patients bretons de 75 ans et plus ont été réalisés en EHPAD, contre 10 % au niveau national.

Le recours à l'HAD, très faible chez les jeunes (hors obstétrique, croît fortement entre 40 ans et 65 ans puis de façon quasi linéaire au-delà. Cette tendance se vérifie autant en Bretagne qu'au niveau national.

Graphique 20 : Taux de recours à l'HAD selon l'âge

Exprimés en nombre de journées pour 1 000 habitants



Source : PMSI HAD 2012

Exploitation ARS Bretagne

→ Quelque soit l'âge, le recours à l'HAD est plus faible en Bretagne qu'en France, mais progresse plus rapidement.

Le taux de recours à l'HAD en Bretagne est inférieur au taux national. Néanmoins, la région a rattrapé une partie de son retard ces dernières années.

Le taux de recours chez les plus de 75 ans est 5 à 6 fois supérieur à celui des 20-74 ans.

Tableau 16 : Taux de recours en HAD

Exprimés en nombre de journées pour 1 000 habitants

	Taux de recours en HAD						Evolution annuelle moyenne 2011-2013	
	2011		2012		2013		Bretagne	France métropol.
	Bretagne	France métropol.	Bretagne	France métropol.	Bretagne	France métropol.		
Chez les 20-74 ans	38	47	44	49	47	51	10,8%	4,2%
Chez les 75 ans et plus	167	265	204	282	216	294	13,7%	5,3%

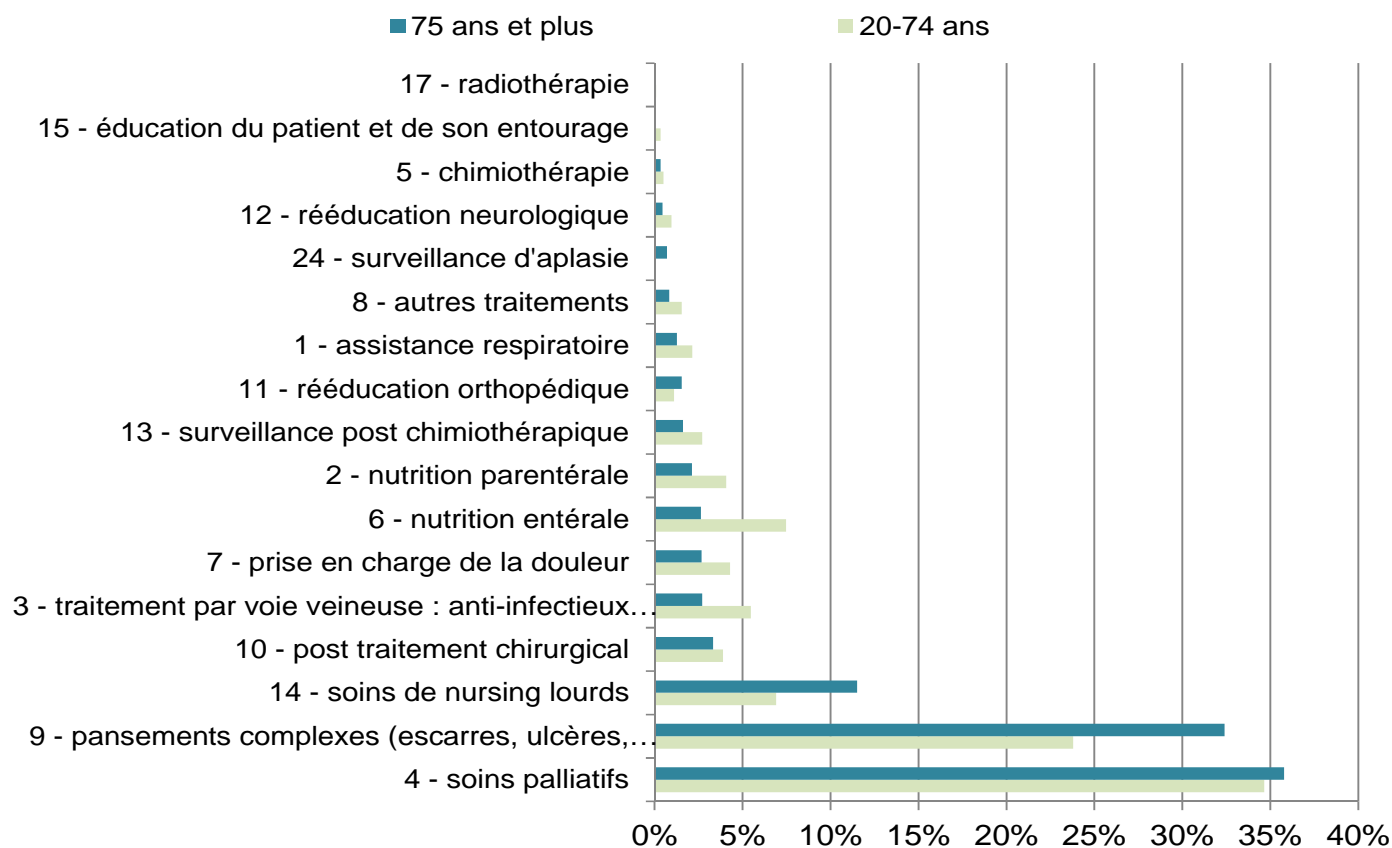
Source : PMSI HAD 2011-2013, INSEE, Données de projection de population, modèle Omphale 2010

Exploitation ARS Bretagne

→ Les patients de 75 ans et plus recourent davantage à l'HAD pour des pansements complexes ou des soins de nursing lourds que les patients plus jeunes.

Le recours à l'HAD chez les plus de 75 ans se concentre à 80 % sur 3 modes principaux de prise en charge, contre 65 % chez les 20-74 ans : les soins palliatifs sont représentés également dans ces 2 classes d'âges (environ 35 % des journées), tandis que les pansements complexes et les soins de nursings lourds constituent respectivement 32 % et 12 % des journées chez les plus de 75 ans contre 24 % et 7 % chez les 20-74.

Graphique 21 : Répartition des journées d'hospitalisation en HAD par mode de prise en charge principal (MPP) selon l'âge, en Bretagne en 2012



Source : PMSI HAD 2012

Exploitation ARS Bretagne

→ Les patients de 75 ans et plus recourent principalement à l'HAD pour des tumeurs, des maladies de l'appareil circulatoire et des escarres.

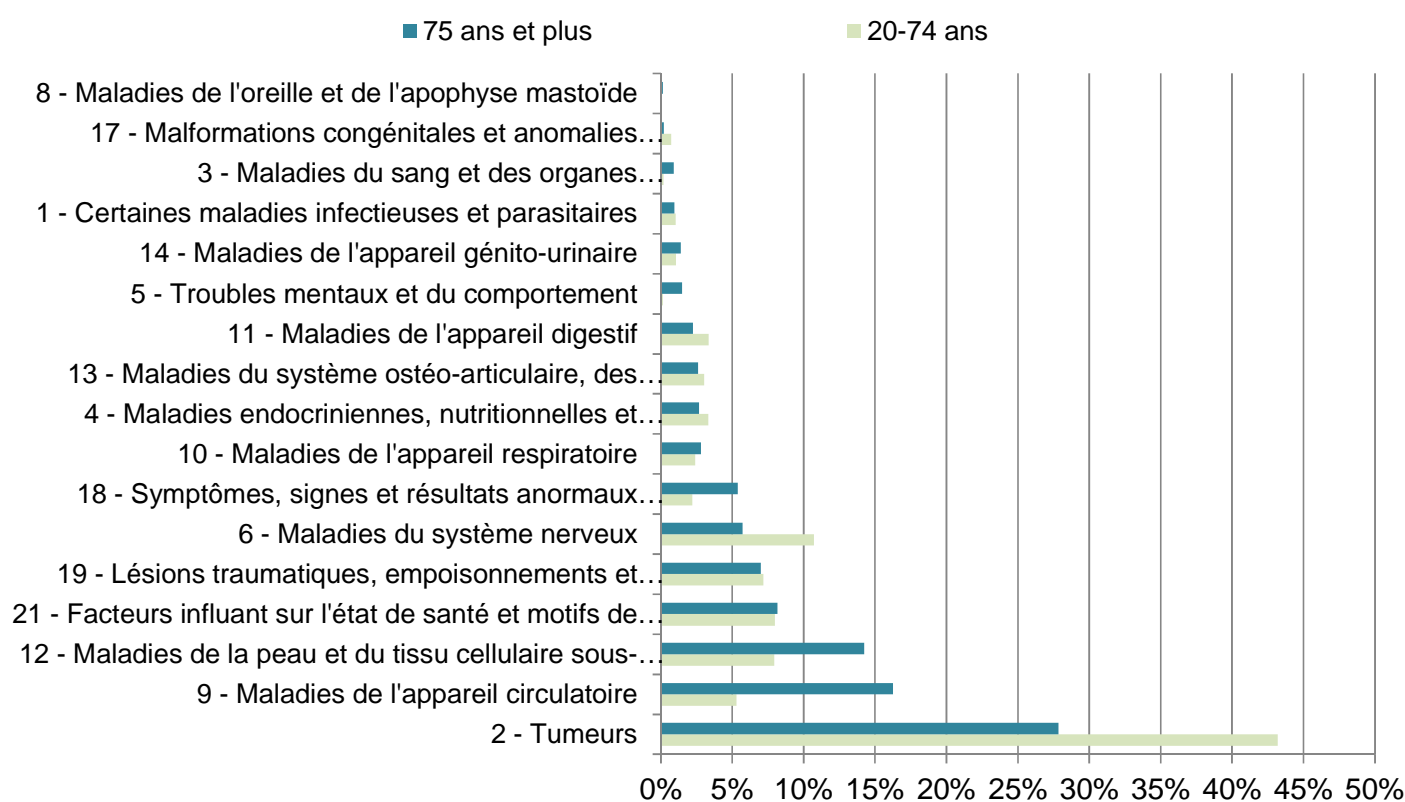
Rappel méthodologique

Dans le PMSI HAD, le Diagnostic Principal (DP) est l'affection qui mobilise l'essentiel des soins prodigués par l'équipe HAD et qui justifie le mode de prise en charge principal.

Le cancer est la principale affection prise en charge en HAD : elle concerne 43 % des journées de prise en charge les 20-74 ans et 28 % chez leurs aînés. Ce différentiel important s'explique par la prise en charge plus fréquente chez ces derniers de maladies de l'appareil circulatoire (16 % contre 5 % chez les 20-74 ans, principalement l'athérosclérose, les varices des membres inférieurs et l'insuffisance cardiaque) et d'affections de la peau (14 % contre 8 %, principalement des ulcères/escarres).

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) représentent seulement 1 à 2 % des journées de prises en charge en HAD.

Graphique 22 : Répartition des journées d'hospitalisation en HAD par diagnostic principal (DP) selon l'âge, en Bretagne en 2012



Source : PMSI HAD 2012

Exploitation ARS Bretagne

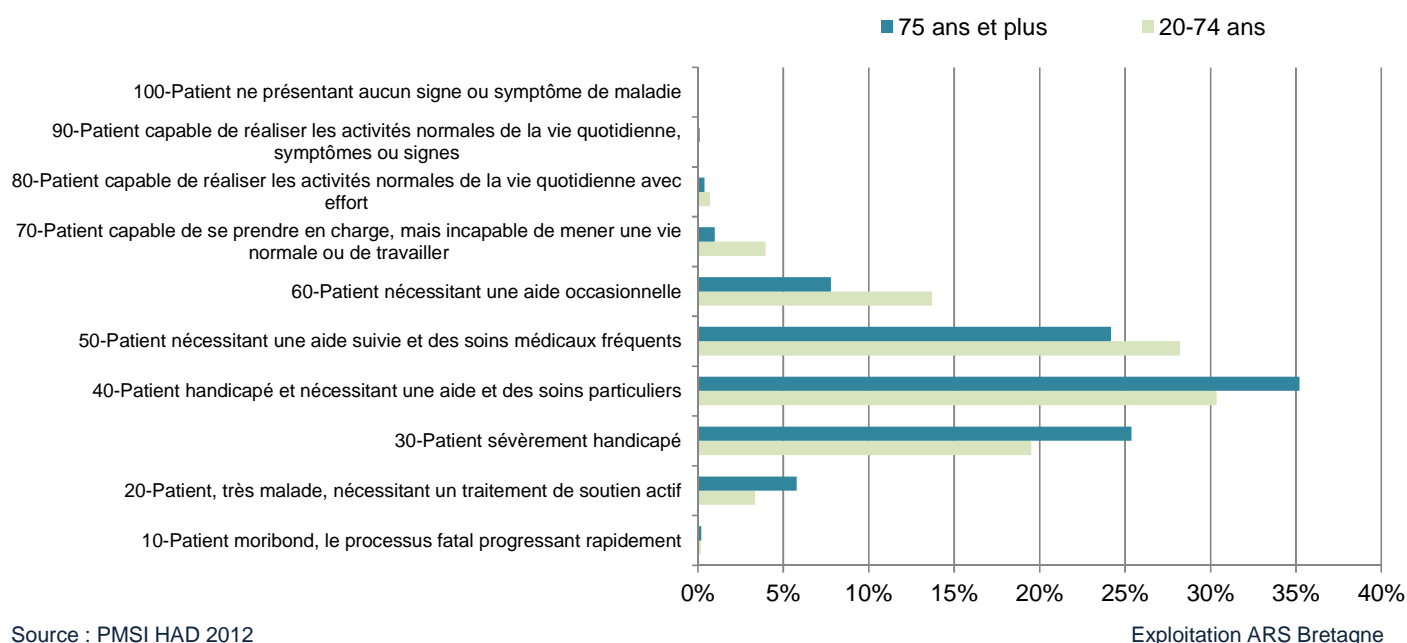
→ Les patients de 75 ans et plus pris en charge en HAD sont en moyenne plus dépendants que ceux âgés de 20-74 ans.

Rappel méthodologique

Dans le PMSI HAD, la dépendance est principalement évaluée par l'Indice de Karnofsky (IK). Cet indice prend des valeurs allant de 100 (patient bien portant) à 10 (patient moribond). Ainsi, plus sa valeur est élevée, moins le patient est dépendant.

La comparaison des distributions de l'indice de Karnofsky entre classes d'âges témoigne d'une dépendance nettement plus marquée chez les patients âgés que chez les plus jeunes. Ainsi, 67 % des 75 ans et plus présentent un niveau de dépendance entre 10 (patient moribond) et 40 (patient handicapé), contre 54 % chez les 20-74 ans.

Graphique 23 : Répartition des journées d'HAD suivant la dépendance du patient mesurée par l'IK selon l'âge, en Bretagne en 2012



→ La part des patients pris en charge depuis leur domicile (y compris EHPAD) est plus importante chez les 75 ans et plus que chez les 20-74 ans.

En Bretagne, en 2012, 31 % des patients de 75 ans et plus ont été pris en charge dans leur lieu de vie contre 25 % chez les 20-74 ans. Ce différentiel se retrouve au niveau national, mais le taux de prise en charge depuis le domicile y est globalement plus élevé.

