

DOSSIERS solidarité et *santé*



Les soins de suite et de réadaptation en 2008 : patientèle traitée et offre de soins

N° 23
2011



Les soins de suite et de réadaptation (SSR) en hospitalisation complète, en 2008, s'adressent à une patientèle plutôt âgée, majoritairement féminine et prise en charge pour des soins traumatologiques et rhumato-orthopédiques. La durée moyenne de séjour est de 34 jours, mais elle varie en fonction de la morbidité et de la dépendance des patients; 5% des séjours durent plus de 3 mois. À l'admission, près de deux patients sur trois sont globalement autonomes.

L'offre en soins de suite et de réadaptation est assurée par 1 762 établissements dont près de la moitié appartiennent au secteur public. L'activité du secteur privé est prépondérante dans le sud de la France. Les densités de lits et places en SSR varient selon les régions : notamment le Sud-Est apparaît mieux doté mais les écarts tendent à se réduire depuis 2000.

L'activité en SSR représente près de 34 millions de journées en 2008 dont 7% effectuées en hospitalisation à temps partiel. L'activité en hospitalisation complète représente plus d'un million de séjours. Pour répondre à la demande de soins, le personnel soignant employé est en moyenne de 0,52 par lit ou place pour le personnel infirmier et aide-soignant, et de 0,13 pour le personnel de rééducation; ces moyennes varient selon la catégorie d'établissement et le type de prise en charge des patients.

Dr Fabienne Coquelet et Hélène Valdélièvre
DREES

L'année 2008 marque un tournant dans l'organisation des soins de suite, de rééducation et de réadaptation (SSR) avec la publication de décrets relatifs aux conditions d'implantation et de fonctionnement de ces activités. Elle a ainsi été retenue comme année de référence pour dresser un état des lieux de l'offre et des besoins pour cette discipline avant que la réforme ne soit effective¹. Jusque-là, cette activité était organisée en soins de suite d'une part, et en rééducation et réadaptation fonctionnelle d'autre part, toutes deux regroupées au sein de la discipline «moyen séjour». Si ces deux activités de soins étaient encadrées par des indices capacitaires spécifiques² et différaient dans leur organisation et fonctionnement, leurs missions relevaient d'une définition commune³.

Le décret 2008-377 du 17 avril 2008 réunit ces soins en une seule activité de soins de suite et de réadaptation ayant pour objet de «prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion».

C'est l'état du patient et le moment de sa prise en charge, qui déterminent les différentes missions des SSR: l'éducation thérapeutique, la rééducation et l'accompagnement à la réinsertion.

Cette modalité unique d'activité de SSR peut cependant se développer dans le cadre de prises en charge de différents types :

- polyvalentes ;
- spécialisées dans la prise en charge des conséquences fonctionnelles de certaines affections (celles de l'appareil locomoteur, du système nerveux, cardiovasculaires, respiratoires, du système digestif-métabolique-endocrinien, d'onco-hématologie, pour les grands brûlés et les conduites addictives) ou liées au grand âge (personnes âgées à polyopathologies, dépendantes ou à risque de dépendance) ;
- destinées à certaines populations (enfants, adolescents ou adultes).

Compte tenu de ce nouveau contexte juridique et réglementaire, la distinction entre soins de suite et rééducation fonctionnelle, encore effective dans les recueils exploités, n'est donc pas abordée dans cette publication (encadré 1).

Un champ d'activité très large des SSR

La définition des SSR par les décrets 2008-377 et 2008-376 ouvre un champ très large à cette activité, à l'intersection des domaines sanitaire, médico-social, social et des sphères privées du patient. La mise en œuvre des SSR requiert, dans chaque site, des compétences professionnelles variées et complémentaires permettant d'assurer en tant que de besoin des soins médicaux, de rééducation et de réadaptation, de prévention et d'éducation thérapeutique et un accompagnement à la réinsertion sociale, familiale, scolaire ou professionnelle. La spécialisation des prises en charge impose, de plus, une bonne lisibilité du dispositif de SSR afin de faciliter la collaboration entre les équipes et les établissements autour des besoins des patients. La bonne connaissance des acteurs des différents domaines périphériques aux SSR est indispensable pour permettre la fluidité des parcours des patients et la constitution de filières de prise en charge actives. Il s'agit notamment des champs sanitaires (médecine-chirurgie-obstétrique, hospitalisation à domicile, unités de soins de longue durée, psychiatrie, médecine de ville, voire autres SSR), médico-sociaux (établissements, maisons départementales des personnes handicapées, centres locaux d'information et de coordination...), professionnels et scolaires, des services de soins à domicile, des réseaux familiaux, associatifs et d'aïdants.

Les SSR intervenant classiquement dans le parcours des patients à la suite de soins médicaux (hospitaliers ou non) ou chirurgicaux, sont confrontés, comme l'ensemble du système de santé, à l'impact du vieillissement de la population prise en charge. Si leur objectif est de promouvoir la réadaptation et la réinsertion, la prise en charge d'une population vieillissante impose, là aussi, une réflexion sur le rôle des SSR dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

La bonne mise en œuvre des SSR dépend donc, d'une part, de la pertinence de l'analyse des besoins du patient et de son entourage, de la compétence du personnel dans de larges domaines d'intervention, de la bonne connaissance des partenaires et de protocoles collaboratifs performants et, d'autre part, d'une planification de l'offre de soins sanitaire et médico-sociale efficace et lisible.

1. Cf. DREES, *Le panorama des établissements de santé*, Édition 2010, Collection Études et Statistiques, <http://www.sante.gouv.fr/le-panorama-des-etablissements-de-sante-edition-2010.html>; Édition 2011 (à paraître).

2. Ils sont fixés par l'arrêté du 9 décembre 1988: 1,8 lit de moyen séjour pour 1 000 habitants d'une région sanitaire, dont 0,3 à 0,5 lit de réadaptation fonctionnelle.

3. Article L 6111-2 du Code de santé publique (22 juin 2000 au 23 juillet 2009).

En outre, à très court terme, avec la mise en place de la tarification à l'activité prévue pour 2013, les enjeux financiers pour les établissements de SSR sont de taille : il s'agit de passer d'un financement global (dotation globale, prix de journée) à un financement prospectif directement rattaché à l'activité en lien avec la prise en charge du patient.

Une patientèle en hospitalisation complète plutôt âgée et féminine avec des niveaux de dépendance variables

Une évolution favorable de la dépendance au cours du séjour

Le degré de dépendance des patients pour la réalisation de certaines activités de la vie quotidienne est enregistré chaque semaine dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). La dépendance globale est calculée en cumulant les niveaux de cotation des activités de la vie quotidienne dans les domaines physique et cognitif (encadré 2).

À l'admission, 42,6 % des patients sont faiblement dépendants, 24,9 % présentent une dépendance moyenne et 21,1 % une autonomie complète. 11,4 % des patients ont une dépendance forte ou complète (tableau 1). La répartition des patients pris en charge selon leur niveau de dépendance varie avec le statut de l'établissement : les établissements du secteur public accueillent plus de la moitié des patients présentant une dépendance forte ou

complète (contre 30 % pour les établissements du secteur privé à but non lucratif et 18 % pour ceux du secteur privé lucratif) et un peu plus de la moitié des personnes présentant une dépendance moyenne. Les établissements privés à but non lucratif en accueillent environ 30 % et les établissements privés à but lucratif 25 % (graphique 1).

Le niveau de dépendance globale évolue favorablement entre l'admission en hospitalisation et la sortie du patient. Ainsi quel que soit le type d'établissement, la part des patients en autonomie complète est plus élevée à la sortie qu'à l'entrée, alors que la part de ceux moyennement dépendants et dans une moindre mesure celle des patients faiblement dépendants diminuent. C'est notamment le cas pour la dépendance physique, l'amélioration de la dépendance cognitive restant modeste. Cette évolution favorable du niveau de dépendance pendant l'hospitalisation en SSR avait déjà été mise en évidence pour les accidents vasculaires cérébraux (AVC)⁴.

La situation entre l'admission et la sortie des patients de plus de 70 ans en hospitalisation complète est marquée par une augmentation de la proportion de patients autonomes ou faiblement dépendants et une diminution parallèle de celle de patients moyennement dépendants. Pour les patients plus jeunes, la part de ceux en autonomie complète augmente également, à l'inverse des patients faiblement ou moyennement dépendants (graphique 2).

Les gains d'autonomie relatifs à l'hospitalisation complète sont toutefois susceptibles d'être sous-estimés pour différentes raisons, notamment du fait d'un défaut de réévaluation du niveau de dépendance en cours de séjour, mais aussi en raison de l'organisation des prises en charge. En effet, selon les pratiques des soignants ou l'état

4. « Accidents vasculaires cérébraux. État des lieux : apports du PMSI MCO et du PMSI SSR », Christine de Peretti, Francis Chin, Javier Nicolau, InVS France Woimant, SFNV, coordinateur AVC ARHIF, hôpital Lariboisière – Annexe 11, juin 2009.

TABLEAU 1

Évolution de la dépendance globale des patients entre la sortie et l'entrée en séjour

Entrée	Sortie	Autonomie complète	Dépendance faible	Dépendance moyenne	Dépendance forte/complète	Ensemble
Autonomie complète		19,1	1,8	0,2	0,1	21,1
Dépendance faible		6,0	34,8	1,7	0,2	42,6
Dépendance moyenne		0,8	6,5	16,4	1,3	24,9
Dépendance forte/complète		0,1	0,5	1,9	8,8	11,4
Ensemble		26,0	43,5	20,2	10,3	100,0

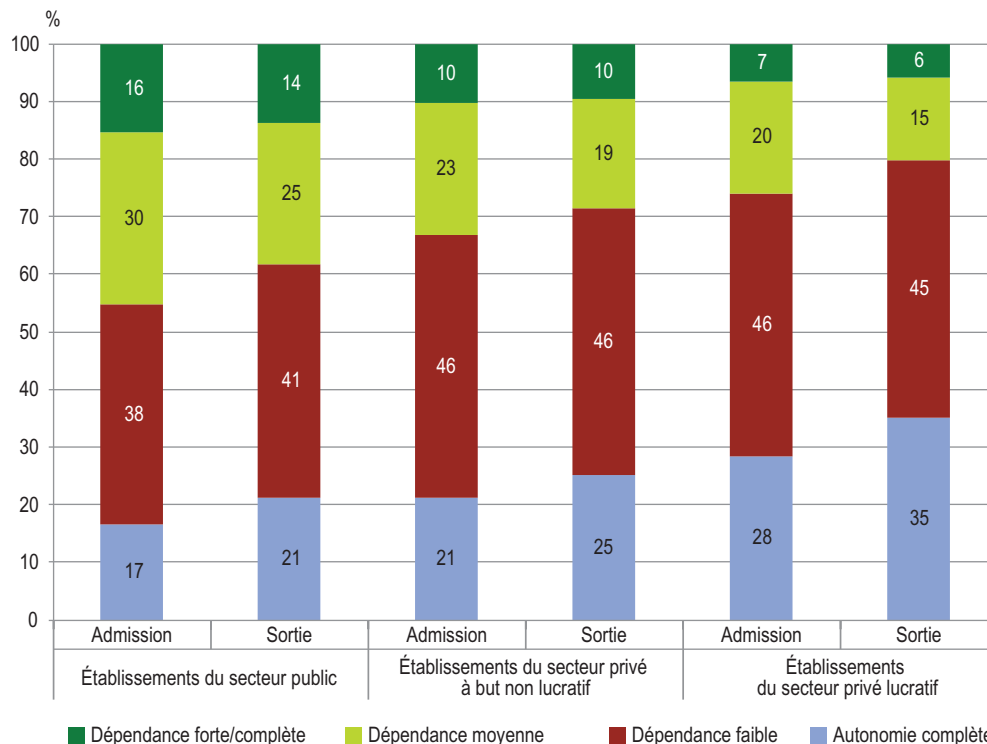
Lecture • 21,1 % des séjours concernent des patients en autonomie complète à leur admission, et 26 % des séjours concernent des patients en autonomie complète à leur sortie. 34,8 % des séjours sont des séjours pour lesquels les patients sont en dépendance faible à leur admission et à leur sortie.