Tableau 17 : Part des séjours d'HAD suivant la provenance du patient selon son âge en 2012

	Mode d'entrée en HAD			
	Depuis un établissement sanitaire		Depuis le domicile (dont EHPAD)	
	Bretagne	France métropol.	Bretagne	France métropol.
Chez les 20-74 ans	74,5%	67,7%	25,5%	32,3%
Chez les 75 ans et plus	68,9%	64,5%	31,1%	35,5%

Source : PMSI HAD 2012

Exploitation ARS Bretagne

3.3 En Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)

Les 75 ans et plus représentent un peu plus de 13 % de la population bretonne adulte mais environ 55 % de la consommation de soins de SSR exprimée en journées. Au niveau national, la même répartition est observée : 12 % contre 54 %.

Tableau 18 : Nombre de journées en SSR consommées en Bretagne entre 2011 et 2013

	2011	2012	2013	Evolution annuelle moyenne 2011-2013
Chez les 20-74 ans	779 280	779 214	786 921	0,5%
Chez les 75 ans et plus	934 544	949 124	938 367	0,2%
Bretagne	1 713 824	1 728 338	1 725 288	0,3%

Source : PMSI SSR 2011-2013

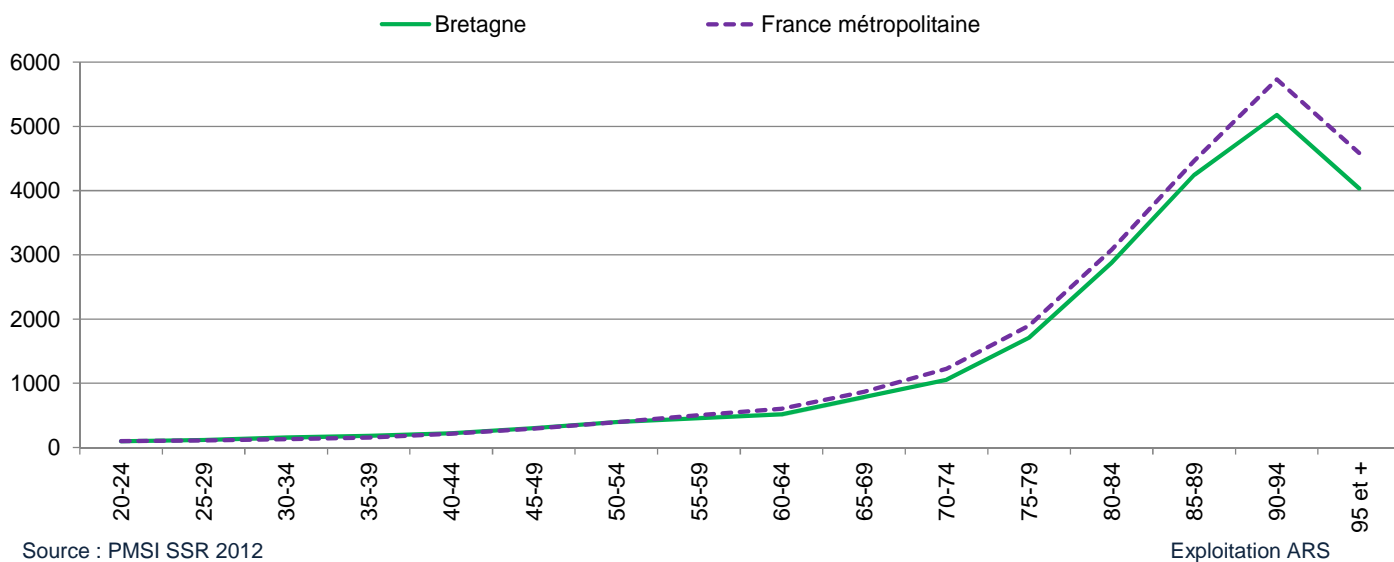
Exploitation ARS Bretagne

➔ Après 75 ans, la consommation de soins en SSR s'accélère notamment pour les femmes.

La consommation bretonne de soins en SSR selon l'âge suit la tendance observée à l'échelle de la France métropolitaine. De 70 à 85 ans, la consommation de soins en SSR s'accélère fortement notamment pour les femmes. Chez les hommes, la dynamique est plus modérée. Au-delà de 90 ans, la consommation de soins en SSR diminue. Pour les 80 ans et plus, le recours aux SSR en Bretagne est inférieur à celui constaté au niveau national.

Graphique 24 : Taux de recours aux SSR selon l'âge

Exprimés en nombre de journées pour 1 000 habitants



Source : PMSI SSR 2012
Bretagne

Exploitation ARS

→ Entre 2011 et 2013, la consommation bretonne de soins en SSR diminue chez les 75 ans et plus alors qu'elle progresse en France métropolitaine.

Sur la période 2011-2013, la consommation de soins en SSR des 75 ans et plus, a diminué de 1 % en volume moyen annuel de journées en Bretagne. Cette évolution s'oppose à celle observée au niveau national (+1 %). La consommation des autres adultes reste stable.

Tableau 19 : Taux de recours en SSR

Exprimés en nombre de journées pour 1 000 habitants

	Taux de recours en SSR						Evolution annuelle moyenne 2011-2013	
	2011		2012		2013		Bretagne	France métropol.
	Bretagne	France métropol.	Bretagne	France métropol.	Bretagne	France métropol.		
Chez les 20-74 ans	367	369	364	369	365	374	-0,2%	0,8%
Chez les 75 ans et plus	2 892	3 065	2 886	3 123	2 810	3 138	-1,4%	1,2%

Source : PMSI SSR 2011-2013, INSEE, Données de projection de population, modèle Omphale 2010

Exploitation ARS Bretagne

→ La durée moyenne de présence¹⁸ des 75 ans et plus en hospitalisation complète est comparable à celle des autres adultes mais les alternatives à l'hospitalisation complète sont peu développées.

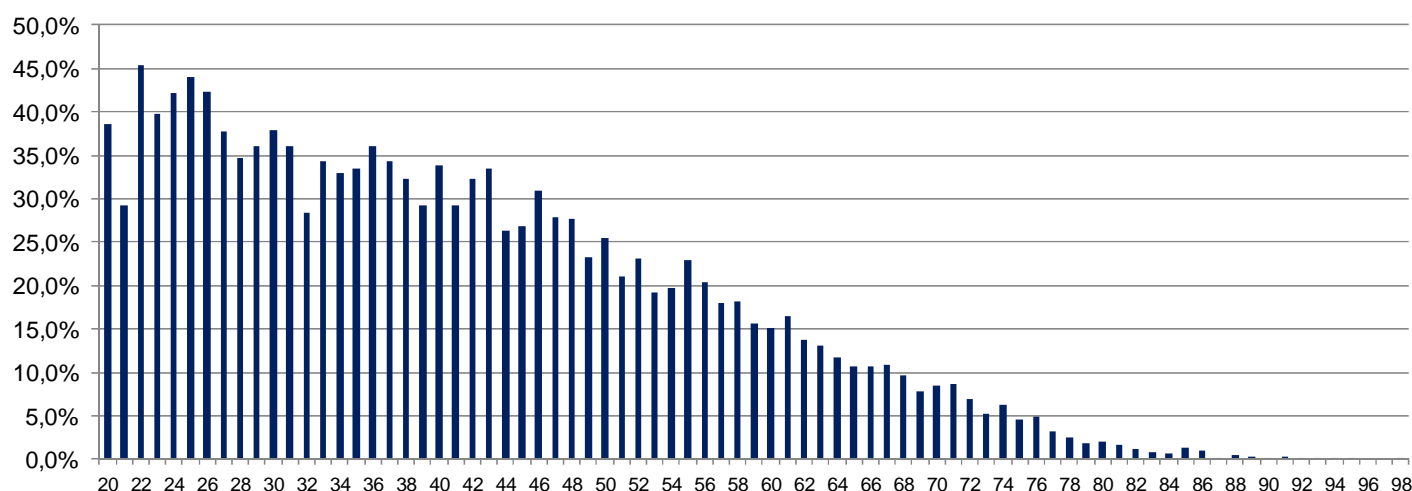
En 2012, en Bretagne, la Durée Moyenne de Présence (DMP) en hospitalisation complète est de 35,5 jours pour les 75 ans et plus contre 35,6 jours pour les autres adultes.

La distribution des durées moyennes de présence selon l'âge ne met aucune relation en évidence, la DMP n'est pas liée à l'âge.

Concernant les alternatives à l'hospitalisation complète, elles sont quasi inexistantes chez les 75 ans et plus : elles représentent 1 % des journées d'hospitalisation de SSR en Bretagne (2 % au niveau national) alors que pour les autres adultes, près d'une hospitalisation sur 5 est prise en charge en hospitalisation partielle (18 % en Bretagne contre 14 % en France métropolitaine).

La part des alternatives à l'hospitalisation complète décroît avec l'âge.

Graphique 25 : Part des journées de SSR réalisées en hospitalisation partielle en Bretagne selon l'âge en 2012



Source : PMSI SSR 2012

Exploitation ARS Bretagne

¹⁸ La DMP est le nombre de journées de présence rapporté au nombre de patients sur une année.

- Tout comme pour les autres adultes, les entrées en SSR après passage aux urgences restent exceptionnelles.

En hospitalisation complète, la part des entrées en SSR suite à un passage aux urgences est de 0,5 % pour les 75 ans et plus contre 0,3 % pour les autres adultes.

- Les 75 ans et plus sont plus dépendants physiquement à leur entrée en SSR et présentent plus de co morbidités associées que les autres adultes.

Rappel méthodologique

Dans le PMSI SSR, la cotation de la dépendance est établie à partir de la grille des activités de la vie quotidienne (AVQ). Six variables définissent la dépendance : habillage, déplacement et locomotion, alimentation, continence-hygiène de l'élimination, comportement et communication. Chaque variable est cotée selon une des 4 valeurs suivantes : 1 indépendance (sans aide humaine) ; 2 supervision ou arrangement (présence d'un tiers soignant sans contact physique) ; 3 assistance partielle (aide par un tiers) ; 4 assistance totale (réalisation par un tiers).

En Bretagne, la dépendance à l'entrée en hospitalisation complète en SSR est comparable à celle observée pour la France métropolitaine.

Le score moyen¹⁹ de dépendance physique à l'entrée en hospitalisation complète en SSR croît avec l'âge : il est de 10,3/16 pour les 75 ans et plus contre 7,7/16 pour les autres adultes.

En ce qui concerne la dépendance cognitive, elle est stable jusqu'à 70 ans autour de 3/8 puis elle croît avec l'âge. Le score moyen de dépendance cognitive est de 3,7/8 pour les 75 ans et plus et de 3,1/8 pour les autres adultes.

La part des journées de SSR avec des co morbidités croît avec l'âge : en Bretagne, près de 38 % des 75 ans et plus présentent une co morbidité associée, c'est près de deux fois plus que pour les autres adultes. A noter qu'en Bretagne, la part des co morbidités est supérieure à celle observée pour la France métropolitaine : +4,5 points pour les 75 ans et plus et +1,3 point pour les autres adultes.

¹⁹ Score moyen de dépendance = Somme des scores de dépendance lors de la 1ère semaine d'hospitalisation / Nombre de RHA correspondant à la 1ère semaine d'hospitalisation.

→ Les 75 ans et plus consomment plus de soins relatifs aux affections des appareils circulatoire et respiratoire, des organes digestifs et des soins palliatifs.

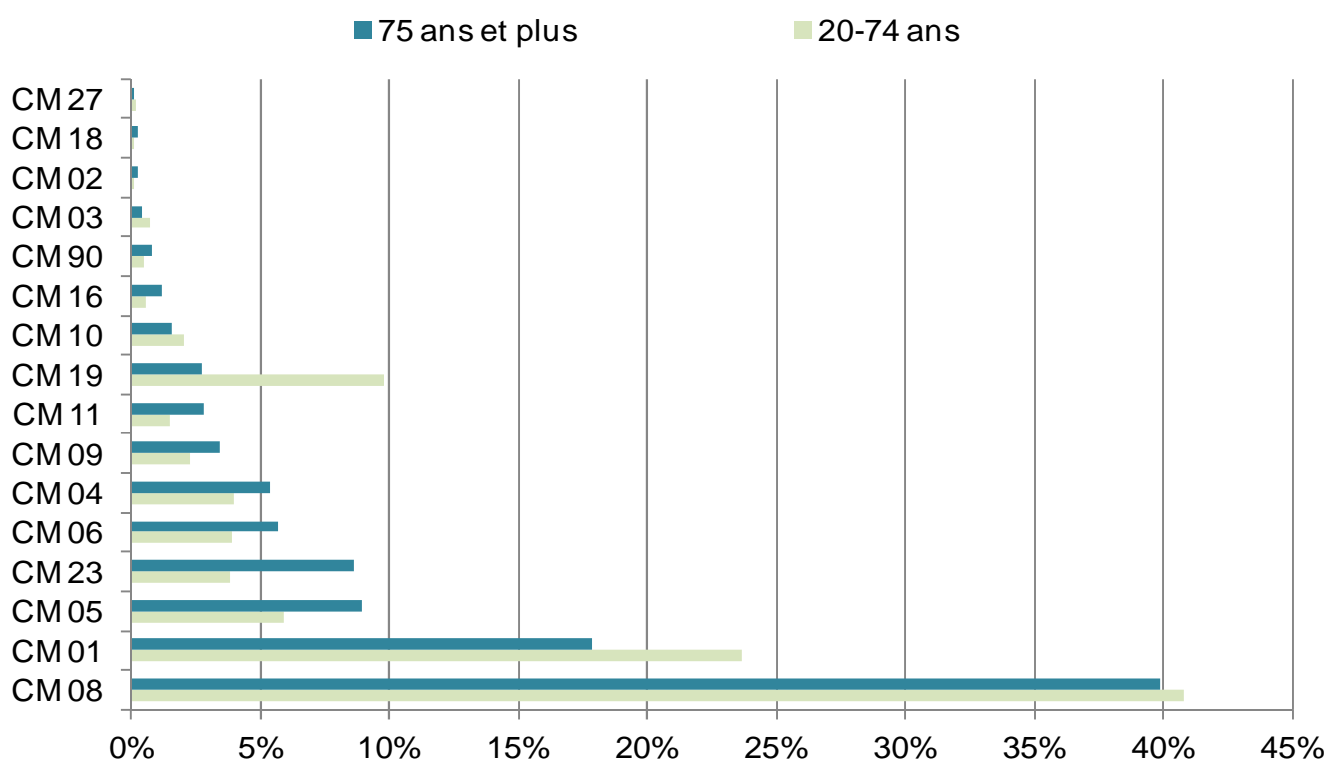
La répartition des journées d'hospitalisation selon la catégorie majeure de diagnostic en Bretagne est comparable à celle de la France métropolitaine.

Quelque soit la tranche d'âge considérée, les journées relatives aux affections et traumatismes du système ostéo-articulaire (CM 08) sont majoritaires, elles représentent 40 % des journées d'hospitalisation.

Chez les 75 ans et plus, la part des journées relatives aux affections des appareils circulatoire (CM 05) et respiratoire (CM 04) ainsi que la part relative aux affections des organes digestifs (CM 06) et aux soins palliatifs sont plus élevées que pour les autres adultes. En contre partie, la part des troubles mentaux (CM 19) et la part relative aux affections du système nerveux (CM 01) sont moins élevées.

Pour information, chez les 75 ans et plus, les accidents vasculaires cérébraux (AVC) représentent 40 % des journées d'hospitalisation de la CM 01 Affections du système nerveux (pour les 20-74 ans, la part des AVC dans la CM 01 est de 33 %).

Graphique 26 : Répartition des journées d'hospitalisation en SSR selon l'âge et la prise en charge en Bretagne en 2012



Source : PMSI SSR 2012

Exploitation ARS Bretagne

- CM 01 Affection du système nerveux
- CM 02 Affections de l'œil
- CM 03 Affections des oreilles, du nez, de la bouche et des dents
- CM 04 Affections de l'appareil respiratoire
- CM 05 Affections de l'appareil circulatoire
- CM 06 Affections des organes digestifs
- CM 08 Affections et traumatismes du système ostéo-articulaire
- CM 09 Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins
- CM 10 Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles
- CM 11 Affections de l'appareil génito-urinaire
- CM 16 Affections du sang, des organes hématopoïétiques et du système immunitaire
- CM 18 Maladies infectieuses, virales ou parasitaires
- CM 19 Troubles mentaux et du comportement
- CM 23 Autres motifs de recours au service de santé
- CM 27 Post greffe d'organes

3.4 En psychiatrie

Préalable méthodologique

La consommation de soins en psychiatrie est étudiée à partir des journées d'hospitalisation. La consommation de soins en ambulatoire (CMP) n'est pas analysée du fait que la base nationale n'est pas disponible.

La consommation de soins psychiatriques en Bretagne a déjà fait l'objet d'une étude en 2013 dont les résultats sont disponibles sur le site internet de l'ARS Bretagne²⁰.

→ Un recours aux soins en psychiatrie des 75 ans et plus, nettement supérieur à la moyenne nationale.

Les 75 ans et plus représentent un peu plus de 13 % de la population bretonne adulte mais environ 9 % de la consommation de soins de psychiatrie exprimée en journées (au niveau national : 12 % contre 6 %).

Tableau 20 : Nombre de journées en psychiatrie consommées en Bretagne entre 2011 et 2012

	2011	2012	Evolution 2011-2012
chez les 20-74 ans	1 404 124	1 386 234	-1,3%
chez les 75 ans et plus	136 538	142 050	4,0%
Total	1 540 662	1 528 283	-0,8%

Source : RIM-P 2011-2012

Exploitation ARS Bretagne

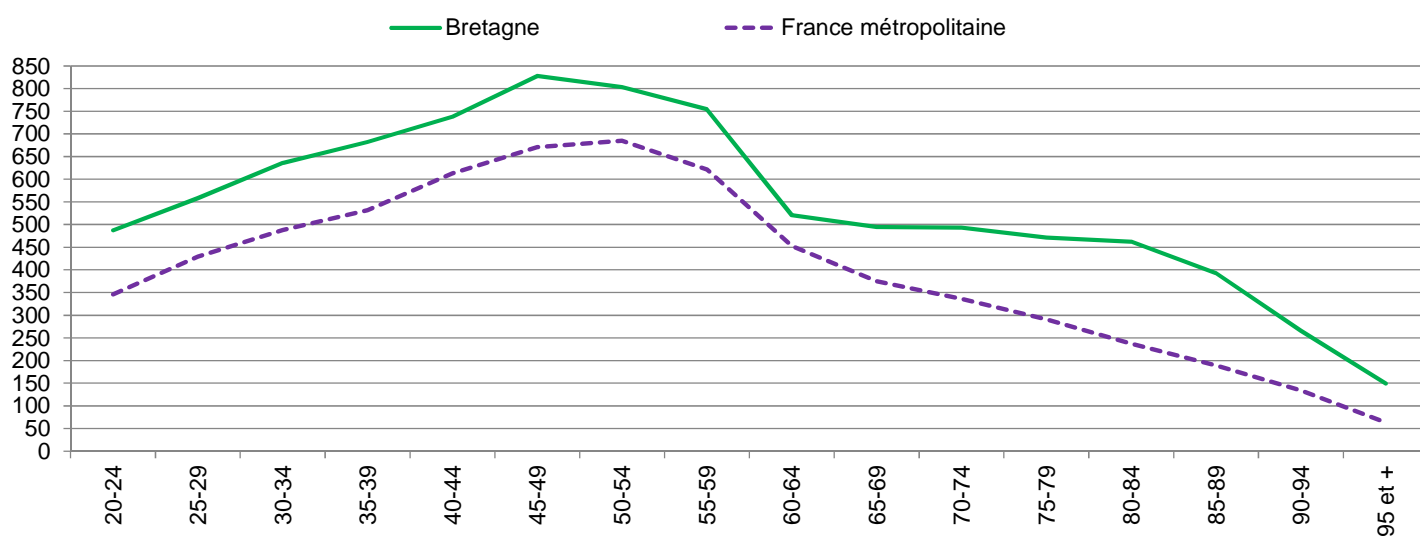
Par rapport aux autres adultes, les 75 ans et plus recourent peu fréquemment à la psychiatrie. En Bretagne, les 75 ans et plus représentent 9 % des journées d'hospitalisation en psychiatrie (6 % en France métropolitaine).

A tous les âges, la Bretagne présente des taux de recours aux soins en psychiatrie supérieurs à la moyenne nationale et notamment pour les 75-89 ans où les écarts sont les plus importants.

Alors qu'en France métropolitaine le recours aux soins diminue pour les 60-89 ans, il reste stable en Bretagne.

Graphique 27 : Taux de recours à la psychiatrie selon l'âge

Exprimés en nombre de journées pour 1 000 habitants



Source : RIM-P 2012

Exploitation ARS Bretagne

²⁰ <http://www.ars.bretagne.sante.fr/Les-rapports-de-l-ARS.176879.0.html>

→ Une consommation en progression pour les 75 ans et plus alors qu'elle diminue pour les autres adultes.

En Bretagne entre 2011 et 2012, la consommation de soins psychiatriques des 75 ans et plus a augmenté de +2 % en volume de journées alors que pour les autres adultes, elle a reculé de 2 %.

Par rapport à la moyenne nationale (+4 %), la progression de soins en psychiatrie des 75 ans et plus est moindre.

Tableau 21 : Taux de recours en Psychiatrie

Exprimés en nombre de journées pour 1 000 habitants

	Bretagne			France métropolitaine Evolution 2011-2012
	Taux de recours		Evolution 2011-2012	
	2011	2012		
Chez les 20-74 ans	660	647	-2,0%	-0,2%
Chez les 75 ans et plus	422	432	2,2%	4,3%

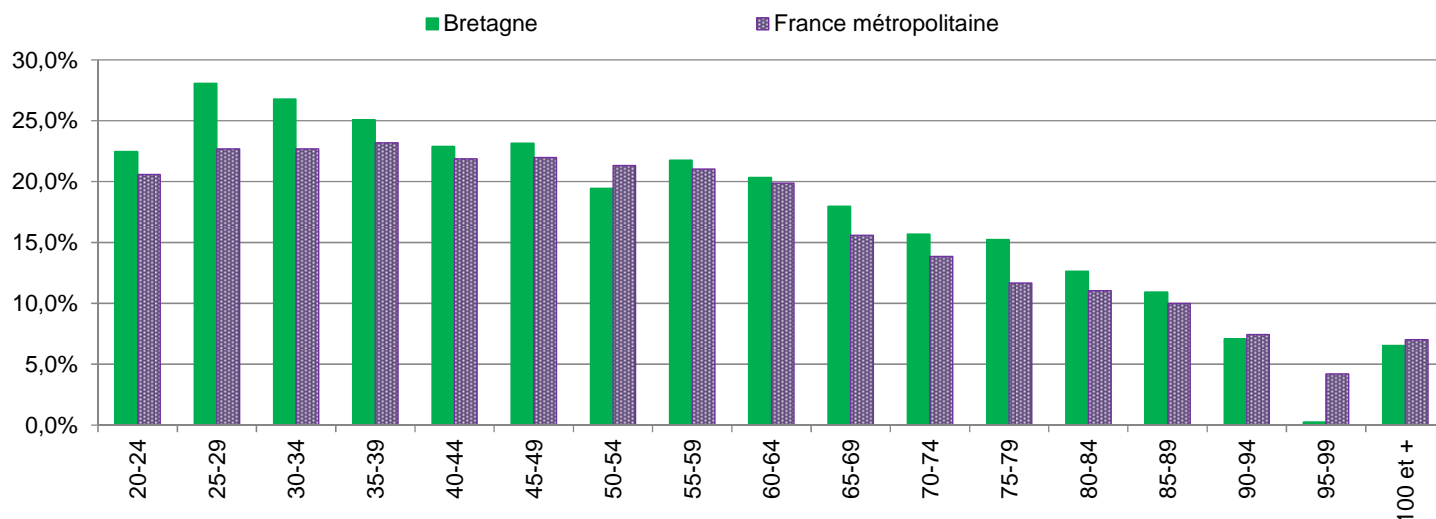
Source : RIM-P 2011-2012, INSEE, Données de projection de population, modèle Omphale 2010 Exploitation ARS Bretagne

→ Des alternatives à l'hospitalisation complète plus développées en Bretagne, y compris pour les 75 ans et plus.

En Bretagne, 23 % des journées d'hospitalisation sont prises en charge en hospitalisation partielle soit deux points de plus que pour le niveau national (21%).

Chez les 75 ans et plus, la part de l'hospitalisation partielle représente 13 % des journées d'hospitalisation (contre 11 % pour la France métropolitaine).

Graphique 28 : Part des journées de psychiatrie réalisées en hospitalisation partielle selon l'âge en 2012



Source : RIM-P 2012

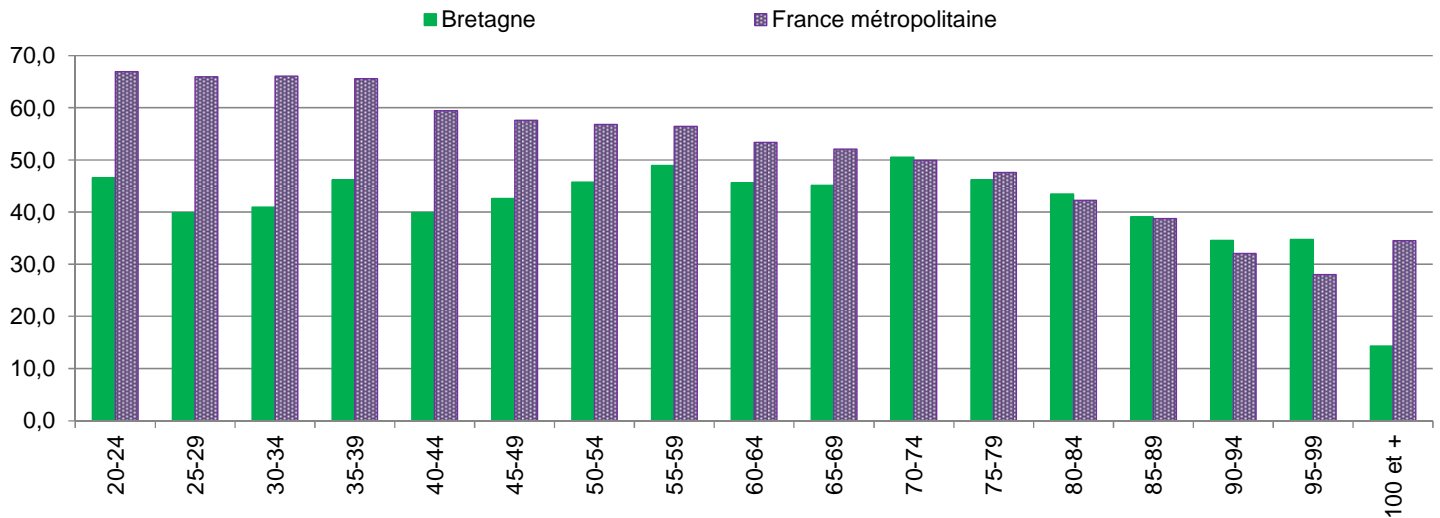
Exploitation ARS Bretagne

→ En Bretagne, la durée moyenne de présence²¹ en hospitalisation temps plein tend à diminuer aux âges les plus avancés.

A partir de 75 ans, la Durée Moyenne de Présence (DMP) en hospitalisation temps plein décroît avec l'âge. Alors que la Bretagne présente des DMP nettement inférieures à la moyenne nationale pour les 20-69 ans, elle se situe dans la moyenne nationale pour les 70 ans et plus.

Graphique 29 : Durée moyenne de présence en hospitalisation temps plein selon l'âge en 2012

Exprimée en journées



Source : RIM-P 2012

Exploitation ARS Bretagne

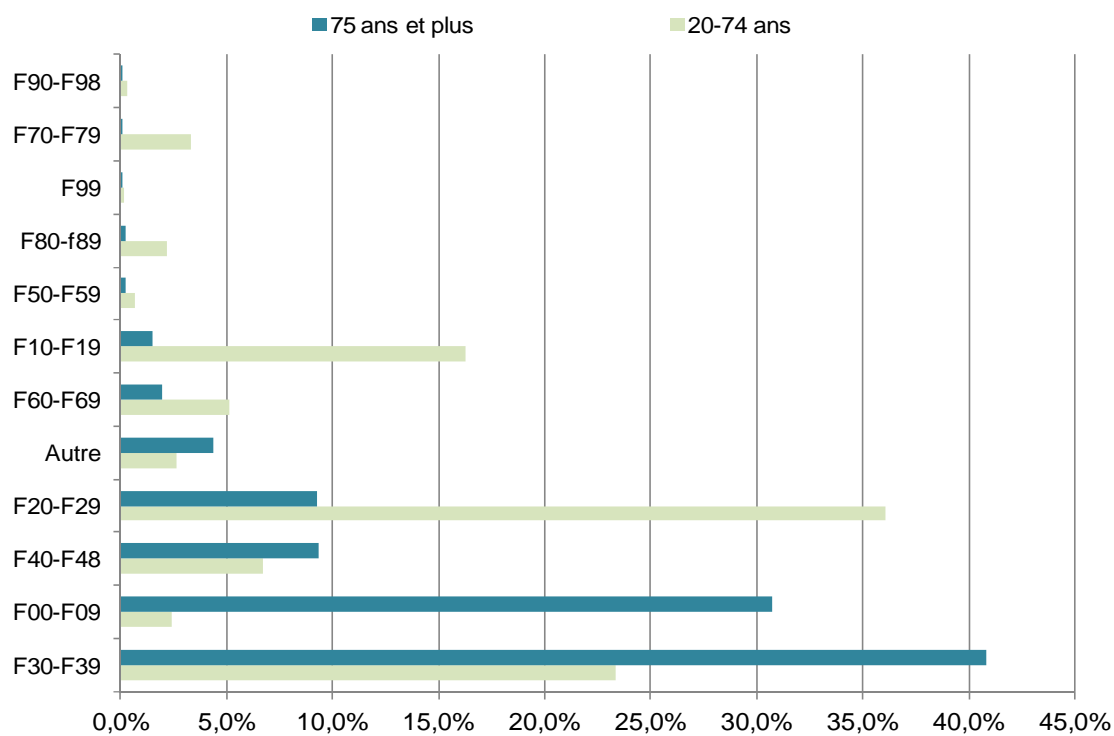
21 La durée moyenne de présence est calculée selon la formule suivante : somme des journées réalisées en hospitalisation temps plein sur une année rapportée au nombre de patients pris en charge en hospitalisation temps plein sur l'année. Le nombre de patients est déterminé à partir du N° Finess de l'établissement et de l'identifiant permanent du patient.