Champ • France entière, séjours 2008 hors patients décédés durant le séjour, hors maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires.

Sources • ATIH, PMSI-SSR 2008, DREES, SAE 2008, traitements DREES.

GRAPHIQUE 1

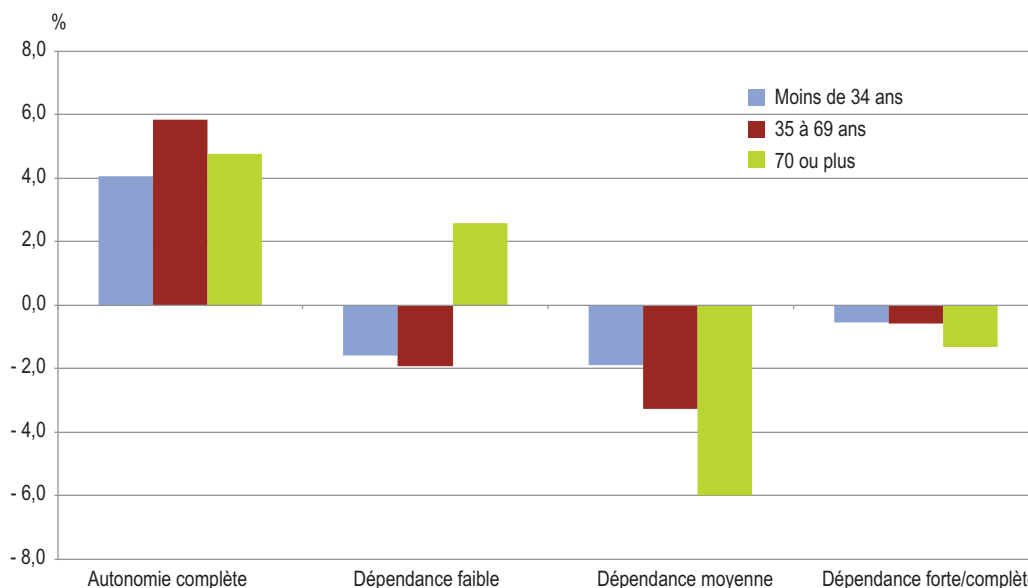
Répartition des séjours en SSR selon la dépendance globale des patients et le statut des établissements



Champ • France entière, séjours 2008 hors patients décédés durant le séjour, hors maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires.
Sources • ATIH, PMSI-SSR 2008, DREES, SAE 2008, traitements DREES.

GRAPHIQUE 2

Évolution de la part des niveaux de dépendance entre l'admission et la sortie du patient, selon l'âge des patients admis en hospitalisation complète de SSR



Champ • France entière, séjours 2008 hors patients décédés durant le séjour, hors maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires.
Sources • ATIH, PMSI-SSR 2008, DREES, SAE 2008, traitements DREES.

de santé des patients, certaines prises en charge ne seront réalisées qu'en hospitalisation complète, alors qu'ailleurs, elles seront suivies d'une hospitalisation de jour, induisant dans ce cas un moindre gain d'autonomie pour la première séquence de la prise en charge.

Une patientèle âgée et majoritairement féminine

58% des patients sont des femmes. Cette répartition est similaire dans les établissements du secteur privé à but lucratif et du secteur public (près de 60% de femmes). Les établissements du secteur privé à but non lucratif accueillent en revanche un peu plus d'hommes (45%).

La moitié des patients pris en charge en SSR ont plus de 75 ans, 40% ont entre 40 ans et 75 ans et 10% ont moins de 40 ans. L'âge moyen des patients pris en charge en SSR est de 68,7 ans. Les établissements du secteur public et ceux du privé à but lucratif accueillent des patients plus âgés (respectivement de 73,4 ans et 68,5 ans en moyenne) que ceux du secteur privé à but non lucratif (62,6 ans).

Les établissements du secteur public accueillent la majorité des patients très âgés et notamment la moitié des plus de 80 ans (graphique 3). La patientèle des établissements du secteur privé à but non lucratif est plus jeune : ces établissements accueillent 48% de l'ensemble des patients de moins de 50 ans (contre 26% pour

ENCADRÉ 1

Les sources en soins de suite et réadaptation

L'activité en soins de suite et de réadaptation (SSR) décrite ici concerne celle des établissements de santé autorisés en soins de suite ou de réadaptation, encore dénommée activité de « moyen séjour », telle qu'elle était définie dans le décret du 26 novembre 2004. Jusqu'en 2008, elle visait les groupes de disciplines sanitaires comme les maladies à évolution prolongée, la rééducation fonctionnelle et la réadaptation, la convalescence et le repos, le régime, les cures... (cf. encadré 2). Depuis le décret du 17 avril 2008, les conditions techniques de fonctionnement et d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation ont évolué : on ne distingue plus les soins de suite de ceux de rééducation et réadaptation mais, d'une part, les prises en charge spécialisées des conséquences fonctionnelles d'un certain nombre d'affections (appareil locomoteur, système nerveux, cardiovasculaire...) et, d'autre part, les prises en charge de populations (enfants, adolescents et personnes âgées). La distinction entre soins de suite et rééducation-réadaptation n'est donc pas abordée dans cette publication.

Les deux sources exploitées

- Le PMSI-SSR permet de mesurer l'activité des structures exerçant une activité en soins de suite et réadaptation et de disposer chaque année, aux niveaux national et régional, d'une description des caractéristiques des patients et des prises en charge.
- La Statistique annuelle des établissements (SAE) de la DREES, permet de dénombrer, de façon quasi exhaustive, les établissements de soins de suite et de réadaptation et met en regard l'activité de ces établissements (mesurée en entrées et journées en hospitalisation complète, venues en hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production (lits, places, équipements, personnel) mis en œuvre pour produire cette activité.

Le recueil PMSI-SSR

Les établissements de santé, publics ou privés, ayant une activité en soins de suite ou de réadaptation doivent produire des résumés hebdomadaires standardisés (RHS), assortis de volets identifiant les patients et leurs mouvements, pour tous les patients pris en charge dans des unités médicales de SSR, en hospitalisation complète, de semaine, de jour et de nuit, ainsi qu'en traitements et cures ambulatoires. L'activité en SSR ne fait pour l'instant pas l'objet d'une tarification à l'activité.

Le PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) en SSR recueille des informations relatives au patient (sexe, âge, lieu de résidence, morbidité, degré de dépendance) et aux soins réalisés (actes médico-techniques et de rééducation-réadaptation).

La morbidité est détaillée grâce au recueil des informations suivantes :

- la finalité principale de prise en charge (FPPC) qui définit le type de soins dont a principalement bénéficié le patient ;
- la manifestation morbide principale (MMP) qui est l'altération ou le problème de santé fonctionnel ou organique sur laquelle ou lequel s'exerce l'action précédente, et qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant ;
- l'affection étiologique (AE) est celle qui est à l'origine de la MMP ;
- les diagnostics associés significatifs (DAS) qui sont « tout problème de santé coexistant avec la morbidité principale » ayant donné lieu à une prise en charge effective (investigation, traitement...) du fait d'une affection nouvelle ou préexistante ou du fait de conditions familiales, sociales ou économiques ayant justifié une prise en charge particulière identifiable.

Exemple : un patient est pris en charge en rééducation (FPPC) pour traiter une hémiplégié (MMP) faisant suite à un AVC (AE).

Pour décrire la morbidité, nous avons reconstitué un pseudo-diagnostic en prenant la manifestation morbide principale comme variable descriptive ou, le cas échéant, l'affection étiologique (voire la finalité principale de prise en charge si aucune des deux autres n'est renseignée).

La dépendance est recueillie grâce aux variables mesurant le degré d'autonomie physique et cognitive des patients dans les actions de la vie quotidienne (cf. encadré 2).

Toutes ces informations composent le résumé hebdomadaire standardisé (RHS), et font l'objet d'un traitement algorithmique permettant de regrouper les RHS en un nombre limité d'ensembles, cohérents sur le plan médical et sur le plan des ressources mobilisées, appelés les Groupes homogènes de journées (GHJ). Les 279 GHJ sont répartis dans les 14 catégories majeures cliniques (CMC) qui correspondent le plus souvent à un système fonctionnel. Les algorithmes qui orientent les RHS dans les CMC puis les GHJ examinent d'abord la finalité principale de prise en charge, la manifestation morbide principale et l'affection étiologique, puis l'âge, le caractère « classant » de la prise en charge, la morbidité dominante et enfin la dépendance.

ceux du secteur public et du secteur privé à but lucratif) et, plus particulièrement, ils assurent les soins de suite et de réadaptation de 75 % de l'ensemble des patients de moins de 15 ans.

Des prises en charges principalement rééducatives pour des soins post-traumatiques et rhumato-orthopédiques

La finalité principale de prise en charge⁵ (FPPC) du séjour, décrite dans le résumé heb-

domadaire anonyme (RHA)⁶ d'admission, concerne majoritairement des soins impliquant une rééducation (52 %). Viennent ensuite la convalescence (20 %) et les autres soins médicaux (18 %) – radiothérapie, chimiothérapie, transfusion sanguine, soins palliatifs et oxygénothérapie hyperbare. Les conseils et avis médicaux (diététiques ou pour alcoolisme) et les soins de contrôle chirurgicaux concernent chacun 3 % des séjours à l'admission (graphique 4).

Quel que soit le statut juridique de l'établissement, les séjours réalisés suivent globalement cette répartition, avec une part toujours prépondérante de séjours motivés par la rééducation.

5. Ce qui a été fait au patient durant la semaine considérée, rééducation, convalescence...

6. Le résumé hebdomadaire anonyme est produit à la fin de chaque semaine calendaire du séjour d'un patient. Il décrit les jours de présence du patient, ses caractéristiques de morbidité et de dépendance, ainsi que certains actes médicaux et activités de rééducation-réadaptation. Le RHA d'admission concerne l'état du patient tel qu'il est décrit au moment de sa prise en charge par l'établissement.

La nomenclature utilisée pour le codage des variables de morbidité est la classification internationale des maladies (CIM, version 10) de l'OMS, la classification commune des actes médico-techniques (CCAM) pour les actes médico-techniques et le catalogue des activités de rééducation-réadaptation (CdARR) pour les actes de rééducation-réadaptation.

Les traitements statistiques effectués à partir du PMSI-SSR et de la SAE

Afin d'enrichir le recueil PMSI par des données d'établissements de SSR sur les facteurs de production associés, il est rapproché des données de la statistique annuelle des établissements (SAE) ce qui permet de disposer d'une base de données unique. Les données du PMSI-SSR sont également rapprochées de celles de la SAE afin d'améliorer la couverture du recueil.

Ainsi, le premier niveau de cohérence vérifié est celui du nombre de structures exerçant une activité en soins de suite et de réadaptation. En 2008, certains établissements n'ont pas fourni un recueil valide, alors qu'ils sont censés le faire : le taux de couverture du PMSI est ainsi estimé à 96,3 %. Pour corriger cette non-réponse, un calage sur l'activité mesurée dans la SAE est réalisé par strate d'établissements (croisement du statut juridique, du type d'établissement et du département d'implantation). Ce redressement est nécessaire pour permettre la comparaison d'une année sur l'autre des niveaux d'activité.

Le recueil PMSI fournit des indications sur la présence des patients pour chaque journée de chaque semaine du séjour. En hospitalisation complète, pour l'année considérée, le défaut de renseignement sur des jours de présence pour certaines séquences conduit à sous-estimer le volume d'activité de l'établissement : les séquences incomplètes sont donc corrigées et des séjours complets sont reconstitués à partir des résumés de chaque semaine de prise en charge.

Au final, les résultats issus du PMSI sont donc des données statistiques, c'est-à-dire pondérées, afin de tenir compte de la non-réponse totale et de la non-réponse partielle des établissements.

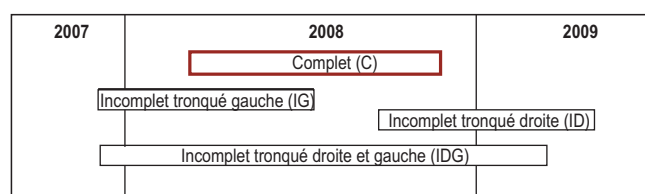
Calcul des journées : les différences entre le PMSI et la SAE

Des écarts peuvent exister entre les deux sources, du fait que la SAE mesure les séjours commencés dans l'année alors que le PMSI-SSR concerne tous les séjours pour lesquels au moins une semaine d'hospitalisation porte sur l'année considérée.