→ Près des trois quart des journées d'hospitalisation en psychiatrie des 75 ans et plus sont relatives aux troubles de l'humeur et aux troubles mentaux organiques.

La répartition des journées d'hospitalisation de psychiatrie selon le diagnostic principal en Bretagne est comparable à celle de la France métropolitaine.

Les 75 ans et plus recourent plus fréquemment aux soins psychiatriques pour la prise en charge des troubles de l'humeur et des troubles mentaux organiques tandis que les autres adultes recourent davantage aux soins psychiatriques pour la prise en charge de la schizophrénie, des troubles de l'humeur et des troubles mentaux liés à la consommation de substances psycho actives.

Graphique 30 : Répartition des journées d'hospitalisation en psychiatrie selon l'âge et la prise en charge en 2012 en Bretagne



Source : RIM-P 2012

Exploitation ARS Bretagne

- F00-F09 Troubles mentaux organiques
- F10-F19 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho actives
- F20-F29 Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants
- F30-F39 Troubles de l'humeur
- F40-F48 Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes
- F50-F59 Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques
- F60-F69 Trouble de la personnalité et du comportement chez l'adulte
- F70-F79 Retard mental
- F80-F89 Troubles du développement psychologique
- F90-F98 Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence
- F99 Trouble mental sans précision

4. Consommation en soins de ville

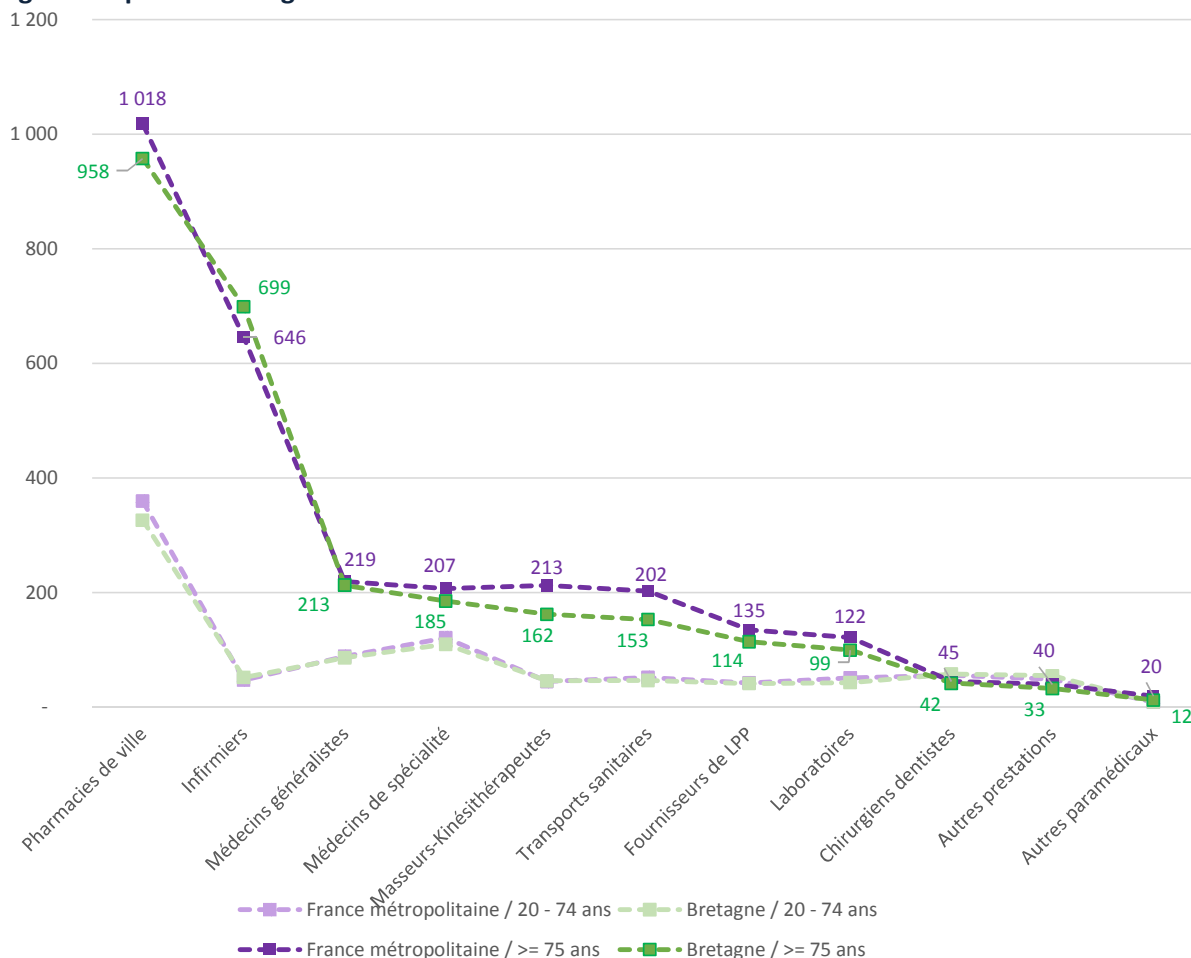
→ Un niveau de consommations de soins de ville globalement plus faible en Bretagne, et multiplié par 3 au-delà de 75 ans.

Près de 30 % de la dépense de soins de ville est dédiée à la prise en charge de ville des personnes âgées de 75 ans et plus (10,3 % de la population bretonne) en Bretagne.

En moyenne, les personnes âgées de 75 ans et plus consomment en soins de ville 2 670 euros par personne en Bretagne et par an en 2013, contre 2 866 euros en France métropolitaine. Cette moindre consommation se constate aussi parmi la population de 20 à 74 ans (872 euros en moyenne par personne en Bretagne contre 920 euros en France métropolitaine).

Un peu plus de 60 % de la dépense chez les personnes âgées de 75 ans et plus est concentrée sur 2 postes de dépenses : les médicaments délivrés en pharmacie de ville et les soins infirmiers libéraux. En effet, un peu plus d'un tiers de la dépense est consacré aux médicaments de ville, soit 958 euros par personne âgée en Bretagne. Cette part de dépense consacrée aux médicaments, est identique pour les personnes entre 20 et 74 ans. Un peu plus d'un quart est consacré aux dépenses de soins infirmiers libéraux en Bretagne, ce qui est supérieur à la dépense nationale (699 euros en moyenne en Bretagne contre 646 euros en France métropolitaine). C'est le seul poste de dépenses par personne âgée qui est supérieur en Bretagne par rapport au niveau national. En complément, environ 400 euros par personne âgée sont utilisés en frais médicaux (213 euros en médecine générale et 185 en médecine de spécialité).

Graphique 31 : Montant moyen remboursé par l'assurance maladie par personne en 2013 (en euros) par grande catégorie de prise en charge de soins

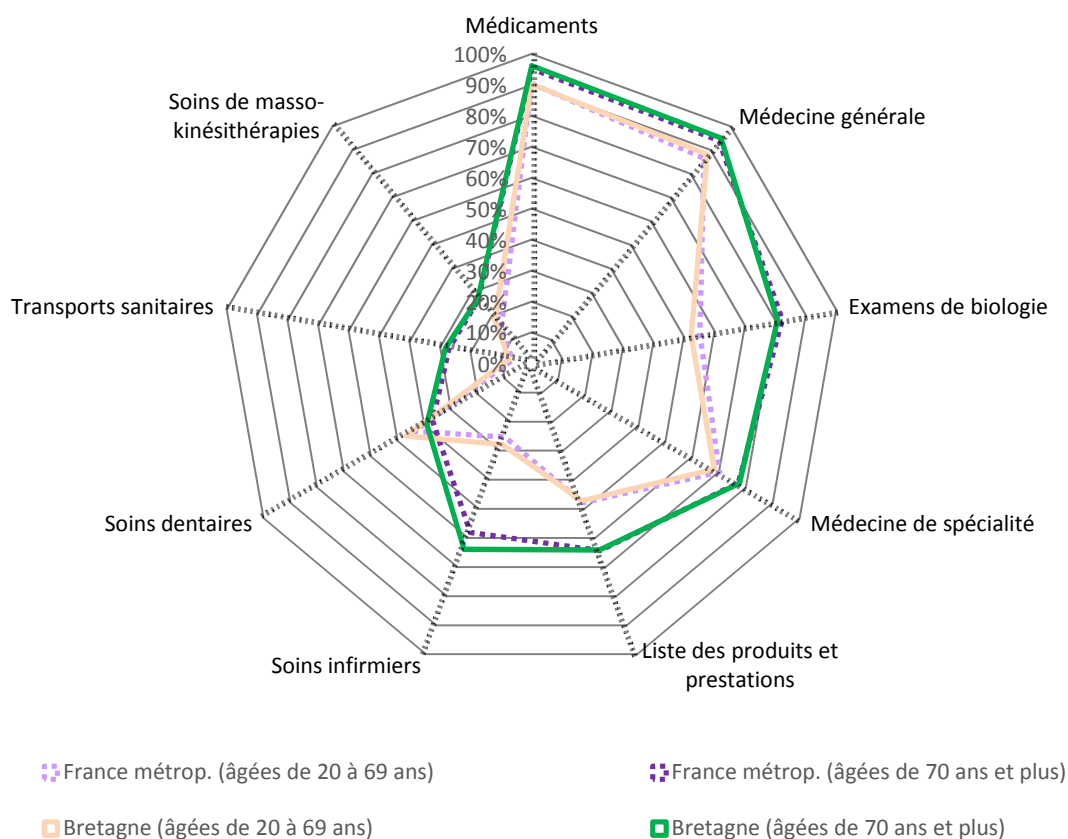


Source : CnamTS (SNIIR-AM – DAMIR), INSEE (population municipale 2012)
 Champ : Ensemble des bénéficiaires de régimes d'assurance maladie

Exploitation : ARS Bretagne

→ Un recours plus important aux soins d’infirmiers libéraux et dans une moindre mesure aux soins dentaires

Graphique 32 : Répartition des consommateurs par grande catégorie de prise en charge de soins en 2013²²



Source : CnamTS (Sniir-AM – DCIR)

Champ : Ensemble des bénéficiaires du régime général y compris SLM

Lecture : 94,1% des personnes âgées de 70 ans et plus, ayant eu au moins un recours dans l'année de soins de ville, ont eu recours au médecin généraliste, contre 85,7% des personnes de moins de 70 ans.

Exploitation : ARS Bretagne

Le profil du recours en prestation de soins de ville des personnes âgées de 70 ans et plus est toujours supérieur par rapport aux personnes âgées de moins de 70 ans, à l'exception des soins dentaires (annexe 6).

A plus de 95 %, les consommateurs de soins de ville ont eu recours au moins une fois dans l'année aux médecins généralistes et aux médicaments de ville. Ce taux de recours est légèrement supérieur chez les personnes de 70 ans et plus. De plus, la quasi-totalité des consommateurs de soins de ville ont aussi eu au moins une délivrance de médicaments de ville (96,3 % des personnes âgées de 70 ans et plus contre 90 % des personnes âgées de moins de 70 ans).

Les différences notables de recours des personnes âgées de 70 ans et plus se situent au niveau du recours aux soins d'infirmiers libéraux (58 % chez les 70 ans et plus contre 19,4 % chez les personnes de moins de 70 ans), ainsi que le recours à des analyses de laboratoire, 82,1 % des personnes de 70 ans et plus ont au moins une prescription d'analyse de laboratoire contre 43,8 % des personnes de moins de 70 ans.

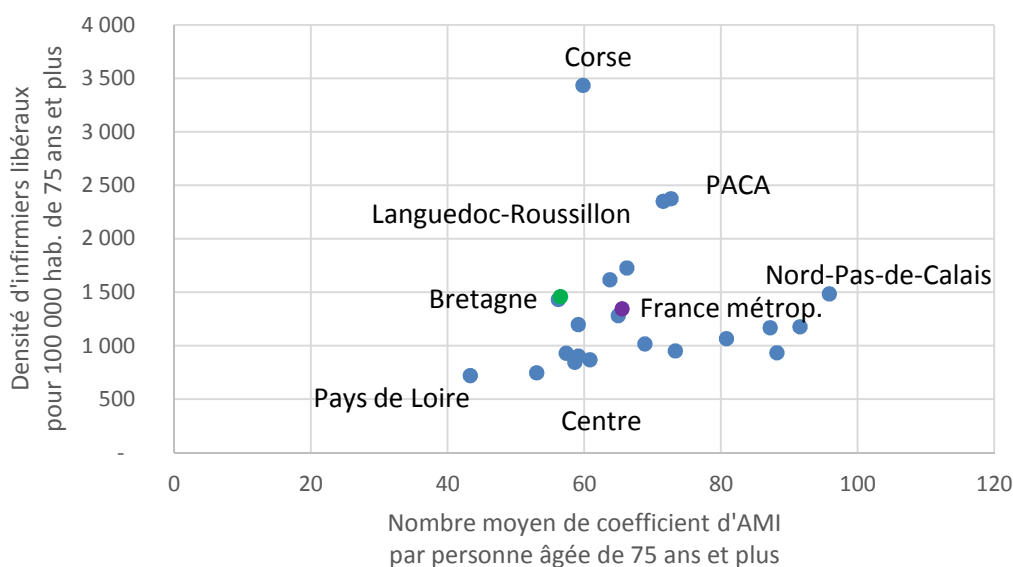
En Bretagne, le taux de recours à des produits et prestations de soins en ville des personnes âgées est sensiblement identique au profil national à l'exception de deux postes de prestations : les soins d'infirmiers libéraux et, dans une moindre mesure, les soins dentaires. 63,9 % des bretons âgés de 70 ans et plus ont recours au moins une fois dans l'année à des soins d'infirmiers libéraux (contre seulement 58 % de cette tranche d'âge en France), et 39,2 % pour les soins dentaires (contre seulement 36,7 % en France).

22 Parmi l'ensemble des consommateurs de soins libéraux

→ Mais un moindre recours à des actes techniques infirmiers (côtés en AMI²³) par personne âgée

En Bretagne, le nombre annuel moyen de coefficients²⁴ d'AMI par personne âgée est de 56,2 contre 65,5 en France métropolitaine. Une grande disparité de recours aux AMI existe entre les régions : de 95,8 en Nord-Pas-de-Calais contre seulement 43,3 en Pays de Loire (annexe 7).

Graphique 33 : Nombre moyen annuel de coefficients d'AMI par personne âgée de 75 ans et plus en 2013 en fonction de la densité d'infirmiers libéraux en janvier 2014, par région



Source : CnamTS (SNIIR-AM – DAMIR), ARS (DemoPS 2014), INSEE (population municipale 2012) Exploitation : ARS Bretagne
 Champ : Ensemble des bénéficiaires de régimes d'assurance maladie
 Note : Lettre-clé de facturation assurance maladie : AMI

→ Un plus fort recours aux soins d'hygiène par les infirmiers libéraux (côtés en AIS²⁵) par personne âgée

En moyenne, une personne âgée en Bretagne a une charge de soins infirmiers de 139 coefficients d'AIS par an réalisé par un infirmier libéral, contre 119 en France métropolitaine.

On observe que plus la densité d'infirmiers libéraux pour 100 000 habitants de 75 ans et plus est importante, plus le nombre moyen de coefficients d'AIS par personne âgée augmente sensiblement. Cette corrélation n'est visible sur la consommation d'actes techniques infirmiers (côtés en AMI).

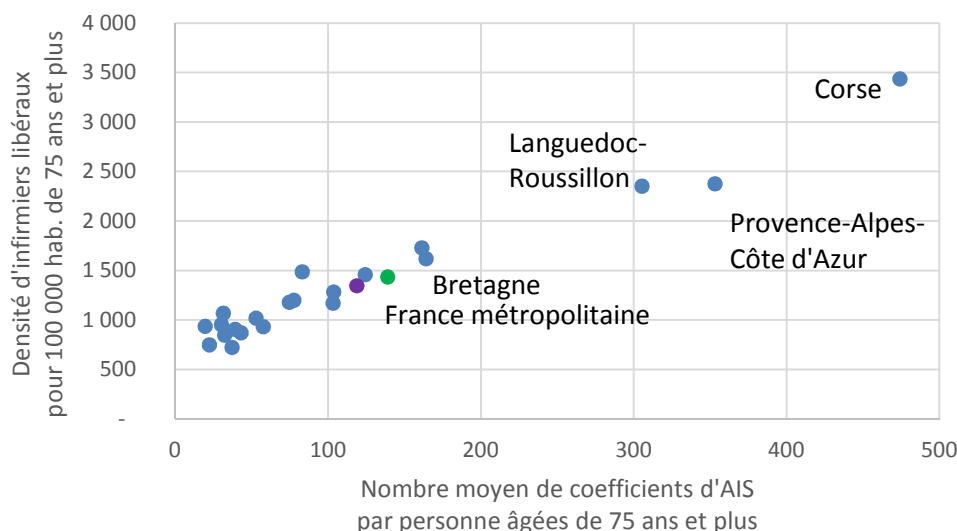
Cette corrélation est cependant à analyser au regard des autres offreurs de soins d'hygiène (centres de soins infirmier, mais aussi SSIAD, voire aides à domicile) et des organisations territoriales des soins à domicile. (annexe 7).

23 La valeur de la lettre clé AMI est de 3,15 euros par coefficient

24 Chaque acte infirmier est désigné par une lettre-clé et un coefficient. Ce coefficient est un multiplicateur de la valeur de la lettre-clé.

25 La valeur de la lettre clé AIS est de 2,65 euros par coefficient

Graphique 34 : Nombre moyen annuel de coefficients AIS par personne âgée de 75 ans et plus en 2013 en fonction de la densité d'infirmiers libéraux en janvier 2014, par région



Source : CnamTS (SNIIR-AM – DAMIR), ARS (DemoPS 2014), INSEE (population municipale 2012) Exploitation : ARS Bretagne
 Champ : Ensemble des bénéficiaires de régimes d'assurance maladie
 Note : Lettre-clé de facturation assurance maladie : AIS

→ **Un niveau de recours aux médecins généralistes, qui suit la moyenne nationale**

En Bretagne, les personnes âgées de 75 ans et plus ont un recours, en moyenne, au cours de l'année à 4,7 consultations et 2,8 visites chez le médecin généraliste, ce qui est proche de la moyenne nationale.

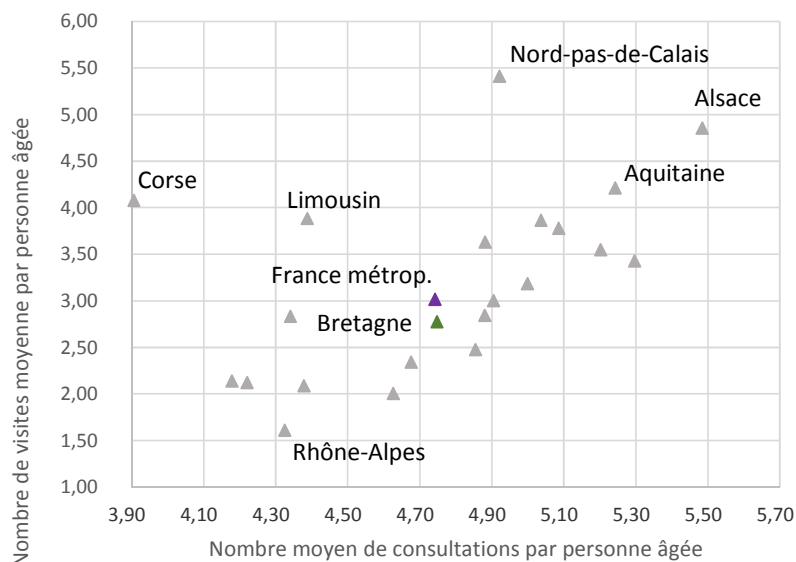
Tableau 26 : Nombre de consultations et visites de médecins généralistes libéraux par habitant de 75 ans et plus en 2013 et densité de médecins généralistes libéraux installés pour 100 000 hab.

	Nombre moyen annuel de consultations par personne âgée	Nombre moyen annuel de visites par personne âgée	Densité de médecins généralistes libéraux installés pour 100 000 hab. de 75 ans et plus
Bretagne	4,7	2,8	924,4
France métropolitaine	4,7	3,0	1 040,0

Sources : CnamTS (Sniir-AM – DAMIR), ARS (DemoPS 2014), INSEE (population municipale 2012) Exploitation : ARS Bretagne
 Champ : Ensemble des bénéficiaires de régimes d'assurance maladie
 Note : Lettre-clés de facturation assurance maladie : Consultation (C, CS), Visite (V, VS)

Entre régions, le recours aux consultations varie entre 5,5 en Alsace à 3,9 en Corse. Les disparités entre régions sont plus importantes pour les visites : de 5,4 visites en Nord-Pas-de-Calais à seulement 1,6 en Rhône-Alpes.

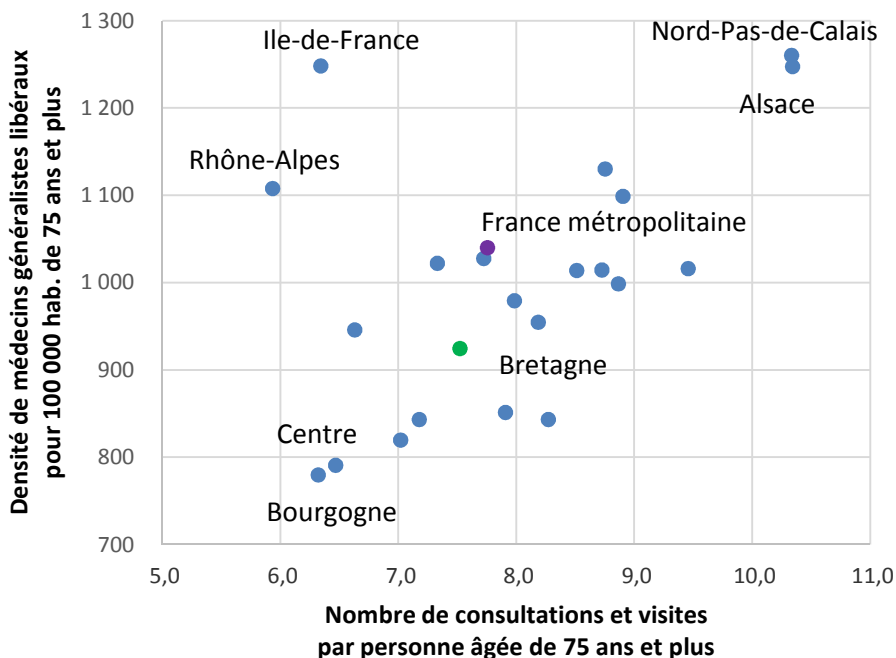
Graphique 35 : Nombre de consultations et visites de médecins généralistes libéraux par habitant de 75 ans et plus en 2013, par région



Source : CnamTS (SNIIR-AM – DAMIR), INSEE (population municipale 2012) Exploitation : ARS Bretagne
 Champ : Ensemble des bénéficiaires de régimes d'assurance maladie
 Note : Lettre-clés de facturation assurance maladie : Consultation (C, CS), Visite (V, VS)

On observe, à l'exception des deux régions Rhône-Alpes et Ile-de-France, un nombre plus élevé de consultations et visites pour les personnes âgées là où les densités de médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants de 75 ans et plus sont les plus importantes. Alors que la Bretagne présente un recours aux médecins généralistes proches de la moyenne nationale, la densité de médecin généraliste libéral installé y est plus faible.

Graphique 36 : Nombre de consultations et visites de médecins généralistes libéraux par habitant de 75 ans et plus en 2013, en fonction de la densité de ces professionnels en janvier 2014 par région



Source : CnamTS (SNIIR-AM – DAMIR), ARS (DemoPS 2014), INSEE (population municipale 2012) Exploitation : ARS Bretagne
 Champ : Ensemble des bénéficiaires de régimes d'assurance maladie
 Note : Lettre-clés de facturation assurance maladie : Consultation (C, CS), Visite (V, VS)

→ Un niveau de consultations de psychiatrie relativement élevé malgré une offre libérale plus faible dans la région

Un peu plus de 35 000 consultations auprès de psychiatres ou neuropsychiatres libéraux ont été menées en 2013 pour les personnes de 75 ans et plus en Bretagne. La densité pour 100 000 habitants de 75 ans et plus de ces professionnels libéraux installés en Bretagne est plus faible en Bretagne qu'au niveau national (69,6 en Bretagne contre 109,4 en France métropolitaine).

Tableau 27 : Nombre moyen de consultations de psychiatres libéraux par habitant de 75 ans et plus en 2013 et la densité de ces professionnels en janvier 2014

	Nombre moyen annuel de consultations par personne âgée	Densité de psychiatres et neuropsychiatres libéraux installés pour 100 000 hab. de 75 ans et plus
Bretagne	0,11	69,6
France métropolitaine	0,08	109,4

Source : CnamTS (SNIIR-AM – DAMIR), ARS (DemoPS 2014), INSEE (population municipale 2012)

Exploitation : ARS Bretagne

Champ : Ensemble des bénéficiaires de régimes d'assurance maladie

Note : Lettre-clés de facturation assurance maladie : Consultation (C, CNP)

→ Un niveau de dépenses de médicaments beaucoup plus faible sauf pour les psychotropes

En 2014, on constate un écart d'environ -11 % entre les montants remboursés par personne en Bretagne et en France métropolitaine, chez les personnes de 60 ans et plus. C'est aussi l'écart constaté chez les plus jeunes de 20 à 59 ans.

Tableau 28 : Montant moyen remboursé de pharmacie de ville par personne (en euros), par tranche d'âge en 2014

	Bretagne	France métrop.	Ecart
Chez les 20-59 ans	199 euros	227 euros	-12%
Chez les 60 ans et plus	630 euros	709 euros	-11%

Source : CnamTS (OPEN MEDIC' 2014 – SNIIR-AM – DCIR), INSEE (population municipale 2012)

Exploitation : ARS Bretagne

Champ : Ensemble des bénéficiaires de régimes d'assurance maladie

L'analyse plus fine des dépenses de médicaments chez les personnes de 60 ans et plus, par regroupement de médicaments en fonction de la classification ATC, permet d'expliquer les différences de montant remboursé par les assurances maladies en Bretagne par rapport au niveau national. En particulier, on observe une forte différence dans la classe de médicaments du diabète, avec une moindre dépense de 24,6 euros par personne. Ensuite, on observe une moindre dépense pour les médicaments agissant sur le système rénine-angiotensine ainsi que les médicaments d'antithrombotiques (-6,2 euros chacun). Quelques autres classes de médicaments apparaissent aussi comme particulièrement faibles en dépenses en Bretagne, avec une sous dépense de plus de 4 euros par personne âgée de 60 ans et plus en Bretagne par rapport au national (les antinéoplasiques, les antiviraux à usage systémique, les immunosuppresseurs, les immunostimulants et les agents modifiant les lipides).

A l'opposé, seuls deux groupements de médicaments apparaissent avec des montants de dépense moyenne supérieurs à 4 euros en Bretagne par rapport au niveau national. On y trouve les médicaments ophtalmologiques (+6,3 euros par personne) et les psycholeptiques (+3,1 euros par personne).

Tableau 29 : Classes ATC de médicaments présentant les écarts les plus importants de montant moyen de pharmacie de ville entre la Bretagne et la France métropolitaine, en 2014

Par classe ATC	Bretagne	France métropolitaine	Différence (en euros)
Médicaments du diabète	34,3	59,0	-24,6
Médicaments agissant sur le système rénine-angiotensine	44,5	50,7	-6,2
Antithrombotiques	40,1	46,2	-6,2
Antinéoplasiques	25,4	31,0	-5,5
Antiviraux à usage systémique	5,7	10,9	-5,1
Immunosuppresseurs	16,6	20,9	-4,3
Immunostimulants	9,4	13,6	-4,3
Agents modifiant les lipides	50,7	54,9	-4,2
Psycholeptiques	17,7	14,6	3,1
Médicaments ophtalmologiques	53,2	46,8	6,3

Source : CnamTS (OPEN MEDIC' 2014 – SNIIR-AM – DCIR), INSEE (population municipale 2012)
 Champ : Ensemble des bénéficiaires de régimes d'assurance maladie

Exploitation : ARS Bretagne

5. Constats et discussion

- La part très importante des soins de court séjour et de SSR consommés par les personnes âgées se traduit par une occupation des lits encore amplifiée par des DMS plus longues.

Près d'un tiers des séjours de courte durée et plus de la moitié des journées de SSR sont pour des personnes âgées, alors même que cette population ne représente que 13 % des adultes bretons. A l'inverse les personnes âgées ne représentent qu'à peine 10 % des journées en psychiatrie.