Dans certains cas, le décompte des journées diffère notamment sur le jour de sortie de l'établissement d'hospitalisation en SSR : dans le cas du transfert d'établissement d'un patient ou dans le cas de la mutation d'un patient dans un service différent de celui de SSR, le PMSI-SSR compte le jour du transfert ou de cette mutation à la fois dans l'unité de départ et dans l'unité d'accueil, alors que la SAE ne le comptabilise qu'une fois. En revanche, le décompte est le même entre le PMSI-SSR et la SAE en cas de mutation de patients au sein du champ SSR dans la même structure hospitalière, en cas de décès du patient ou de retour du patient à domicile.

Le calcul des séjours selon le PMSI

Type de séjour	Tronqué	Effectifs bruts	Effectifs pondérés
Complet		828 847	861 133
Incomplet	Droite	64 361	66 085
Incomplet	Gauche	74 500	77 136
Incomplet	Gauche et Droite	2 359	2 473
Incomplet	Indéterminé	25 526	27 567
Total des séjours		995 593	1 034 394



L'âge et le sexe des patients ont été étudiés à partir des informations relatives aux séjours réalisés en 2008, qu'ils aient débutés en 2007 ou en 2008 ; les caractéristiques des séjours sont celles des patients décrites au résumé hebdomadaire anonyme (RHA) d'admission, soit 995 593 séjours. On dénombre 861 133 séjours complets.

En ce qui concerne le classement des séjours dans les catégories majeures cliniques (CMC), le type de prise en charge (lourde ou très lourde), et la finalité principale de prise en charge (FPPC) et la morbidité, seuls les séjours débutés en 2008 (terminés ou non durant cette année-là) ont été pris en compte soit 927 217 séjours. Les caractéristiques des séjours sont celles des RHA d'admission des patients.

La dépendance des patients a été étudiée à partir des séjours débutés et terminés en 2008 (les séjours qui se terminent par le décès du patient sont exclus).

Au-delà de l'activité de rééducation, des spécificités se dégagent selon le type d'établissement d'accueil (graphique 5) :

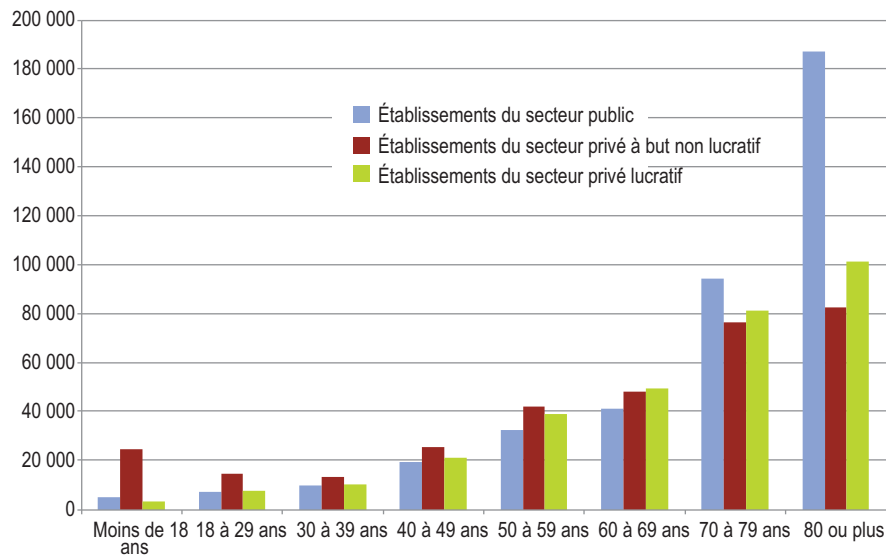
- Les établissements du secteur public développent les prises en charge liées à la réalisation d'autres soins médicaux tels que la radiothérapie, la chimiothérapie ou les soins palliatifs, ainsi que la convalescence ;
- Les finalités principales de prise en charge des séjours en établissements du secteur privé lucratif relèvent surtout de la convalescence ;

- le secteur privé non lucratif développe, à parts égales, des prises en charge de convalescence et les autres soins médicaux.

Les séjours réalisés pour avis et conseils (diététiques et pour alcoolisme), ainsi que pour des soins de contrôle chirurgicaux, sont quant à eux principalement réalisés dans les établissements de santé privés, les établissements du secteur public réalisant la majorité des séjours pour pathologie aiguë au moment de l'admission (pathologies cardio-circulatoires, respiratoires et symptômes divers).

GRAPHIQUE 3

Répartition des séjours réalisés en hospitalisation complète en SSR, selon l'âge des patients et le statut de l'établissement d'accueil

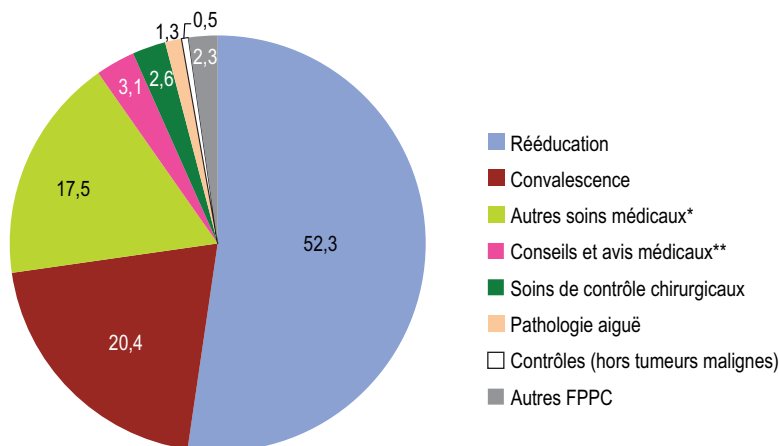


Champ • France entière, hors maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires.

Sources • ATIH, PMSI-SSR 2008, DREES, SAE 2008, traitements DREES.

GRAPHIQUE 4

Répartition des séjours selon la finalité principale de prise en charge (FPPC) à l'admission du patient en hospitalisation complète en SSR



* Radiothérapie, chimiothérapie, transfusions sanguines, soins palliatifs, oxygénothérapie hyperbare.

** Diététiques, pour alcoolisme.

Champ • France entière, hors maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires.

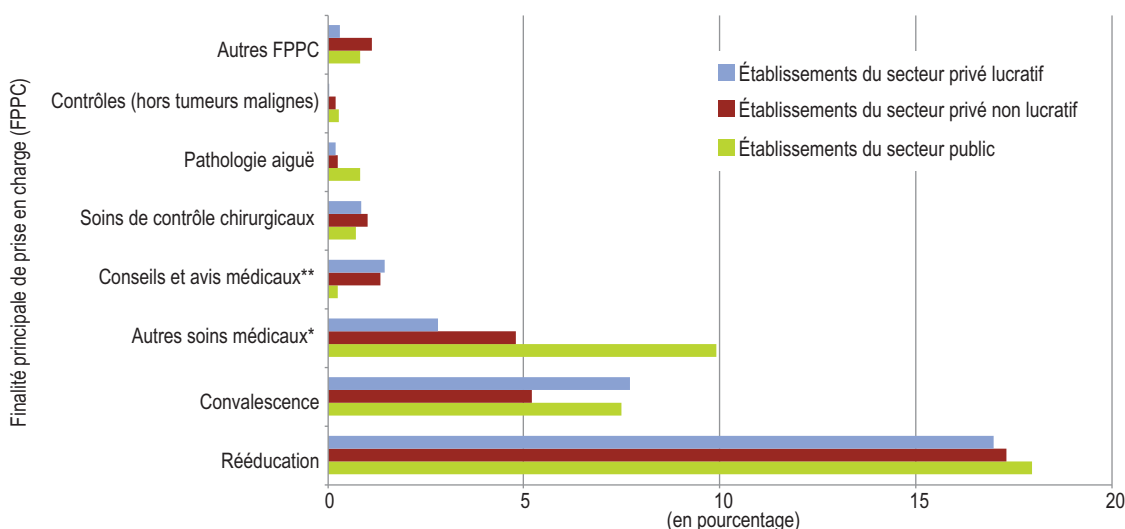
Sources • ATIH, PMSI-SSR 2008, DREES, SAE 2008, traitements DREES.

La rééducation reste le motif majoritaire de prise en charge à l'admission quel que soit l'âge des patients. Elle est, à plus de 60%, le premier motif de prise en charge des patients âgés de moins de 70 ans (77% pour les patients de 16 à 34 ans). La convalescence, les autres soins

médicaux et les soins de contrôles chirurgicaux interviennent de manière notable autour de 50 ans et augmentent avec l'avancée en âge (graphique 6). Les conseils et avis médicaux sont surtout délivrés aux patients âgés de 50 à 69 ans puis à ceux, plus jeunes, de 35 à 49 ans.

GRAPHIQUE 5

Répartition des finalités principales de prise en charge (FPPC) à l'admission en hospitalisation complète en SSR, selon le statut juridique de l'établissement d'accueil



* Radiothérapie, chimiothérapie, transfusions sanguines, soins palliatifs, oxygénothérapie hyperbare.

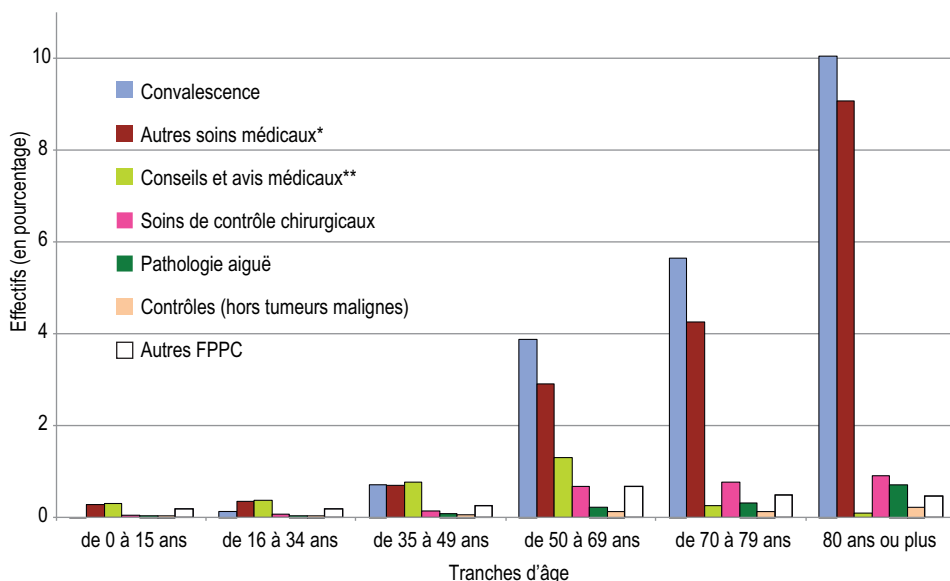
** Diététiques, pour alcoolisme.

Champ • France entière, hors maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires.

Sources • ATIH, PMSI-SSR 2008, DREES, SAE 2008, traitements DREES.

GRAPHIQUE 6

Répartition des finalités principales de prise en charge (FPPC, hors rééducation) à l'admission en hospitalisation complète en SSR, selon l'âge des patients



* Radiothérapie, chimiothérapie, transfusions sanguines, soins palliatifs, oxygénothérapie hyperbare.

** Diététiques, pour alcoolisme.

Champ • France entière, hors maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires.

Sources • ATIH, PMSI-SSR 2008, DREES, SAE 2008, traitements DREES.

Quel que soit le statut juridique de l'établissement d'accueil, huit séjours sur dix sont orientés, à l'admission, dans l'une des six catégories majeures cliniques⁷ (CMC) de poursuites de soins médicaux suivantes : « rhumato-orthopédiques », « cardiovasculaires et respiratoires », « neuromusculaires », « post-traumatiques », « viscéraux » et « santé mentale » (graphique 7). Près de la moitié des séjours orientés en poursuites de soins médicaux « neuromusculaires » et de « santé mentale » sont réalisés par les établissements du secteur public. Les séjours orientés en « réadaptation/réinsertion », en « gériatrie aiguë », en « attente de placement » ou en « soins palliatifs » sont également réalisés pour plus de la moitié d'entre eux dans le secteur public. À l'inverse, les établissements du secteur privé réalisent les trois quarts des séjours classés en poursuites de soins médicaux « rhumato-orthopédiques ».

Les séjours orientés dans un groupe homogène de journées (GHJ) [sous catégorie des CMC, cf. encadré 2] avec notion de « prise en charge clinique lourde ou très lourde » représentent 5,3 % des résumés hebdomadaires anonymes (RHA) à l'admission ; ces séjours sont essentiellement réalisés dans les structures du sec-

teur privé à but non lucratif (46 %) et les établissements du secteur public (34 %).

Des affections à l'origine des soins différentes pour les hommes et les femmes

Les affections qui entraînent l'hospitalisation complète en SSR ne sont pas les mêmes pour les hommes et les femmes (graphique 8).

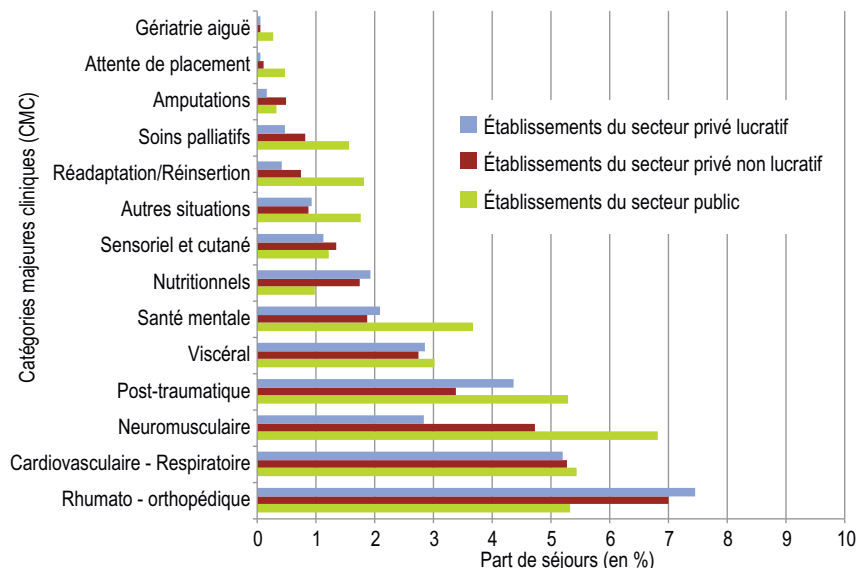
Pour les hommes, viennent d'abord les affections cardiovasculaires, ensuite celles du système ostéo-articulaire (arthrose), les lésions traumatiques, puis les maladies du système nerveux et les troubles mentaux. Pour les femmes, les séjours sont d'abord motivés par des affections du système ostéo-articulaire et des lésions traumatiques, puis par les affections cardiovasculaires.

Les séjours liés à une pathologie digestive, endocrinienne et métabolique ou dus à des symptômes divers sont en outre plus fréquents pour les femmes.

7. Qui décrivent un grand cadre de prise en charge des patients.

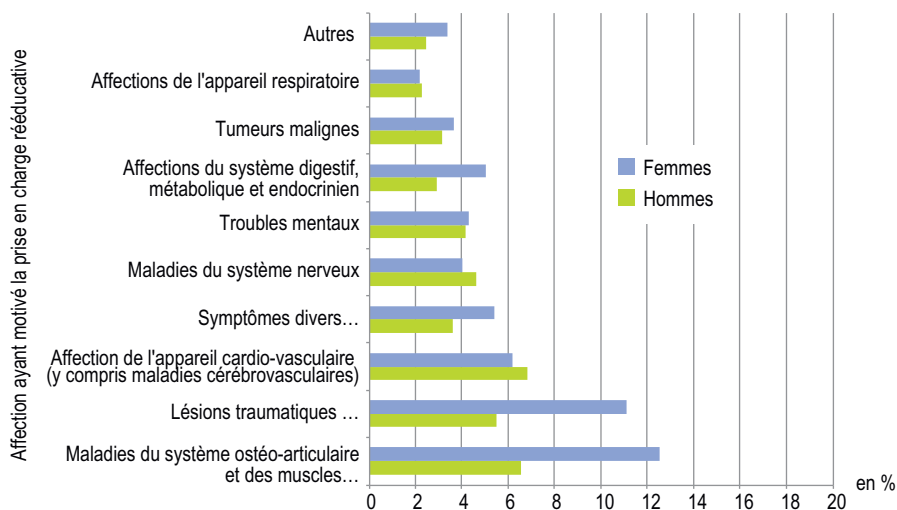
GRAPHIQUE 7

Répartition des séjours réalisés en hospitalisation complète en SSR, selon la catégorie majeure clinique (CMC) du séjour et le statut de l'établissement



GRAPHIQUE 8

Morbidity déclarée à l'admission en hospitalisation complète en SSR, selon le sexe



Champ • France entière, hors maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires.

Sources • ATIH, PMSI-SSR 2008, DREES, SAE 2008, traitements DREES.

Un séjour sur cinq lié à la traumatologie chez les jeunes adultes et les 80 ans ou plus

La morbidité des patients admis en soins de suite et de réadaptation (encadré 1) est assez hétérogène et varie essentiellement selon l'âge des patients (tableau 2).

Les séjours des jeunes patients de moins de 15 ans sont motivés par des maladies du système nerveux (paralysies cérébrales dans 19% des cas) ou des affections endocriniennes (obésité, 17%, et diabète, 4%) et des troubles mentaux, notamment des troubles du développement psychologique, du comportement, et des troubles émotionnels apparaissant dans l'enfance et l'adolescence (7%).

Ceux des adolescents et jeunes adultes sont principalement liés à des lésions traumatiques (21%) et des maladies du système nerveux (essentiellement des paralysies cérébrales dans 18% des cas). L'obésité (9%) et les troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool ou de substances psychoactives (8%) représentent en outre une part importante de la morbidité pour cette classe d'âge, ainsi que les maladies du système ostéo-articulaire (notamment les lésions internes du genou dans 6% des cas).

Les pathologies des adultes de 35 à 49 ans concernent le plus souvent les troubles mentaux (22%), essentiellement liés à la consommation d'alcool ou de substance psychoactives

(18%), les maladies du système ostéo-articulaire (19%), notamment des dorsalgies, les atteintes des disques intervertébraux et autres arthropathies, puis des maladies du système nerveux, principalement des paralysies cérébrales (10%). Les lésions traumatiques représentent 10% des cas, suivies par les affections de l'appareil cardiovasculaire (8%), notamment les cardiopathies ischémiques (4%), et par l'obésité dans 6% des cas.

Entre 50 et 69 ans, dominent les maladies du système ostéo-articulaire (24%), avec notamment la gonarthrose et la coxarthrose (arthroses du genou et de la hanche). Suivent les affections cardiovasculaires (notamment les cardiopathies ischémiques dans 6% des cas), les affections du système nerveux (paralysies cérébrales dans 8% des cas), les lésions traumatiques (8%) et l'obésité (5%).

De 70 à 79 ans, les maladies du système ostéo-articulaires prédominent toujours (25% des cas) avec, notamment, la gonarthrose et la coxarthrose. Suivent les affections cardiovasculaires (14%), notamment celles autres que les cardiopathies ischémiques (7%), les lésions traumatiques (12%) et les tumeurs malignes (9%). Les symptômes divers commencent à apparaître (8%), anomalie de la marche et malaises ou fatigue.

Les séjours des patients de plus de 80 ans sont motivés par des lésions traumatiques (20%) et par les affections cardiovasculaires (16%),

notamment celles autres que les cardiopathies ischémiques (9%), puis par des symptômes divers (14%), principalement les anomalies de la démarche (6%), et par les démences, y compris celle d'Alzheimer (5%).

Des durées de séjours liées à la morbidité et à la dépendance

La moitié des séjours durent moins d'un mois

La durée moyenne de séjour en SSR est de 34,8 jours avec 50% de séjours d'une durée inférieure à 27 jours, et 95% de moins de 3 mois (tableau 3).

Les durées de séjours complets sont liées au type de prise en charge et à l'âge du patient. Les durées moyennes les plus élevées concernent les patients âgés de 16 à 34 ans pris en charge en soins palliatifs (100 jours en moyenne). Les poursuites de soins neuromusculaires sont les séjours en moyenne les plus longs, d'une durée d'au moins 40 jours quel que soit l'âge des patients. Pour les soins cardiovasculaires, les soins viscéraux et les soins rhumato-orthopédiques, les prises en charge des moins de 16 ans sont en moyenne plus longues que celles des adultes. Pour la durée médiane, l'effet âge est plus marqué avec une durée médiane croissante selon l'âge pour l'ensemble des prises en charge, à l'exception des soins palliatifs.

Les durées moyennes reflètent les effets croisés de l'âge, de la dépendance ou du type de prise en charge. Si l'on isole l'effet de la dépendance («toutes choses égales par ailleurs»), il apparaît qu'à l'admission une dépendance globale, de moyenne à élevée, conduit à un allongement de la durée de séjour de 22 à 33% par rapport à des patients quasiment autonomes (encadré 3). Par ailleurs, l'évolution du niveau de dépendance entre l'admission et la sortie en SSR apparaît également corrélée à la durée de séjour, une récupération optimale pouvant, en effet, prendre du temps. Néanmoins, le niveau d'autonomie nécessaire à la sortie de SSR du patient dépend fortement de la structure d'accueil au retour

(EHPAD, domicile) et de son entourage (famille, aidants...). Cependant ces variables de contexte ne sont pas disponibles dans les recueils.

Plus rarement, le séjour peut également se prolonger dans le cas où le niveau de dépendance se détériore: il s'agit vraisemblablement de patients qui présentent des complications en cours de séjour entraînant une prolongation de l'hospitalisation. Les patients hospitalisés pour des prises en charge lourdes ou très lourdes ont aussi des durées de séjours plus longues. Toutes choses égales par ailleurs, les femmes ont, en outre, une durée de séjour plus longue que les hommes.

En termes de statut de l'établissement de SSR, la durée moyenne de séjour apparaît légèrement supérieure dans le secteur privé à but non lucratif (36,2 jours) que dans le secteur privé lucratif (33,5 jours). La durée moyenne de séjour dans le secteur public est quant à elle équivalente à la durée moyenne tous secteurs confondus (34,8 jours). Une fois tenu compte des différences de structure d'âge, de sexe, de dépendance et de prise en charge, la durée moyenne de séjour est supérieure de 8,5% dans le secteur privé lucratif ou non lucratif par rapport au secteur public (écart de 8,5% à 9,1%) [encadré 3].

Dans le PMSI, la variable de dépendance mesure, chaque semaine, le niveau de dépendance des patients pour des activités de la vie quotidienne, dépendance qui est due à la pathologie ayant motivé le séjour en SSR, éventuellement aggravée par une dépendance préexistante (voire une décompensation de l'état général à la suite de l'événement). Par exemple, un patient pris en charge en rééducation à la suite d'une fracture du fémur peut, par ailleurs, être atteint de démence et voir celle-ci s'aggraver du fait de l'accident, et ne plus être capable dans ce cas d'effectuer certains actes de la vie quotidienne, sans qu'il existe un lien direct avec le handicap physique dû à la fracture. Ces besoins d'assistance supplémentaires influent également sur la durée de séjour. Ainsi la durée moyenne des séjours pour rééducation après ostéosynthèse d'une fracture diaphysaire du fémur varie de 41 jours (pour les patients n'ayant quasiment pas besoin d'assistance en dehors du déplacement) à plus de 50 jours (pour ceux ayant besoin d'aide pour au moins deux autres activités) [graphique 9].