Cette consommation a un impact important sur les capacités puisque qu'elle conduit à une occupation de 40 % des lits de court-séjour, 58 % des lits de SSR et 11 % des lits de psychiatrie par des personnes âgées.

- L'évolution de la consommation des soins est plutôt maîtrisée entre 2011 et 2013 grâce à une baisse des taux de recours chez les personnes âgées de 75 et plus, mais l'évolution démographique aurait des conséquences lourdes sur l'offre en l'absence de changement des pratiques.

L'évolution de la consommation est en court séjour de +0,3 % et en SSR de - 1,4 % alors même que la population augmente de 1,6 %. Ce n'est pas le cas de la psychiatrie (+ 2,2 %) dont les taux de recours sont déjà élevés, ni pour l'HAD dont l'augmentation élevée (+13,7 %) est la conséquence d'une politique de développement. La maîtrise de la consommation s'explique par des taux de recours en baisse ou tout du moins avec une évolution plus faible qu'au niveau national. Cette relative maîtrise en court séjour recouvre des réalités différentes puisqu'il existe des différences entre les activités de médecine, chirurgie et techniques peu invasives.

Ces constats devraient être suivis sur plusieurs années pour mieux préciser la part de chacun des motifs possiblement explicatifs de l'évolution de la consommation. Certains facteurs sont en faveur d'une augmentation :

- augmentation du poids démographique de la population ;
- augmentation du recours aux soins des 75 ans et plus, due à l'avancée en âge avec augmentation de l'incidence des pathologies liées à l'âge (insuffisances organiques, cataracte, maladie d'Alzheimer...), aux progrès thérapeutiques qui permettent de vivre plus longtemps avec une maladie chronique ou un handicap jusqu'ici létal (augmentation de la prévalence).

D'autres sont en faveur de sa diminution :

- amélioration de la prévention et de la promotion de santé ;
- baisse du recours du fait des apports techniques ou thérapeutiques (prothèses, chimiothérapies ciblées).

Quoi qu'il en soit, du simple fait de l'effet démographique attendu d'ici 2030, arrivée des « baby boomers » à partir de 2020, si aucune des pratiques actuelles agissant sur le recours aux soins hospitaliers n'était modifiée, le nombre de lits supplémentaires nécessaire serait considérable tant en SSR qu'en court séjour et insoutenable économiquement.

Les principaux constats sur les atypies de la région par rapport au niveau national concernent soit le taux de recours lui-même, soit son évolution.

- Bien que le taux de recours à la chirurgie et à la chirurgie ambulatoire reste plus faible qu'au niveau national, on observe une convergence progressive vers la moyenne nationale entre 2011 et 2013 pour les personnes âgées.

La chirurgie ophtalmique, plus de 40 % des interventions, explique en grande partie le taux de recours élevé des personnes âgées à la chirurgie, 2 fois supérieur à celui des adultes jeunes. De même, le rebond observé sur la part de chirurgie réalisée en ambulatoire est largement attribuable à la chirurgie de la cataracte. Jusqu'en 2012, la Bretagne était en retard sur le développement de la chirurgie ambulatoire ce qui explique sans doute des DMS plus courtes qu'au niveau national (7,5 contre 8). Le rattrapage observé en 2013 n'a cependant pas eu d'impact sur la DMS qui reste stable comme la DMS nationale.

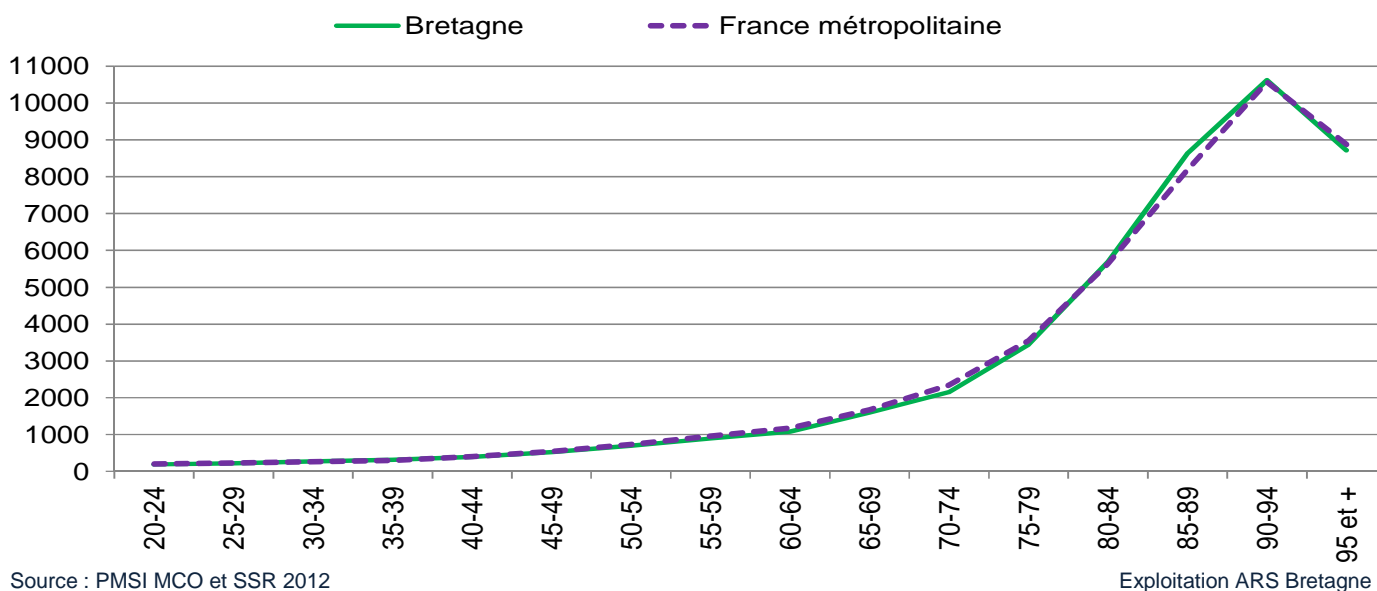
→ La surconsommation des soins médicaux observés chez les plus de 75 ans en Bretagne est à mettre en regard avec la sous-consommation de SSR.

L'activité de médecine concentre toutes les atypies : un taux de recours élevé, un taux d'ambulatoire plus faible et une DMS plus élevée, un taux de séjours non programmés très élevé. Comme en chirurgie, le taux d'hospitalisation non programmée s'observe quel que soit l'âge confortant l'hypothèse d'une pratique bretonne de recours facile aux services d'urgences. L'impact est fort car si à partir de 85 ans, plus de 70 % des personnes passent par les urgences avant d'être hospitalisées, c'est plus de 10 points par rapport à la moyenne nationale. De même le plus faible taux de recours à l'ambulatoire s'observe quel que soit l'âge. Par contre les taux de recours aux séjours de médecine et les DMS plus élevés que les moyennes nationales sont spécifiques aux personnes âgées. Ces deux derniers constats font évoquer l'hypothèse d'un problème de fluidité dans le parcours et sont à relier avec l'activité de SSR et sa sous-consommation. C'est d'autant plus vrai pour les pathologies cardio-respiratoires, neurologiques et digestives qui représentent près de 60 % des motifs d'entrée.

En regroupant les journées de médecine et de SSR, la consommation bretonne suit la tendance nationale.

Graphique 37 : Taux de recours à la médecine et aux SSR selon l'âge

Exprimés en volume de journées pour 1 000 habitants



Source : PMSI MCO et SSR 2012

Exploitation ARS Bretagne

→ Une surconsommation pour les techniques invasives après 75 ans qui contraste avec la sous-consommation observée avant 75 ans

La sous-consommation bretonne relative aux techniques peu invasives pourrait s'expliquer soit par un recours trop tardif à l'examen en Bretagne, soit par une surconsommation nationale.

→ Une forte activité en cancérologie à mettre en lien avec le contexte épidémiologique

Le zoom sur l'activité en cancérologie montre des atypies de pratiques bretonnes, un sur-recours à la chirurgie et un sous-recours aux séances de chimiothérapie. Ce dernier nécessite des analyses complémentaires pour comparer les âges d'entrée en chimiothérapie, le nombre de séances réalisées et les traitements associés. Par ailleurs, le décalage de la courbe de recours aux soins des techniques peu invasives interroge et nécessite d'être analysé par type de technique, différenciant notamment endoscopies et cathétérisme vasculaire. En effet le sur-recours à la chirurgie carcinologique chez les personnes âgées serait-il la conséquence d'un sous-recours aux techniques peu invasives des sujets jeunes et donc d'un retard de diagnostic endoscopique ?

→ Un potentiel de développement de l'HAD qui persiste malgré les efforts de développement, notamment en EHPAD

Les taux de recours à l'HAD sont plus faibles qu'au niveau national bien que l'évolution constatée entre 2011 et 2013 soit 2 fois supérieure. Le dynamisme de cette activité et le rattrapage progressif de son retard doivent être confortés notamment pour les personnes âgées. Deux pistes seraient à développer : la prise en charge en HAD pour les maladies du système nerveux, actuellement plus faible après 75 ans et les entrées directes en HAD à partir du domicile ou de l'EHPAD.

→ Un recours aux soins de ville qui s'intensifie avec l'âge, en Bretagne comme au niveau national.

L'apparition des pathologies liées à l'âge (insuffisances viscérales) mais aussi les progrès médicaux qui permettent un allongement de la vie, y compris avec des maladies chroniques expliquent que le recours aux soins de ville augmente avec l'âge.

→ Un recours aux soins de ville très lié à l'offre, en Bretagne comme au niveau national.

Hormis les consultations spécialisées en psychiatrie, le recours aux soins de ville est très lié à l'offre, tant pour les médecins que pour les infirmiers ; D'où l'importance de la régulation de cette offre, soit pour maintenir une égalité d'accès aux soins (pour les territoires à densité faible), soit pour réorienter l'offre (pour les territoires à densité forte).

→ Une surconsommation en soins infirmiers de ville chez les plus de 70 ans alors que le maintien à domicile est plus faible en Bretagne

La consommation bretonne en soins infirmiers est très atypique tant en nombre de consommateurs (63,9 % en Bretagne contre 58 % en France métropolitaine en 2013) qu'en niveau de dépenses (699 € par an en Bretagne contre 646 € en France métropolitaine soit une surconsommation de +8 % en Bretagne en 2013). Cette surconsommation est à mettre en regard avec une densité en infirmiers libéraux plus importante (1 434 infirmiers libéraux en Bretagne pour 100 000 habitants de 75 ans et plus contre 1 345 en France métropolitaine en janvier 2015). On constate que cette densité influe surtout sur le nombre d'AIS (soins d'hygiène) alors même que la densité en places de SSIAD est quasi équivalente en Bretagne qu'au niveau national (19,1 places pour 1 000 habitants contre 19,5 en 2013) (annexe 7).

Cet accompagnement des infirmiers libéraux ne se traduit pas par un maintien au domicile plus important en Bretagne puisque le taux d'hébergement y est au contraire très fort (115,2 places d'EHPAD pour 1 000 habitants de 75 ans et plus contre 95,1 en France métropolitaine en janvier 2014).

→ Une consommation en soins dentaires relativement plus favorable en Bretagne chez les plus de 70 ans, qui surprend au regard des études sur l'état dentaire en EHPAD.

Dans une moindre mesure, les résultats concernant les soins dentaires montrent un nombre de consommateurs plus important en Bretagne qu'au niveau national, respectivement 39,2 % et 37 % des personnes de 70 ans et plus. Ce taux de recours se rapproche du niveau de recours des adultes jeunes (43,6 % en France métropolitaine).

L'analyse de ces résultats est à mettre en parallèle avec les observations d'une récente étude de l'Institut de Veille Sanitaire²⁶ qui montrait un état dentaire dégradé des résidents dans les EHPAD. Selon cette étude, la vie en institution réduirait le recours au chirurgien-dentiste de près de 25 %, par rapport à la vie à domicile et les sujets de plus de 90 ans ont deux fois moins de chances d'accéder aux soins bucco-dentaires que ceux de 60 ans.

26 Comparaison du recours à un chirurgien-dentiste entre les personnes âgées institutionnalisées et celles vivant à domicile, France, 2008-2009. INVS – Bulletin épidémiologique hebdomadaire. Mars 2013.

→ Une surconsommation bretonne en soins psychiatriques en ville comme à l'hôpital qui se confirme aussi chez les personnes âgées, surtout entre 60 et 80 ans.

Le recours aux soins de psychiatrie est globalement préoccupant en Bretagne, y compris chez les personnes âgées. Plusieurs hypothèses ont été évoquées lors d'une étude réalisée en 2010 : une offre importante en Bretagne créant la demande ; un effet épidémiologique notamment en lien avec la toxicologie et les suicides, des pratiques professionnelles et des particularités sociétales. Ainsi on constate une stabilisation des taux de recours entre 60 et 80 ans en Bretagne alors qu'on observe une baisse au niveau national et on note que les troubles de l'humeur sont le motif d'hospitalisation le plus fréquent pour les 75 ans et plus (40%).

On retrouve comme à l'hôpital des consommations élevées de soins psychiatriques en ville, que ce soit en termes de consultations médicales, alors même que la densité des psychiatres est plus faible, ou surtout par une consommation élevée de psychotropes (17,7 € de psycholeptiques en Bretagne en 2014 contre 14,6 € en France métropolitaine). Cette dernière est en lien avec une prévalence élevée de consommateurs (graphique 3). Cela écarte l'hypothèse d'une surconsommation bretonne hospitalière par déport de la médecine de ville vers l'hôpital.

Il semblerait qu'il y ait plus une particularité épidémiologique et des différences de pratiques sociétales.

A noter que la prévalence des démences estimée par la CnamTS (graphique 3) est identique à la prévalence nationale.

6. Perspectives et plan d'actions

La conjugaison des contraintes économiques (plan triennal) et des progrès réalisés dans les sciences médicales, technologiques et numériques, conduisent à engager le système de soins dans l'efficacité des soins et des parcours, notamment, dans un virage ambulatoire des soins. Cet engagement sera d'autant plus efficace si les actions sont ciblées à partir des atypies, et envisagées dans le cadre de la fluidité des parcours entre tous les segments : domicile-urgences-court séjour-SSR-HAD, psychiatrie et EHPAD.

→ Améliorer la fluidité du parcours de soins hospitaliers des patients : réduire les hospitalisations avec passage aux urgences et rééquilibrer l'offre médecine /SSR.

Il persiste en chirurgie une atypie bretonne non expliquée sur la part des séjours non programmés dans l'activité de chirurgie, c'est à dire entrés par les urgences. Cette atypie se vérifie quel que soit l'âge ce qui traduit sans doute une pratique bretonne de recours aux urgences plus « facile ». Le risque de « passer par les urgences » est plus important chez les personnes âgées. Ainsi, à partir de 85 ans, 1 personne sur 3 passe par les urgences avant d'être opérée, le plus souvent pour un acte chirurgical concernant l'appareil locomoteur (70% des entrées en chirurgie par les urgences). Est-ce une question d'organisation des soins à l'intérieur de l'hôpital ou est-ce un défaut d'organisation pré-hospitalière ? Peut-on dissocier la phase diagnostique réalisable en ambulatoire et la phase de traitement programmable avec entrée directe différée ? Si oui, quelle est la part de chirurgie qui peut être différée pour entrer dans un programme ambulatoire ?