TABLEAU 2

Nombre de séjours en hospitalisation complète en SSR, selon la morbidité déclarée à l'admission et l'âge des patients

Regroupement morbidité	0 à 15 ans	16 à 34 ans	35 à 49 ans	50 à 69 ans	70 à 79 ans	80 ans ou plus	Ensemble
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	2 859	7 928	14 175	54 105	57 300	40 721	177 090
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	1 575	10 482	9 042	24 713	34 350	73 481	153 643
Affection de l'appareil cardio-vasculaire y compris maladies cérébrovasculaires (accidents ischémiques transitoires, syndrome vasculaire au cours de maladies cérébrovasculaires)	282	1 040	5 958	30 047	31 952	51 552	120 832
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	1 681	2 032	4 057	13 233	18 153	44 799	83 954
Maladies du système nerveux	5 533	9 368	10 389	24 390	15 816	14 940	80 436
Troubles mentaux	1 631	4 936	17 151	16 661	11 435	26 534	78 347
Affections du système digestif, métabolique et endocrinien	5 584	4 303	7 517	23 609	14 201	18 902	74 116
Tumeurs malignes	348	448	2 846	20 196	19 771	19 422	63 032
Affections de l'appareil respiratoire	1306	601	1 488	9 792	10 836	17 408	41 431
Maladies des organes génito-urinaires	123	106	401	2 253	3 866	6 362	13 110
Affection de la peau et des tissus sous-cutanés	71	237	538	1 706	1 960	3 848	8 361
Maladies infectieuses et parasitaires	48	324	861	1 324	1 509	3 269	7 334
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	294	140	462	1 672	1 766	2 884	7 218
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	227	89	141	663	1 150	2 887	5 157
Tumeurs bénignes et tumeurs autres et de nature non précisée	62	107	462	1 242	1 259	1 589	4 721
Maladies de l'œil et de ses annexes, de l'oreille de l'apophyse mastoïde	192	106	153	559	887	1 772	3 670
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale, malformations congénitales et anomalies chromosomiques	1 017	534	300	415	170	115	2 551
Non précisé	13	57	288	460	493	685	1 996
Grossesse, accouchement et puerpéralité	28	136	41	1	5	4	215
Total	22 875	42 974	76 271	227 041	226 878	331 175	927 213*

*La morbidité est manquante pour 4 séjours.

Champ • France entière, hors maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires.

Sources • ATIH, PMSI-SSR 2008, DREES, SAE 2008, traitements DREES.

TABLEAU 3

Durées des séjours complets en fonction de l'âge du patient et de la catégorie majeure clinique (CMC) à l'admission en SSR

	Moins de 16 ans	16 à 34 ans	35 à 49 ans	50 à 69 ans	70 à 79 ans	80 ans ou plus	Ensemble
Durée moyenne de séjour en jours par CMC							
Poursuite de soins cardio-vasculaires/respiratoires	53,7	30,1	24,0	25,8	28,3	30,9	28,8
Poursuite de soins neuro-musculaires	39,9	52,2	54,5	50,1	43,2	39,1	45,2
Poursuite de soins en santé mentale	55,1	36,8	33,5	33,9	38,1	39,6	36,6
Poursuite de soins sensoriels et cutanés	25,0	37,0	37,1	35,8	34,2	36,5	35,6
Poursuite de soins viscéraux	42,4	28,7	27,9	28,2	28,6	30,3	29,3
Poursuite de soins rhumato/orthopédiques	33,3	25,8	27,9	28,4	28,9	32,4	29,4
Poursuite de soins post-traumatiques	35,1	34,4	42,3	44,7	43,2	44,0	43,1
Poursuite de soins amputations	27,0	39,7	46,8	52,8	51,4	50,3	50,5
Soins palliatifs	34,1	100,8	39,2	31,8	31,4	29,8	31,1
Réadaptation/réinsertion	31,8	33,5	33,5	35,0	34,9	36,1	35,4
Poursuite de soins nutritionnels	46,4	32,1	27,0	28,3	30,7	34,8	31,9
Autres situations	43,5	31,6	30,0	33,4	32,5	33,5	33,3
Ensemble	41,8	37,4	35,1	33,5	33,4	35,9	34,8
Durée médiane	19	23	26	25	26	29	27

Champ • France entière, hors maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires.

Sources • ATIH, PMSI-SSR 2008, DREES, SAE 2008, traitements DREES.

ENCADRÉ 2

Définitions et indicateurs

Activité : elle est mesurée par le cumul des journées d'hospitalisation complète et partielle et par le cumul des séjours.

Activité en hospitalisation partielle : la part de l'activité en hospitalisation partielle correspond aux jours d'hospitalisation partielle rapportés à l'activité totale.

Capacités : il s'agit des capacités au 31 décembre 2008.

Capacités en hospitalisation partielle : la part des capacités consacrée à l'hospitalisation partielle correspond au nombre de places rapportées au nombre total des lits et places.

Densités de capacités : les capacités de la région sont rapportées à 100 000 personnes de 50 ans ou plus de la région. Les capacités des établissements sous tutelle des assistantes publiques, situés hors de la région de leur tutelle, ont été affectées à parts égales entre la région de tutelle et celle du site d'implantation.

Durée moyenne de séjour : c'est la moyenne des durées des séjours complets, c'est-à-dire ceux commencés et terminés dans l'année ainsi que ceux terminés dans l'année mais commencés l'année précédente, voire plusieurs années auparavant.

Établissement : c'est l'entité géographique ou site de production par opposition à l'entité juridique.

Jours de présence d'un séjour : ils correspondent aux journées déclarées dans les résumés hebdomadaires standardisés (RHS).

Mesure des prises en charge lourdes et très lourdes : dans chaque catégorie majeure clinique (CMC), certains groupes homogènes de journées (GHJ) sont le reflet de prises en charge lourdes ou très lourdes. La liste de ces GHJ est définie au bulletin officiel 97/5 bis et comprend 52 GHJ sur l'ensemble des GHJ disponibles en 2008. À titre indicatif, 4 GHJ parmi les 21 GHJ composant la CMC « cardiovasculaires et respiratoires » sont des prises en charge lourdes et très lourdes.

Personnel moyen par lit de l'établissement : il s'agit des effectifs en ETP (équivalent temps plein) de personnel soignant, infirmier, ou de rééducation par lit.

Personnel de rééducation : il comprend les masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes, psychomotriciens, psychologues, diététiciens, personnels éducatifs.

Personnel soignant : il comprend les infirmiers et les aides-soignants.

Ratios par catégorie de personnel : ils correspondent aux moyennes des ratios (personnel rapporté au nombre de lits par établissement). Il s'agit de données déclarées par les établissements et pour lesquelles il existe une dispersion importante.

Séjour : il s'agit de séjour/patient. Sa durée correspond au délai entre la date de sortie et celle d'entrée indépendamment des permissions de sortie inférieures à 48 heures qui n'interrompent pas le séjour en SSR. Les séjours sont décrits selon les caractéristiques à l'admission du patient, soit celles de la première semaine d'hospitalisation.

Taux d'entrée : c'est la proportion des séjours des non-résidents d'une région pris en charge dans la région.

Taux de fuite : c'est la proportion des séjours des résidents d'une région pris en charge dans une autre région.

Taux d'hospitalisation : il est calculé par le rapport, pour une région donnée, du nombre de séjours des patients hospitalisés à la population de la région.

Taux d'hospitalisation standardisé : il permet de comparer les taux d'hospitalisation de chaque région en tenant compte de l'âge ou du sexe des patients. Ils sont calculés en affectant aux régions, la structure par sexe et âge de la France entière (méthode de standardisation directe).

La mesure de la dépendance

Le niveau de dépendance du patient est évalué par rapport aux six variables d'activité de la vie quotidienne (AVQ) que sont l'habillement, la locomotion-déplacement, l'alimentation, la continence, le comportement, le relationnel. Chaque variable est cotée selon un gradient allant de l'indépendance complète (classe 1) à l'assistance totale (classe 4) : niveau 1 : indépendance complète ; niveau 2 : supervision ou arrangement ; niveau 3 : assistance partielle ; niveau 4 : assistance totale.

La dépendance physique est mesurée par les scores des 4 dimensions « habillement, déplacement-locomotion, alimentation, continence ». Un cumul à 4 points implique une autonomie complète, compris entre 5 et 8 points une dépendance faible, entre 9 et 12 points une dépendance moyenne et entre 13 et 16 points une dépendance forte ou complète.

La dépendance cognitive est mesurée par les scores des dimensions « comportement, relation-communication ». Elle cumule les scores de 4 dimensions : un cumul à 2 points implique une autonomie complète, de 3 ou 4 points une dépendance faible, de 5 ou 6 points une dépendance moyenne et de 7 ou 8 points une dépendance forte ou complète.

Le score de dépendance global cumule les scores des dépendances physiques et cognitives et est regroupé en quatre classes : totalement autonome (score AVQ de 6), faiblement dépendant (de 7 à 12), moyennement dépendant (de 13 à 18), fortement ou complètement dépendant (de 19 à 24).

ENCADRÉ 3

Durée moyenne de séjour et ratio de personnel soignant en fonction des caractéristiques des patients et de l'établissement

Influence des caractéristiques des patients et de l'établissement sur la durée moyenne de séjour

	Coefficient	P-Value
constante	3,10	<0.001
Statut de l'établissement d'hospitalisation		
Public	Réf.	
Privé non lucratif	0,091	<0.001
Privé lucratif	0,085	<0.001
Sexe		
Hommes	-0,028	<0.001
Femmes	Réf.	
Âge du patient		
Moins de 16 ans	0,161	<0.001
De 16 à 34 ans	-0,014	0.0006
De 35 à 49 ans	0,025	<0.001
De 50 à 69 ans	Réf.	
De 70 à 79 ans	-0,03	<0.001
80 ans ou plus	-0,026	<0.001
Dépendance du patient		
Autonomie complète	Réf.	
Dépendance faible	0,058	<0.001
Dépendance moyenne	0,226	<0.001
Dépendance forte ou complète	0,337	<0.001
CMC (catégorie majeure clinique) du patient à l'admission		
Poursuite de soins cardiovasculaires/respiratoires	0,024	<0.001
Poursuite de soins neuromusculaires	0,293	<0.001
Poursuite de soins en santé mentale	0,257	<0.001
Poursuite de soins sensoriels et cutanés	0,158	<0.001
Poursuite de soins viscéraux	-0,003	ns
Poursuite de soins rhumato/orthopédiques	Réf.	
Poursuite de soins post-traumatiques	0,298	<0.001
Poursuite de soins amputations	0,485	<0.001
Soins palliatifs	-0,06	<0.001
Réadaptation/réinsertion	0,138	<0.001
Poursuite de soins nutritionnels	0,159	<0.001
Autres situations	0,094	<0.001
Nature de la prise en charge		
Séjour en prise en charge non lourde	Réf.	
Séjour en prise en charge lourde à très lourde	0,116	<0.001
Évolution de l'autonomie entre l'admission et la sortie		
Gain 0	Réf.	
Gain 1	0,249	<0.001
Gain 2	0,395	<0.001
Gain -1	0,334	<0.001

ns • non significatif

Modèle • Régression multivariée où la durée de séjour est supposée suivre une loi binomiale négative.La *P-value* indique le degré de significativité des coefficients. Ne figurent que les coefficients significatifs à 5 %.**Lecture** • Toutes choses égales par ailleurs, la durée moyenne de séjour dans un établissement du secteur privé lucratif est significativement plus élevée de 8,5 % (coefficient de 0,085) par rapport à la durée moyenne de séjour dans un établissement du secteur public (situation de référence).

Influence des caractéristiques des patients et de l'établissement sur les ratios de personnel soignant

	Coefficient	P-value
constante	0,487	<.0001
Statut de l'établissement d'hospitalisation		
Public	Réf.	
Privé à but non lucratif	-0,119	<.0001
Privé à but lucratif	-0,2	<.0001
Âge du patient		
Moins de 16 ans	-0,001	ns
De 16 à 34 ans	0	ns
De 35 à 49 ans	-0,001	ns
De 50 à 69 ans	Réf.	
De 70 à 79 ans	0	ns
Plus de 80 ans	-0,001	ns
CMC (catégorie majeure clinique) du patient à l'admission		
Poursuite de soins cardiovasculaires/respiratoires	0	ns
Poursuite de soins neuromusculaires	0,002	<.0001
Poursuite de soins en santé mentale	0	ns
Poursuite de soins sensoriels et cutanés	0	ns
Poursuite de soins viscéraux	0	ns
Poursuite de soins rhumato/orthopédiques	Réf.	
Poursuite de soins post-traumatiques	0	ns
Poursuite de soins amputations	-0,001	ns
Soins palliatifs	0,004	<.0001
Réadaptation/réinsertion	0	ns
Poursuite de soins nutritionnels	0	ns
Autres situations	0	ns
Dépendance du patient		
Autonomie complète	Réf.	
Dépendance faible	0	ns
Dépendance moyenne	0,001	0.012
Dépendance forte ou complète	0,004	<.0001
Part d'ambulatoire		
Nombre de places / nombre de lits+places	-0,213	0.001
Taille de l'établissement		
Moins 15 lits	0,192	<.0001
Entre 16 et 27 lits	0,086	<.0001
Entre 28 et 49 lits	0,029	ns
Entre 50 et 80 lits	Réf.	
Entre 81 et 120 lits	-0,008	ns
Plus de 120 lits	-0,016	ns
Séjours avec prise en charge lourde ou très lourde (PCL/PCTL)		
Moins de 10 séjours en PCL/PCTL	Réf.	
De 10 séjours à 30 séjours en PCL/PCTL	0,055	<.0001
De 30 séjours à 120 séjours en PCL/PCTL	0,078	<.0001
De 120 séjours à 300 séjours en PCL/PCTL	0,133	<.0001
Plus de 300 séjours en PCL/PCTL	0,122	0.047

ns • non significatif

Modèle • Régression linéaire.**Lecture** • La part de variance (R2) expliquée par le modèle est de 0.40. Toutes choses égales par ailleurs, le ratio moyen de personnel soignant d'un établissement du secteur privé à but non lucratif est significativement inférieur de 0,119 par rapport au ratio moyen de personnel dans un établissement du secteur public (situation de référence).**Champ** • France métropolitaine, hors CHR/CHU.

Les séjours de plus de 3 mois à un an concernent davantage les patients âgés

Plus de 45 000 séjours (5 % des séjours complets) ont une durée comprise entre 3 mois et moins d'un an. Dans plus d'un cas sur deux ce sont des personnes âgées (de plus de 70 ans), plutôt des femmes (56%), et des patients dépendants. 60% des séjours concernent des poursuites de soins neuromusculaires, post-traumatiques et en santé mentale. Les poursuites de soins neuromusculaires sont la principale prise en charge de ces patients hospitalisés durablement (30%), et ce, quel que soit l'âge, à l'exclusion des adolescents qui sont pour un tiers d'entre eux pris en charge en soins nutritionnels.

Un peu plus de 40% de ces séjours sont pris en charge dans une structure du secteur public, 36% dans le secteur privé à but non lucratif et 22% dans le privé lucratif.

Des séjours de plus d'un an, peu nombreux et pour des patients plus jeunes

Plus d'un millier de très longs séjours (c'est-à-dire d'une durée supérieure à l'année) ont été recensés en 2008 (1 321 séjours). Ils sont principalement réalisés par les établissements

du secteur public et les établissements du secteur privé non lucratif (respectivement 43% et 45%). Les patients accueillis viennent pour les deux tiers d'entre eux (65%) de services de soins de courte durée, le plus souvent d'un autre établissement, mais peuvent également venir de leur domicile (16%) ou d'un autre service de SSR (près de 13%); dans ce cas, il s'agit le plus souvent d'un service du même établissement.

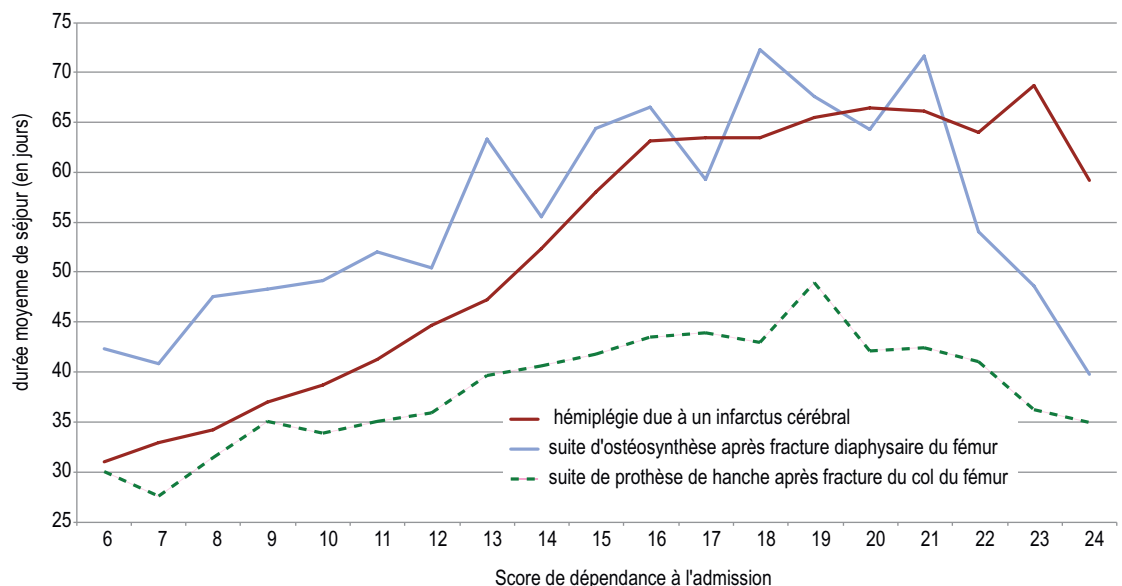
À la différence des autres patients hospitalisés en SSR, ceux dont les séjours sont très longs, sont plus souvent des hommes (55%) et sont plus jeunes (49 ans en moyenne). Plus de la moitié d'entre eux (55%) présentent, à l'admission, une dépendance globale forte ou complète: 62% une dépendance physique forte ou complète et 43% une dépendance cognitive forte ou complète.

Les problèmes de santé pris en charge sont majoritairement des maladies du système nerveux, notamment des paralysies cérébrales ou autres syndromes paralytiques, cela quel que soit l'âge des patients (720 séjours). Mais pour les patients âgés de 16 à 49 ans, la part de ces maladies dépasse les 60%.

Les affections étiologiques à l'origine de ces prises en charge durant des séjours très longs sont des affections d'origine périnatale ou chromosomique pour les enfants de 15 ans et moins. Pour les patients de 16 à 49 ans, ce sont les lésions traumatiques et pour ceux de 50 à

GRAPHIQUE 9

Durée moyenne de séjour de quelques types de séjours en SSR selon la dépendance globale enregistrée à l'admission



Champ • France entière, hors maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires.

Sources • ATIH, PMSI-SSR 2008, DREES, SAE 2008, traitements DREES.

79 ans, les affections de l'appareil cardiovasculaire, avec notamment les maladies cérébrovasculaires. Au-delà de 80 ans (172 séjours concernés), les troubles mentaux sont la principale cause des manifestations prises en charge au cours de ces séjours.

La part des séjours très longs dans les hospitalisations complètes représente 1,4% en moyenne. Elle est légèrement plus élevée en Martinique, en Guyane, dans le Nord-Pas-de-Calais et en Île-de-France (plus de 2%).

Une offre de soins hétérogène

Une progression régulière des capacités de prise en charge

En 2008, 1 762 établissements (tableau 4) ont pris en charge la patientèle des SSR en hospitalisation complète et partielle (encadré 1) : 853 établissements, soit près d'un établissement sur deux,

appartiennent au secteur public et 909 établissements au secteur privé (dont 479 non lucratifs et 430 lucratifs). Ainsi 103 700 lits et places étaient disponibles pour assurer la prise en charge des patients avec plus de 96 000 lits pour assurer l'accueil en l'hospitalisation complète et 7 300 places en hospitalisation partielle (essentiellement de jour). En moyenne, la part des capacités en ambulatoire est de 7% mais les établissements spécialisés en réadaptation fonctionnelle ont une capacité ambulatoire bien plus importante : 19% dans le secteur privé non lucratif et 14% dans le privé lucratif (celle-ci n'est pas mesurable en tant que spécialisation dans le secteur public).

Depuis 2000, les capacités en lits et places de SSR augmentent régulièrement, avec une accélération à partir de l'année 2006 vraisemblablement due à une réglementation plus favorable en matière d'autorisations en SSR (ordonnance n°2003-850⁸ dont les modifications sont entrées en vigueur à la publication des schémas régionaux d'organisation sanitaire dits «de troisième génération» – SROS III –, publiés au 31 mars 2006). Le nombre de lits et places passe, entre 2000 et 2008, de 95 000 à un peu plus de 105 000

8. Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.

TABLEAU 4

Établissements* développant des soins de suite et de réadaptation selon le statut et la catégorie d'établissement

	Nombre d'établissements	Lits	Places	Total des capacités	Part de l'hospitalisation à temps partiel (%)
Secteur public	853	39 183	2 071	41 254	5,0
Sites d'implantations SSR de centre hospitalier régional (CHR/CHU)	92	9 532	650	10 182	6,4
Centre hospitalier (CH)	463	22 512	1 197	23 709	5,1
Hôpitaux locaux	266	6 078	199	6 277	3,2
Autres (CHS, SIH, MECS...)	32	1 061	25	1 086	2,3
Secteur privé à but non lucratif	479	30 316	3 434	33 750	10,2
Établissements de convalescence et de repos	172	10 801	231	11 032	2,1
Établissements de réadaptation fonctionnelle	151	11 789	2 734	14 523	18,8
Centres de postcures pour alcooliques et maison de régime	28	1 113	92	1 205	7,6
Établissements de soins pluridisciplinaires**	94	4 889	289	5 178	5,6
Autres (CHS, SLD, Pouponnières...)	33	1 724	88	1 812	4,9
Secteur privé à but lucratif	430	26 875	1 786	28 661	6,2
Établissements de convalescence et de repos	191	12 759	198	12 957	1,5
Établissements de réadaptation fonctionnelle	94	7 961	1 287	9 248	13,9
Centres de postcures pour alcooliques et maison de régime	22	1 753	30	1 783	1,7
Établissements de soins pluridisciplinaires**	106	3 806	241	4 047	6,0
Autres (établissements de soins médicaux, de soins chirurgicaux, MECS...)	18	596	30	626	4,8
Ensemble	1 762	96 374	7 291	103 665	7,0

* Entités géographiques des établissements.

** Établissements de soins pluridisciplinaires : médecine, chirurgie ou obstétrique et SSR.

Champ • France entière, hors maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires.

Sources • ATIH, PMSI-SSR 2008, DREES, SAE 2008, traitements DREES.

(tableaux 5 et 6). Cet accroissement global porte principalement sur les capacités ambulatoires qui augmentent de près de 40% durant cette période, faisant passer la part de l'ambulatoire de 5% à 7% de l'ensemble des capacités.

Une spécialisation des établissements, notamment privés

Le secteur public offre 40% des lits et places consacrés aux SSR, le secteur privé à but non

lucratif 32%, et le secteur privé à but lucratif 28%. La taille des services de SSR et la part de leur capacité en hospitalisation partielle varient selon le type de structure et la nature de leur activité (encadré 2).

Dans le secteur public, les centres hospitaliers régionaux et les centres hospitaliers universitaires (CHR/CHU) représentent les deux tiers des structures ayant une activité de SSR. Les sites consacrés aux soins de suite et de réadaptation des CHR/CHU disposent en moyenne d'une centaine de lits et places dont 6% en

TABLEAU 5

Évolution des capacités en SSR (lits et places) depuis 2000

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ensemble	94 726	95 198	96 616	97 252	97 479	98 368	100 470	103 262	105 500	106 911
Secteur public		39 814	40 060	39 999	40 038	40 270	40 797	42 394	42 706	42 990
Secteur privé à but non lucratif		33 899	33 846	34 041	33 398	33 371	33 590	33 835	33 843	33 759
Secteur privé à but lucratif		21 485	22 710	23 212	24 043	24 727	26 083	27 033	28 951	30 162

Champ • France entière, hors maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires.

Sources • DREES SAE — bordereau Q02, traitements DREES.