La médecine non programmée est étroitement liée à l'organisation des établissements. A l'échelle des établissements bretons, de forts contrastes sont observés. La mise en œuvre du programme national de gestion des lits lancé par l'ANAP devrait améliorer la fluidité des parcours des patients et diminuer les passages par les services des urgences.

Par ailleurs certaines personnes âgées restent hospitalisées plus longtemps car leur retour au domicile pose des difficultés transitoires ou pérennes ou relèveraient d'une orientation vers le SSR.

En perspectives, la substitution de certains lits de médecine vers les SSR, voire vers le médico-social (hébergement temporaire ou EHPAD) est à envisager.

→ Développer l'activité ambulatoire.

Sur la période 2011-2013, le développement de la chirurgie ambulatoire est très dynamique. Sa part est passée de 35 à 41 % pour les 75 ans et plus comme pour les autres adultes. La Bretagne a rattrapé son retard par rapport à la moyenne nationale.

Quant aux séjours de médecine, la part est très faible et inférieure à la référence nationale. Même si le développement de l'ambulatoire se heurte aux difficultés d'application de la circulaire frontière, le retard observé sur toutes les tranches d'âge, interroge sur les organisations des services.

→ S'assurer que le faible recours régional aux techniques peu invasives des sujets plus jeunes ne soit pas une perte de chance.

Il faudrait une étude complémentaire pour expliquer le plus faible recours des patients jeunes aux techniques peu invasives et la conséquence éventuelle de ce retard dans le diagnostic et le traitement.

→ Développer l'activité hors les murs, une obligation eu égard aux projections de consommation de soins à l'horizon 2030.

L'évolution démographique attendue dès 2020, impose une adaptation des organisations vers le maintien à domicile. Certains indicateurs sont favorables avec une consommation de soins de ville plutôt maîtrisée, mais les profils de recours concernant les soins hospitaliers sont en faveur d'un engorgement d'aval. Or la densité en place d'hébergement EHPAD et en offre en soins infirmiers sont importants en Bretagne et devraient être facilitant pour un maintien à domicile. Hormis le déséquilibre de l'offre SSR/médecine, il s'agit donc plus d'un problème d'organisation que d'offre. Plusieurs axes de travail sont proposés :

- Améliorer la pertinence du recours aux soins en médecine et l'orientation en SSR.
- Dissocier le soin de l'hébergement pour faciliter l'activité ambulatoire ou programmée-différée :
 - o Développer l'hospitalisation à domicile et les programmes d'accompagnement au domicile de l'assurance maladie (PRADO).
 - o Centrer les efforts de coordination des soins sur les sorties d'hôpital avec facilitation du retour au domicile ou dans un hébergement substitutif adapté plus ou moins temporaire.
 - o Parallèlement développer l'hébergement temporaire post-hospitalisation.
- Spécialiser les métiers autour de la gériatrie :
 - o Recentrer les soins infirmiers de ville sur les soins techniques, sur des délégations de tâches (dépistage, évaluation, suivi des maladies chroniques..) ou sur des missions de coordination – se poser la question d'une possible délégation de tâches à des aides-soignantes libérales.
 - o Développer des compétences gériatriques médicales en libéral.
- Développer la communication et un accompagnement des usagers pour anticiper et infléchir leurs recours à l'hôpital.

7. Annexes

Annexe 1 : Prévalence de l'ensemble des pathologies cartographiées par l'assurance maladie des personnes âgées de 75 ans et plus en Bretagne et en France en 2013

	Bretagne		France entière	Différence de prévalence (en point)
	Effectifs	Pourcentages	Pourcentage	
Traitements antihypertenseurs (hors pathologies)	89 700	38,9%	37,5%	1,4
Traitements hypolipémiants (hors pathologies)	51 300	22,2%	19,1%	3,1
Traitements anxiolytiques (hors pathologies)	47 400	20,5%	18,1%	2,4
Traitements hypnotiques (hors pathologies)	34 500	15,0%	11,3%	3,7
Traitements antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur (hors pathologies)	31 800	13,8%	13,4%	0,4
Troubles du rythme ou de la conduction cardiaque	31 600	13,7%	13,8%	-0,1
Maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose)	28 600	12,4%	11,7%	0,7
Maladie coronaire chronique	27 900	12,1%	12,8%	-0,7
Diabète	27 200	11,8%	17,7%	-5,9
Démences (dont maladie d'Alzheimer)	21 500	9,3%	9,3%	0,1
Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)	20 800	9,0%	8,5%	0,5
Artériopathie oblitérante du membre inférieur	13 900	6,0%	5,1%	1,0
Insuffisance cardiaque chronique	13 400	5,8%	6,0%	-0,2
Séquelle d'accident vasculaire cérébral	13 000	5,6%	5,1%	0,5
Autres cancers sous surveillance	11 700	5,1%	5,0%	0,0
Autres cancers actifs	9 900	4,3%	4,0%	0,3
Troubles névrotiques et de l'humeur	8 700	3,8%	2,7%	1,1
Maladie valvulaire	8 300	3,6%	3,5%	0,1
Cancer de la prostate sous surveillance	6 100	2,6%	6,6%	-4,0
Traitements neuroleptiques (hors pathologies)	5 800	2,5%	2,2%	0,3
Cancer du sein de la femme sous surveillance	5 600	2,4%	4,2%	-1,7
Insuffisance cardiaque aiguë	5 200	2,3%	2,1%	0,2
Maladie de Parkinson	5 100	2,2%	2,6%	-0,4
Autres affections cardiovasculaires	4 000	1,7%	1,6%	0,1
Cancer du côlon sous surveillance	4 000	1,7%	1,7%	0,1
Autres troubles psychiatriques	3 800	1,6%	1,3%	0,4
Polyarthrite rhumatoïde	3 500	1,5%	1,2%	0,3
Cancer de la prostate actif	3 300	1,4%	4,4%	-3,0
Maladies du foie ou du pancréas (hors mucoviscidose)	3 300	1,4%	1,6%	-0,1
Autres maladies inflammatoires chroniques	2 700	1,2%	0,9%	0,3
Accident vasculaire cérébral aigu	2 600	1,1%	1,1%	0,1
Epilepsie	2 300	1,0%	0,8%	0,2
Troubles psychotiques	2 000	0,9%	0,6%	0,3
Cancer du côlon actif	1 900	0,8%	0,9%	-0,0
Cancer du sein de la femme actif	1 500	0,7%	1,2%	-0,5
Syndrome coronaire aigu	1 000	0,4%	0,5%	-0,0
Maladies métaboliques héréditaires	1 000	0,4%	0,3%	0,2
Autres affections neurologiques	800	0,3%	0,4%	-0,0

Cancer du poumon actif	700	0,3%	0,3%	-0,0
Troubles addictifs	700	0,3%	0,2%	0,1
Maladies inflammatoires chroniques intestinales	700	0,3%	0,4%	-0,0
Spondylarthrite ankylosante	700	0,3%	0,3%	0,0
Dialyse chronique	600	0,3%	0,3%	-0,1
Embolie pulmonaire aiguë	500	0,2%	0,3%	-0,1
Cancer du poumon sous surveillance	400	0,2%	0,2%	-0,0
Déficience mentale	300	0,1%	0,1%	0,1
Hémophilie ou troubles de l'hémostase graves	300	0,1%	0,1%	0,0
Sclérose en plaque	200	0,1%	0,1%	0,0
Paraplégie	200	0,1%	0,1%	-0,0
Myopathie ou myasthénie	200	0,1%	0,1%	-0,0
Suivi de transplantation rénale	100	0,0%	0,0%	0,0
Troubles psychiatriques débutant dans l'enfance	< 50		0,0%	
Mucoviscidose	< 50		0,0%	
VIH ou SIDA	< 50		0,0%	
Transplantation rénale	< 50		0,0%	
Total (dénominateur)	230 700	100,0%	100,0%	0,0

Champ : Ensemble des bénéficiaires du régime général y compris SLM
Source : CnamTS (Cartographie des pathologies 2013)

Exploitation ARS Bretagne

Annexe 2 : Evolution du nombre d'ALD

Alors qu'entre 2006 et 2012, l'évolution globale de la population des personnes âgées de 75 ans et plus est de +15,9%, alors que le nombre d'ALD reconnues par l'assurance maladie a progressé de +47%. Cette différence entre la dynamique populationnelle et le nombre d'ALD reconnues se retrouve aussi dans les autres catégories d'âge, mais dans une moindre mesure. Pour les personnes de moins de 45 ans le nombre d'ALD a évolué de +14,0% (contre +0,3% en population INSEE) et pour les personnes entre 45 et 74 ans la progression est de +35,7% (contre + 8,7% en population INSEE), en Bretagne. Le phénomène est identique au niveau national.

Tableau 30 : Evolution du nombre d'ALD par tranche d'âge entre 2006 et 2012

Population	Bretagne		France entière	
	2006	2012	Evolution entre 2012 et 2006	Evolution entre 2012 et 2006
< 45 ans	64 927	73 986	14,0%	11,7%
45-74 ans	208 826	283 375	35,7%	35,3%
75 ans et +	123 796	181 661	46,7%	47,4%
Ensemble	399 555	541 034	35,4%	35,3%

Source : CnamTS

Exploitation ARS Bretagne

Champ : Ensemble des bénéficiaires du régime général y compris SLM

Note : Une personne doit déclarer une ALD pour chaque de ses pathologies pris en charge dans le cadre des ALD

Une partie de la forte dynamique du nombre d'ALD provient des évolutions réglementaires et des actions de l'assurance maladie. Le dispositif d'ALD existe depuis la création de l'assurance maladie. Cependant, depuis 2004, ce dispositif connaît de profondes évolutions (mise en place du protocole de soins et durée limitée dans le temps de l'ALD). En parallèle, l'assurance maladie a développé des actions de sensibilisation auprès des patients et des professionnels pour rappeler que seuls les traitements en lien avec les ALD déclarées peuvent bénéficier de l'exonération du ticket modérateur. Ainsi depuis 2005, les patients ont été fortement incités à déclarer de façon rigoureuse l'ensemble de leurs ALD. Cependant, ce phénomène de rattrapage des déclarations doit avoir tendance à s'atténuer à présent.

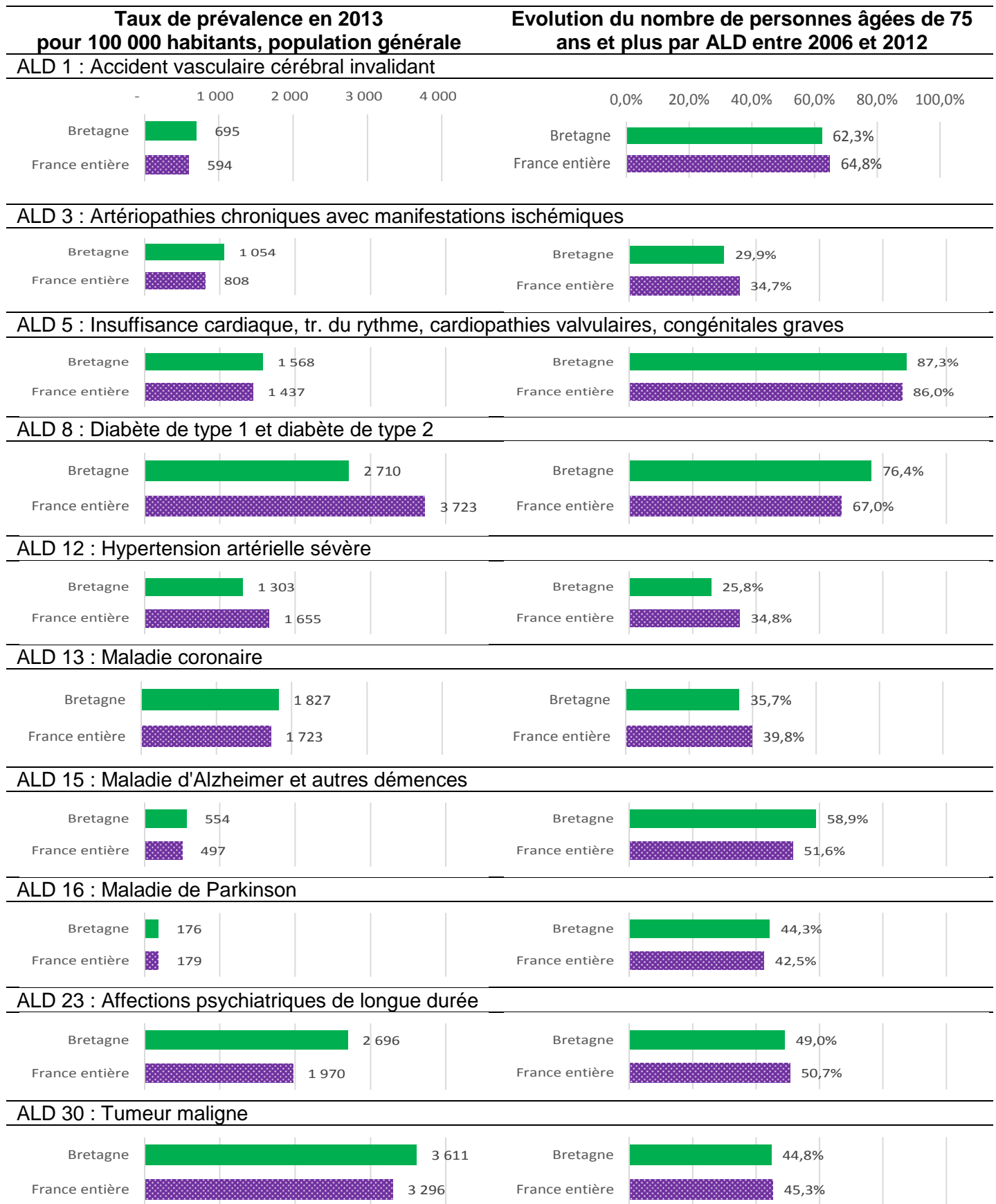
Encadré3 : Les Affectations de Longue Durée (ALD)²⁷

L'assurance maladie reconnaît certaines affections de longue durée (ALD). Il s'agit d'affections dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. La reconnaissance auprès de l'assurance maladie d'une ALD ouvre droit à l'exonération une prise en charge exonérante des traitements qui lui ont affectés. Ces affections sont définies par décret, et sont au nombre de 30 (dit « ALD 30 »). En complément, il existe la possibilité de reconnaissance d'ALD « hors liste (dit « ALD 31 »), si la pathologie nécessite un traitement prolongé d'une durée prévisible à 6 mois un patient. Enfin, il existe une dernière modalité de prise en charge en ALD avec l'ALD spécifique pour l'état d'affections entraînant un état pathologique invalidant (dit « ALD 32 »).