TABLEAU 6

Nombre de lits et places en SSR pour 10 000 habitants selon les régions entre 2000 et 2008

Région	Population 2000	Capacité en 2000 (lits et places)	Densité 2000*	Population 2008	Capacité en 2008 (lits et places)	Densité 2008*
Île-de-France	11 019 991	14 116	12,8	11 659 260	19 157	16,4
Champagne-Ardenne	1 342 007	1 198	8,9	1 338 004	1 445	10,8
Picardie	1 862 938	2 649	14,2	1 906 601	2 870	15,1
Haute-Normandie	1 784 575	2 140	12,0	1 825 667	2 529	13,9
Centre	2 450 121	3 433	14,0	2 531 588	3 834	15,1
Basse-Normandie	1 426 928	2 079	14,6	1 467 425	2 406	16,4
Bourgogne	1 612 818	2 260	14,0	1 638 588	2 829	17,3
Nord-Pas-de-Calais	3 997 864	4 158	10,4	4 024 490	5 897	14,7
Lorraine	2 314 909	3 560	15,4	2 346 361	3 680	15,7
Alsace	1 743 955	2 734	15,7	1 837 087	3 064	16,7
Franche-Comté	1 121 512	1 510	13,5	1 163 931	1 703	14,6
Pays de la Loire	3 248 994	5 245	16,1	3 510 170	5 230	14,9
Bretagne	2 927 612	5 337	18,2	3 149 701	5 253	16,7
Poitou-Charentes	1 650 378	2 247	13,6	1 752 708	2 509	14,3
Aquitaine	2 933 223	5 287	18,0	3 177 625	5 489	17,3
Midi-Pyrénées	2 578 254	4 692	18,2	2 838 228	5 102	18,0
Limousin	713 249	1 109	15,5	740 743	1 152	15,6
Rhône-Alpes	5 688 524	10 340	18,2	6 117 229	10 164	16,6
Auvergne	1 312 227	2 324	17,7	1 341 863	2 377	17,7
Languedoc-Roussillon	2 322 072	5 609	24,2	2 581 718	5 427	21,0
PACA	4 541 508	11 004	24,2	4 882 913	10 848	22,2
Corse	264 539	614	23,2	302 966	594	19,6
Guadeloupe	388 045	347	8,9	401 784	617	15,4
Martinique	383 575	420	10,9	397 693	561	14,1
Guyane	162 018	34	2,1	219 266	98	4,5
La Réunion	716 314	280	3,9	808 250	665	8,2
Ensemble	60 508 150	94 726	15,7	63 961 859	105 500	16,5

* La densité est le rapport des capacités à 10 000 habitants de la région.

Sources • DREES, SAE 2000 à 2008, INSEE recensement de la population, traitements DREES.

ambulatoire, tandis que les hôpitaux locaux ont une capacité moyenne plus faible (25 lits et places en moyenne) et une part en hospitalisation partielle moins importante (3,2%).

Dans le secteur privé, les trois quarts des capacités se concentrent dans les établissements « de convalescence et de repos » et de « réadaptation fonctionnelle » qui représentent les deux tiers des structures de SSR privées. En « réadaptation fonctionnelle », l'offre moyenne se situe autour de 100 lits et places. La part des capacités ambulatoires y est de 18,8% dans les établissements privés à but non lucratif, contre 13,9% dans les établissements de santé privés à but lucratif. Les centres de postcure pour alcooliques ou maisons de régime se sont développés plutôt dans le secteur privé lucratif que dans le secteur privé à but non lucratif, mais la part de l'ambulatoire y est trois fois plus faible. En ce qui concerne les établissements de soins pluridisciplinaires, qui développent d'autres activités de soins telle la médecine ou la chirurgie, la part de l'activité ambulatoire rejoint celle des établissements publics (6%).

Le personnel soignant non médical est de 0,65 par lit de SSR

Les établissements SSR disposent en moyenne de 0,65 personnel non médical par lit, dont 0,52 de personnel infirmier et aide-soignant (pour mémoire en médecine chirurgie obstétrique on compte en moyenne 1,7 soignant non médical par lit) [tableau 7].

Le ratio moyen de personnel de rééducation est de 0,13 personne par lit ou place. Il varie très peu selon le statut juridique de l'établissement (0,11 pour les structures du privé lucratif et 0,16 pour ceux du privé à but non lucratif). Il est plus élevé dans les CHR/CHU (0,33) que dans les établissements de réadaptation fonctionnelle du secteur privé (de 0,19 à 0,27) ou les CH (0,12). Assez naturellement le nombre moyen de rééducateurs par lit ou place est également plus faible dans les établissements de « convalescence et repos » (0,06) et dans les hôpitaux locaux (0,08).

TABLEAU 7

Personnel soignant en SSR par catégorie d'établissement

	Personnel de rééducation			Personnel soignant					
	Ratio par lit			Ratio par lit			dont ratio infirmier par lit		
	Moyenne	1 ^{er} quartile	3 ^e quartile	Moyenne	1 ^{er} quartile	3 ^e quartile	Moyenne	1 ^{er} quartile	3 ^e quartile
Secteur public	0,13	0,03	0,17	0,65	0,52	0,77	0,27	0,20	0,34
Sites d'implantations SSR de centre hospitalier régional (CHR/CHU)	0,33	0,09	0,30	0,76	0,63	1,00	0,31	0,21	0,34
Centres hospitaliers (CH)	0,12	0,03	0,18	0,66	0,55	0,77	0,27	0,21	0,34
Hôpitaux locaux	0,08	0,02	0,10	0,60	0,45	0,71	0,24	0,17	0,31
Autres (CHS, SIH, MECS...)	0,18	0,04	0,20	0,78	0,53	0,94	0,32	0,22	0,45
<i>Secteur public hors CHR/CHU</i>	<i>0,12</i>	<i>0,04</i>	<i>0,16</i>	<i>0,64</i>	<i>0,51</i>	<i>0,75</i>	<i>0,27</i>	<i>0,20</i>	<i>0,33</i>
Secteur privé à but non lucratif	0,16	0,05	0,23	0,45	0,31	0,56	0,21	0,15	0,25
Établissements de convalescence et de repos	0,06	0,03	0,08	0,43	0,33	0,49	0,20	0,16	0,23
Établissements de réadaptation fonctionnelle	0,27	0,20	0,35	0,43	0,33	0,55	0,18	0,14	0,24
Centres de postcures pour alcooliques et maison de régime	0,18	0,12	0,22	0,19	0,13	0,23	0,11	0,05	0,17
Établissements de soins pluridisciplinaires	0,11	0,04	0,13	0,57	0,44	0,69	0,30	0,20	0,32
Autres (CHS, SLD, Pouponnières...)	0,23	0,13	0,33	0,52	0,13	0,90	0,19	0,09	0,26
Secteur privé à but lucratif	0,11	0,04	0,16	0,33	0,25	0,41	0,16	0,12	0,19
Établissements de convalescence et de repos	0,06	0,03	0,08	0,34	0,27	0,39	0,15	0,13	0,18
Établissements de réadaptation fonctionnelle	0,19	0,13	0,22	0,32	0,25	0,41	0,15	0,12	0,18
Centres de postcures pour alcooliques et maison de régime	0,09	0,05	0,10	0,19	0,15	0,25	0,14	0,12	0,18
Établissements de soins pluridisciplinaires	0,10	0,04	0,14	0,37	0,28	0,50	0,18	0,13	0,24
Autres (établissements de soins médicaux, de soins chirurgicaux, MECS...)	0,22	0,11	0,30	0,22	0,13	0,25	0,15	0,07	0,20
Ensemble	0,13	0,04	0,18	0,52	0,34	0,68	0,22	0,15	0,29

Champ • France entière, hors maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires.

Sources • DREES SAE 2008, traitements DREES.

Le ratio moyen de personnel soignant affecté par lit ou place est de 0,52 personne, dont 0,22 pour le personnel infirmier. Quelle que soit la catégorie d'établissements, la part du personnel infirmier est plus faible que celle du personnel aide-soignant, exception faite des établissements de cure pour alcooliques et maisons de régime, cela en cohérence avec les besoins de la patientèle accueillie. En termes de combinaison personnel infirmier – personnel aide-soignant, les établissements de santé publics allouent toutefois un peu plus de personnel aide soignant aux soins que les établissements du secteur privé⁹.

Les ratios de personnel soignant sont deux fois plus élevés (respectivement 1,5 fois) dans le secteur public que dans le secteur privé lucratif (respectivement privé non lucratif). Toutefois la taille des établissements, les types de prises en charge et les populations accueillies varient selon les secteurs. Il faut autant que possible essayer d'isoler l'effet propre du statut de l'établissement sur les ratios de personnels. En tenant compte, notamment, de la structure d'âge des patients, de la morbidité (CMC à l'admission), de la taille et de la part de l'activité ambulatoire des établissements et de leur statut, il apparaît que près de 40 % des écarts de ratios de soignants s'expliquent par ces variables (hors CHR/CHU).

Toutes choses égales par ailleurs, les écarts entre le ratio du secteur public et ceux des secteurs privés lucratifs et non lucratifs sont respectivement de -0,2 et de -0,1 (encadré 3). Les écarts sont ainsi réduits d'un tiers (public/privé lucratif) à près de la moitié (public/privé non lucratif) par rapport aux différences de moyennes initialement observées (différences de -0,3 et -0,2 respectivement, cf. tableau 7), mais ils demeurent. La prise en charge de patients dépendants et les prises en charge lourdes et très lourdes augmentent notamment significativement les ratios de personnel soignant. On note cependant que l'âge seul n'est pas significatif, une fois tenu compte de la morbidité et de la part des patients dépendants. On peut supposer que la variabilité inexplicée est liée à des différences d'organisation des établissements que l'on ne peut pas capter avec les variables à notre disposition (soit celles de la Statistique annuelle des établissements de santé).

9. Sous réserve d'une ventilation correcte du personnel infirmier et aide-soignant (données déclaratives). L'incertitude sur la ventilation entre ces deux catégories est d'autant plus importante qu'il y a plus d'établissements mixtes dans le public (CHU, CH, HL...) que dans le privé lucratif ou non lucratif.

L'activité des établissements et les spécificités régionales

Près de la moitié de l'activité de SSR est prise en charge par le secteur public

Que l'on mesure l'activité en séjours ou en journées, la part d'activité de chaque secteur est en cohérence avec les capacités déclarées (tableaux 8 et 9). L'activité du secteur public représente près de 40% de l'activité totale, l'activité du secteur privé à but non lucratif environ un tiers et celle du secteur privé à but lucratif un peu moins de 30%.

L'activité de SSR du secteur public est majoritairement réalisée par les 463 centres hospitaliers (CH) qui représentent 59% des journées pour 57,5% des capacités du secteur public. Les CHR/CHU et leurs sites d'implantation polyvalents réalisent quant à eux près d'un quart de l'activité du secteur public, en cohérence avec leurs capacités.

Dans le secteur privé à but non lucratif, l'activité est prépondérante dans les établissements de réadaptation fonctionnelle (38% des journées réalisées par les établissements du privé non lucratif). C'est dans ces établissements que la part de l'activité ambulatoire est la plus élevée, soit 20%.

Pour le secteur privé à but lucratif, près de la moitié de l'activité est réalisée dans les établissements de convalescence et de repos.