L'exonération du ticket modérateur par l'assurance maladie porte uniquement sur les traitements liés à l'ALD reconnu. Un patient atteint de polyopathie figurant sur la liste des « ALD 30 » doit demandé la reconnaissance de chacune de ces ALD auprès de l'assurance maladie.

²⁷ Qu'est-ce qu'une affection de longue durée ? (site internet CnamTS)

Annexe 3 : ZOOM sur quelques ALD



Source : CnamTS
Champ : Ensemble des bénéficiaires du régime général y compris SLM

Exploitation ARS Bretagne

Annexe 4 : Répartition par type d'ALD en population générale en 2013

ALD		France entière		Taux de prévalence pour 100 000						Nombre
Num	Libellé	Part des 75 ans et plus	âge moyen	France entière	Bretagne	Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	Bretagne
1	Accident vasculaire cérébral invalidant	42,9%	69	594	695	700	627	714	757	18 730
2	Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques	48,5%	68	32	39	32	39	50	31	1 050
3	Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques	43,6%	71	808	1 054	1 070	1 041	927	1 211	28 270
4	Bilharziose compliquée		52							<10
5	Insuf. cardiaque, tr. du rythme, cardiopathies valvulaires, congénitales graves	54,7%	72	1 437	1 568	1 595	1 480	1 432	1 803	42 180
6	Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	11,3%	57	296	295	282	270	302	325	7 970
7	Déficit immunitaire primitif, infection par le VIH	1,6%	46	177	109	100	107	111	116	2 860
8	Diabète de type 1 et diabète de type 2	28,4%	66	3 723	2 710	2 727	2 656	2 614	2 874	73 940
9	Forme grave des affections neurologiques et musculaires, épilepsie grave	12,2%	46	435	511	508	477	498	582	13 550
10	Hémoglobinopathies, hémolyses, chron. constitutionnelles et acquises sévères	5,1%	29	26	13	9	11	15	14	340
11	Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves	15,2%	50	53	54	53	61	48	54	1 440
12	Hypertension artérielle sévère	49,2%	73	1 655	1 303	1 148	1 207	1 391	1 434	35 570
13	Maladie coronaire	43,4%	71	1 723	1 827	1 847	1 800	1 644	2 060	48 890
14	Insuffisance respiratoire chronique grave	31,9%	62	614	647	646	611	629	719	17 540
15	Maladie d'Alzheimer et autres démences	88,8%	84	497	554	512	622	503	568	14 960
16	Maladie de Parkinson	61,2%	76	179	176	180	177	185	163	4 810
17	Maladies métaboliques héréditaires	12,0%	48	105	239	225	265	206	267	6 410
18	Mucoviscidose	0,7%	22	10	17	19	20	14	16	430
19	Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique	35,3%	63	224	217	199	222	207	235	5 800
20	Paraplégie	12,1%	50	56	62	57	59	63	66	1 630
21	PAN, LEAD, sclérodémie généralisée	28,5%	61	143	163	166	132	165	196	4 470
22	Polyarthrite rhumatoïde	25,8%	63	343	437	438	424	427	466	12 030
23	Affections psychiatriques de longue durée	10,0%	50	1 970	2 696	2 402	2 783	2 709	2 866	72 120
24	Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives	7,1%	47	231	231	245	235	224	225	6 080
25	Sclérose en plaques	4,6%	50	125	139	157	159	129	118	3 720
26	Scoliose structurale évolutive	5,3%	27	46	69	53	94	36	106	1 840
27	Spondylarthrite ankylosante grave	6,7%	51	152	203	209	207	174	238	5 390
28	Suites de transplantation d'organe	7,1%	53	15	17	17	19	20	11	460
29	Tuberculose active, lèpre	17,0%	51	20	20	13	14	25	25	530
30	Tumeur maligne	32,9%	67	3 296	3 611	3 334	3 781	3 461	3 838	98 290
99	Cause médicale d'ALD non précisée	25,8%	57	934						
31	Hors liste	28,9%	55	1 060						
32	Polypathologie	71,9%	78	131						
	Total général *	29,7%	62	15 980						

Source : CnamTS

Champ : Ensemble des bénéficiaires du régime général y compris SLM

Exploitation ARS Bretagne

Annexe 5 : Répartition de la population des personnes âgées de 75 ans et plus

	Nombre de personnes âgées de 75 ans et plus		Part des 75 ans et plus dans la population générale		Evolution de la population entre 2006 et 2012
	2006	2012	2006	2012	
France entière	5 197 519	5 899 023	8,2	9	13,5%
Bretagne	286 483	331 989	9,3	10,3	15,9%
Dpt 22	62 633	72 040	11	12,1	15,0%
Dpt 29	86 550	96 110	9,8	10,7	11,0%
Dpt 35	71 861	85 169	7,6	8,5	18,5%
Dpt 56	65 438	78 670	9,4	10,7	20,2%
TS 1	48 856	54 015	9,1	9,8	10,6%
TS 2	32 228	35 893	10,9	11,9	11,4%
TS 3	27 597	32 543	9,7	11,1	17,9%
TS 4	32 951	40 395	9,2	10,5	22,6%
TS 5	58 742	70 280	7,1	7,9	19,6%
TS 6	27 390	31 593	11	12,3	15,3%
TS 7	42 882	49 600	10,7	11,9	15,7%
TS 8	15 836	17 669	11,6	12,5	11,6%

Source : INSEE Population municipale

Exploitation ARS Bretagne

C'est le département du Finistère qui comptabilise le plus de personnes âgées (96 110 personnes) en Bretagne, suivi par l'Ille-et-Vilaine (85 169 personnes), puis le Morbihan (78 670 personnes) et enfin les Côtes-d'Armor (72 040 personnes). C'est pourtant dans le département des Côtes-d'Armor que la part des personnes âgées est la plus élevée (12,1 %) contre seulement 8,5 % dans le département d'Ille-et-Vilaine. Au niveau de la région, on dénombre 10,3 % de personnes âgées, contre 9 % au niveau national.

La Bretagne connaît une croissance du nombre de personnes de 75 ans et plus importante entre 2006 et 2012 qu'au niveau national, respectivement de +15,9 % contre 13,5 %. C'est le département du Morbihan qui progresse le plus en termes de population âgée (+20,2 %) puis l'Ille-et-Vilaine (+18,5 %), viennent ensuite les Côtes-d'Armor (+15 %) et ensuite le Finistère (+11 %).

Annexe 6 : Taux de consommateurs en fonction du type de recours en 2013

Consommateurs	âgées de 20 à 70 ans			âgées de 70 ans et plus		
	<i>France métrop.</i>	Bretagne	<i>Ecart</i>	<i>France métrop.</i>	Bretagne	<i>Ecart</i>
Poste de consommation						
Médicaments	90,5%	90,3%	-0,2%	95,3%	96,3%	1,0%
Médecine générale	86,6%	88,3%	1,6%	94,1%	95,1%	1,1%
Examens de biologie	55,2%	52,3%	-2,9%	82,2%	80,7%	-1,5%
Médecine de spécialité	70,1%	68,2%	-1,9%	77,1%	77,5%	0,3%
Liste des produits et prestations	47,9%	47,2%	-0,7%	64,3%	64,1%	-0,2%
Soins infirmiers	25,3%	27,8%	2,5%	58,0%	63,9%	5,8%
Soins dentaires	43,6%	46,8%	3,1%	37,0%	39,2%	2,2%
Transports sanitaires	6,3%	7,5%	1,2%	27,2%	28,3%	1,1%
Soins de masso-kinésithérapies	15,3%	18,6%	3,3%	26,9%	27,2%	0,3%
Soins de Ville	100,0%	100,0%		100,0%	100,0%	

Source : CnamTS

Exploitation ARS Bretagne

Champ : Ensemble des bénéficiaires du régime général y compris SLM

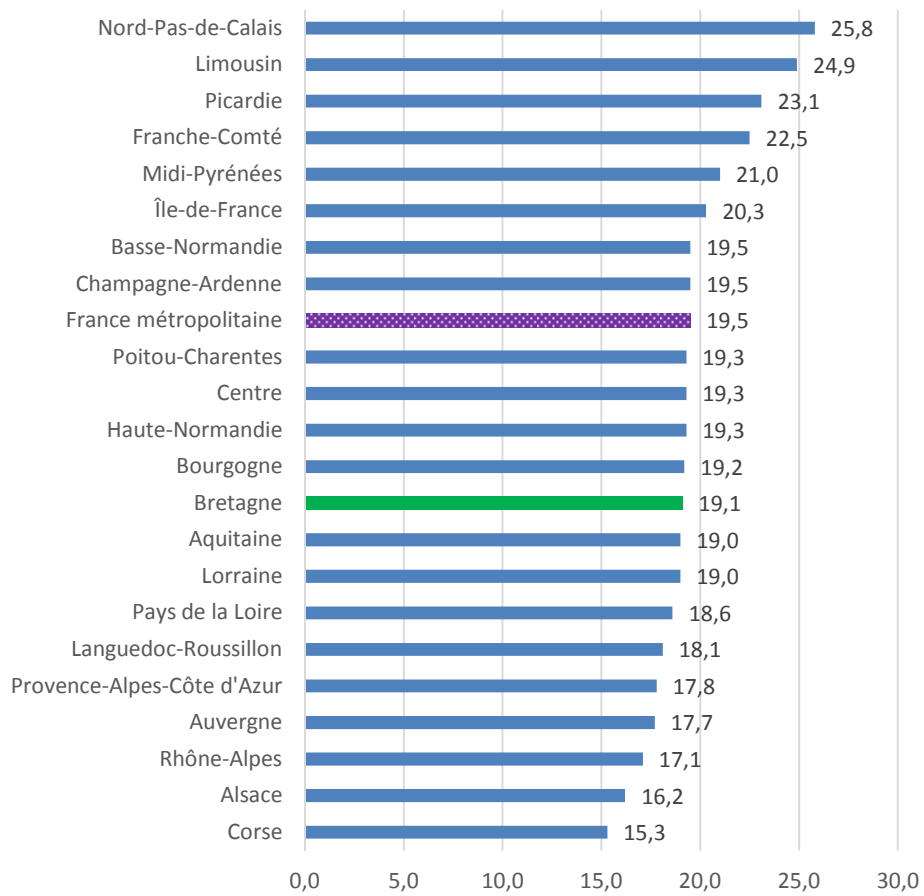
Annexe 7 : Nomenclature des actes réalisés fréquemment par les infirmiers libéraux (AMI et AIS)

Lettre clé	Coefficient	Désignation de l'acte
AIS	3	<p>Séance de soins infirmiers, par séance d'une demi-heure, à raison de 4 au maximum par 24 heures</p> <p><i>La séance de soins infirmiers comprend l'ensemble des actions de soins liées aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie, visant à protéger, maintenir, restaurer ou compenser les capacités d'autonomie de la personne</i></p> <p><i>La cotation forfaitaire par séance inclut l'ensemble des actes relevant de la compétence de l'infirmier réalisés au cours de la séance, la tenue du dossier de soins et de la fiche de liaison éventuelle.</i></p> <p><i>Par dérogation à cette disposition et à l'article 11 B des dispositions générales, la séance de soins infirmiers peut se cumuler avec la cotation d'une perfusion, telle que définie au chapitre 1er ou au chapitre II du présent titre, ou d'un pansement lourd et complexe nécessitant des conditions d'asepsie rigoureuse</i></p> <p><i>La cotation de séances de soins infirmiers est subordonnée à l'élaboration préalable de la démarche de soins infirmiers. Ces séances ne peuvent être prescrites pour une durée supérieure à trois mois. Leur renouvellement nécessite la prescription et l'élaboration d'une nouvelle démarche de soins infirmiers.</i></p>
AIS	4	<p>Séance hebdomadaire de surveillance clinique infirmière et de prévention, par séance d'une demi-heure</p> <p><i>Cet acte comporte :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - la contrôle des principaux paramètres servant à la prévention et à la surveillance de l'état de santé du patient ; - la vérification de l'observance du traitement et de sa planification; - le contrôle des conditions de confort et de sécurité du patient ; - le contrôle de l'adaptation du programme éventuel d'aide personnalisée; - la tenue de la fiche de surveillance et la transmission des informations au médecin traitant ; - la tenue de la fiche de liaison et la transmission des informations à l'entourage ou à la tierce personne qui s'y substitue. <p><i>Cet acte ne peut être coté qu'une fois par semaine. Il ne peut l'être pendant la période durant laquelle sont dispensées des séances de soins infirmiers, ni pendant la mise en oeuvre d'un programme d'aide personnalisée, ni avec des actes incluant une surveillance dans leur cotation. Le cumul avec un autre acte médico-infirmier inscrit au présent titre a lieu conformément à l'article 11 B des dispositions générales.</i></p> <p><i>La cotation des séances de surveillance clinique infirmière et de prévention est subordonnée à l'élaboration préalable de la démarche de soins infirmiers. Ces séances ne peuvent être prescrites pour une durée supérieure à trois mois. Leur renouvellement nécessite la prescription et l'élaboration d'une nouvelle démarche de soins infirmiers.</i></p>
AMI	1	Injection intramusculaire
AMI	1	Administration et surveillance d'une thérapeutique orale au domicile (1) des patients présentant des troubles psychiatriques avec établissement d'une fiche de surveillance, par passage
AMI	2	Injection intraveineuse directe isolée
AMI	3	Changement de sonde urinaire à demeure chez la femme
AMI	4	Pansement d'escarre profonde et étendue atteignant les muscles ou les tendons
AMI	4	Alimentation entérale par voie jéjunale avec sondage de la stomie, y compris le pansement et la surveillance, par séance
AMI	4	Changement de sonde urinaire à demeure chez l'homme

Source : Nomenclature Générale des actes Professionnels (NGAP) du 11 Mars 2005

Annexe 8 : Taux d'équipement Ssiad

Graphique : Taux d'équipement en 2013 en place de Ssiad pour personnes âgées pour 1 000 adultes de 75 ans et plus



Source : STATISS 2013

Exploitation ARS Bretagne

Directeur de la publication : **Olivier de Cadeville**
Directeur de la rédaction : **Hervé Goby**
Rédacteurs : **Dr Anne Lecoq, Florence Mille, Aurélie Quéméner, Enguerrand Lootvoet** (Direction de la stratégie régionale en santé)
Contributeurs : **Dr Christine Guérin, Patrick Zamparutti** (Direction des coopérations territoriales et de la performance), Arnaud Ganne (Direction de la stratégie régionale en santé)
Conception graphique : **ARS Bretagne**
ISSN : 2426-7082
Dépot légal : à parution
Retrouvez toutes nos publications sur notre site : www.ars.bretagne.sante.fr

AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ BRETAGNE

6 place des Colombes
CS 14253
35042 RENNES CEDEX
Téléphone : 02 90 08 80 00



www.facebook.com/arsbretagne

mars 2016