Le secteur privé à but lucratif plus présent dans le sud de la France

L'activité du secteur public est prépondérante dans le Limousin (70% de l'activité de la région), en Champagne-Ardenne (65%) et en Franche-Comté (52%). L'activité du secteur privé à but lucratif est majoritaire en Corse où il réalise 86% de l'activité de SSR de la région, en Provence-Alpes-Côte d'Azur (63%) et en Languedoc-Roussillon (50%), et ce, notamment dans des établissements de convalescence et de repos. Le secteur privé à but non lucratif est, quant à lui, prépondérant en Alsace (67%), dans le Nord-Pas-de-Calais (59%) et en Lorraine (50%), probablement en lien avec

TABLEAU 8

Répartition des séjours en SSR selon la catégorie d'établissement

	Activité en hospitalisation complète	Activité en hospitalisation partielle	Total activité	Part de l'hospitalisation à temps partiel (%)	Durée moyenne des séjours en hospitalisation complète (en jours)
Secteur public	395 542	71 551	467 094	15,3	34,8
Sites d'implantations SSR de centre hospitalier régional (CHR/CHU)	77 673	29 408	107 081	27,5	42,3
Centres hospitaliers (CH)	246 878	39 662	286 541	13,8	32,9
Hôpitaux locaux	65 469	1 634	67 103	2,4	33,3
Autres (CHS, SIH, MECS...)	5 522	847	6 369	13,3	38,0
Secteur privé à but non lucratif	326 282	94 989	421 271	22,5	36,2
Établissements de convalescence et de repos	114 109	3 848	117 957	3,3	34,9
Établissements de réadaptation fonctionnelle	106 832	67 554	174 386	38,7	38,4
Centres de postcures pour alcooliques et maison de régime	9 488	2 626	12 114	21,7	43,7
Établissements de soins pluridisciplinaires	80 540	19 654	100 194	19,6	33,1
Autres (CHS, SLD, Pouponnières...)	15 313	1 307	16 621	7,9	42,9
Secteur privé à but lucratif	312 569	40 688	353 257	11,5	33,5
Établissements de convalescence et de repos	150 034	6 997	157 031	4,5	33,9
Établissements de réadaptation fonctionnelle	86 007	24 275	110 282	22,0	36,1
Centres de postcures pour alcooliques et maison de régime	21 418	203	21 621	0,9	31,2
Établissements de soins pluridisciplinaires	52 453	8 949	61 402	14,6	26,8
Autres (établissements de soins médicaux, de soins chirurgicaux, MECS...)	2 657	265	2 922	9,1	81,8
Ensemble	1 034 393	207 229	1 241 622	16,7	34,8

Note • Durée moyenne des séjours terminés en 2008 et commencés en 2008 ou antérieurement. La durée est calculée par différence entre la date de sortie et celle d'entrée, indépendamment des jours effectifs de présence (permissions).

Champ • France entière, hors maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires.

Sources • ATIH, PMSI-SSR 2008, DREES, SAE 2008, traitements DREES.

TABLEAU 9

Répartition de l'activité en SSR selon la catégorie d'établissement

	Nombre de journées en hospitalisation complète	Nombre de journées en hospitalisation partielle	Nombre de journées total	Part des journées en hospitalisation à temps partiel (%)
Secteur public	12 350 026	518 835	12 868 861	4,0
Sites d'implantations SSR de centre hospitalier régional (CHR/CHU)	2 914 716	173 184	3 087 900	5,6
Centres hospitaliers (CH)	7 288 966	325 511	7 614 477	4,3
Hôpitaux locaux	1 983 808	13 551	1 997 359	0,7
Autres (CHS, SIH, MECS...)	162 536	6 589	169 125	3,9
Secteur privé à but non lucratif	10 233 064	1 177 885	11 410 949	10,3
Établissements de convalescence et de repos	3 542 939	25 225	3 568 164	0,7
Établissements de réadaptation fonctionnelle	3 415 170	896 347	4 311 517	20,8
Centres de postcures pour alcooliques et maison de régime	354 510	15 830	370 340	4,3
Établissements de soins pluridisciplinaires	2 374 517	221 878	2 596 395	8,5
Autres (CHS, SLD, Pouponnières...)	545 927	18 605	564 532	3,3
Secteur privé à but lucratif	9 332 676	676 481	10 009 157	6,8
Établissements de convalescence et de repos	4 576 585	54 069	4 630 654	1,2
Établissements de réadaptation fonctionnelle	2 746 076	499 722	3 245 798	15,4
Centres de postcures pour alcooliques et maison de régime	606 321	1 286	607 607	0,2
Établissements de soins pluridisciplinaires	1 222 530	117 490	1 340 020	8,8
Autres (établissements de soins médicaux, de soins chirurgicaux, MECS...)	181 164	3 914	185 078	2,1
Ensemble	31 915 766	2 373 201	34 288 967	6,9

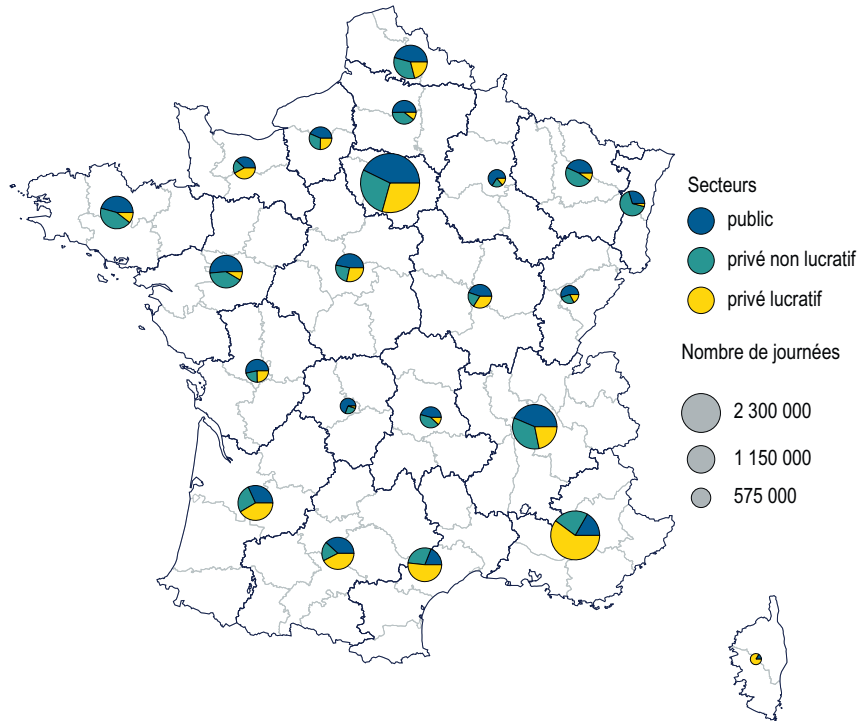
Note • L'activité correspond au total des jours de présence de 2008.

Champ • France entière, hors maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires.

Sources • ATIH, PMSI-SSR 2008, DREES, SAE 2008, traitements DREES.

CARTE 1

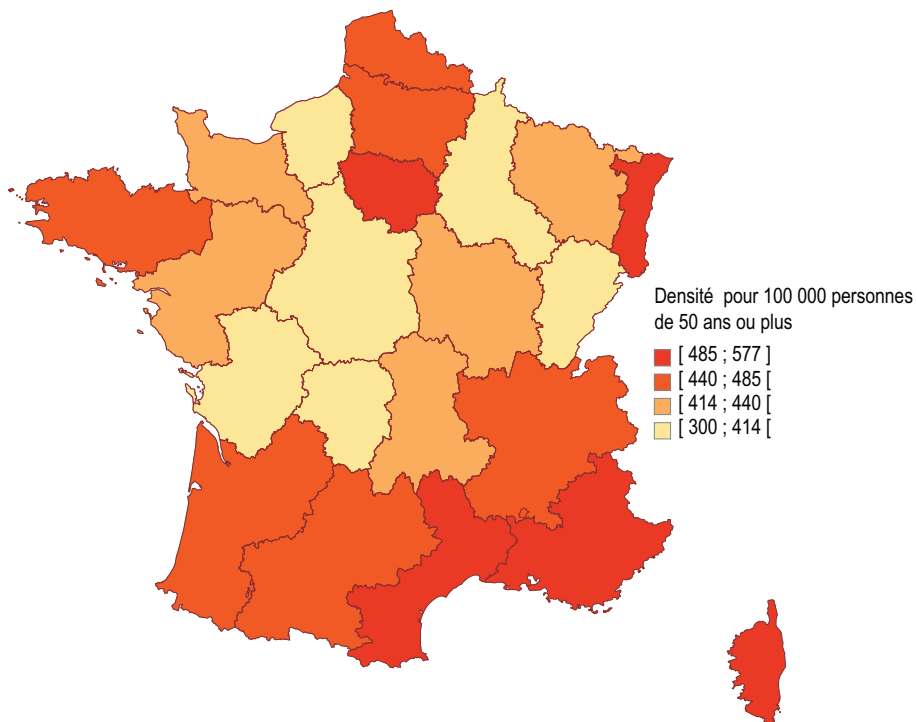
Activité en SSR par statut juridique des établissements en 2008



Champ • France métropolitaine, hors maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires.
Sources • ATIH, PMSI-SSR 2008, DREES, SAE 2008, traitements DREES.

CARTE 2

Densité de capacités (lits et places) en SSR en 2008



Champ • France métropolitaine, hors maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires.
Sources • DREES SAE 2008 ; données de population INSEE, traitements DREES.

les évolutions historiques de l'organisation des soins dans ces régions (carte 1).

La région Sud-Est est la mieux équipée

Le sud-est de la France est mieux « doté » en lits et places rapportés au nombre de personnes âgées de plus de 50 ans : les densités sont les plus élevées (carte 2) en Provence-Alpes-Côte d'Azur (577 lits et places pour 100 000 personnes de plus de 50 ans) et en Languedoc-Roussillon (535) ainsi qu'en Île-de-France (527) [carte 2]. À l'opposé, les régions Champagne-Ardenne (300), Poitou-Charentes (345), Limousin (371) et Franche-Comté (399) sont les moins dotées avec les DOM (au maximum 375 lits et places et même 158 en Guyane). Les écarts entre régions se sont toutefois réduits au cours des dernières années : le coefficient de variation (encadré 2) s'établit à 0,15 en 2008 contre 0,27 en 2000.

Les taux d'hospitalisation standardisés sur le sexe et l'âge montrent que la Guadeloupe, le Nord-Pas-de-Calais, les Pays de la Loire, le Sud-Est et l'Alsace sont les régions pour lesquelles les taux d'hospitalisation sont les plus élevés (tableau 10). À l'opposé la Champagne-Ardenne, le Poitou-Charentes, et les DOM (hors Guadeloupe) ont les taux d'hospitalisation les plus faibles (cartes 3 et 4).

Les départements d'outre-mer sont, de fait, dans une situation géographique particulière : ainsi les résidents de Guyane, qui disposent d'une offre en SSR peu développée par rapport à la moyenne nationale, sont hospitalisés dans leur région dans 21 % des cas, en Île-de-France pour plus de 40 % des séjours et, pour 10 %, en Martinique (le reste des séjours se répartit dans les autres départements de la métropole). Les séjours des patients de La Réunion, quant à eux, sont réalisés dans 95 % des cas dans le département (2 % des séjours sont effectués en Île-de-France).

Au-delà de ces disparités d'offre globale il peut également exister une forte variabilité du type d'offre selon les régions, certaines étant mieux dotées en ce qui concerne les poursuites de soins nutritionnels, d'autres pour les poursuites de soins rhumato-orthopédiques. Ces spécialisations régionales sont également liées à la répartition par secteur d'activité et la catégorie d'établissement de SSR (cf. supra).

TABLEAU 10

Taux régionaux d'hospitalisation en SSR en 2008 standardisés selon l'âge et le sexe de la population

	Taux d'hospitalisation (brut) en %	Rapport du taux d'hospitalisation standardisé au taux national
Île-de-France	0,07	0,93
Champagne-Ardenne	0,90	0,61
Picardie	0,18	0,77
Haute-Normandie	1,75	0,80
Centre	1,40	0,88
Basse-Normandie	1,48	0,94
Bourgogne	1,47	0,86
Nord-Pas-de-Calais	0,53	1,52
Lorraine	0,19	6,67
Alsace	1,56	1,16
Franche-Comté	1,23	0,83
Pays de la Loire	8,38	1,76
Bretagne	1,53	0,97
Poitou-Charentes	1,22	0,32
Aquitaine	1,61	0,99
Midi-Pyrénées	6,59	0,93
Limousin	1,10	0,37
Rhône-Alpes	2,36	1,07
Auvergne	1,37	0,80
Languedoc-Roussillon	1,12	3,75
PACA	2,24	16,24
Corse	1,55	0,95
Guadeloupe	1,32	1,47
Martinique	0,52	0,12
Guyane	11,62	0,14
La Réunion	1,51	0,13
France entière	1,45	1,00

Méthode de standardisation directe (cf. définition encadré 2).

Note • La région Provence-Alpes-Côte d'Azur conserve un écart important par rapport au taux d'hospitalisation national après prise en compte de la structure d'âge et de sexe de la population, en lien avec l'hospitalisation importante de patients d'autres régions et en raison de capacités d'accueil importantes.

Champ • France entière, hors maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires.

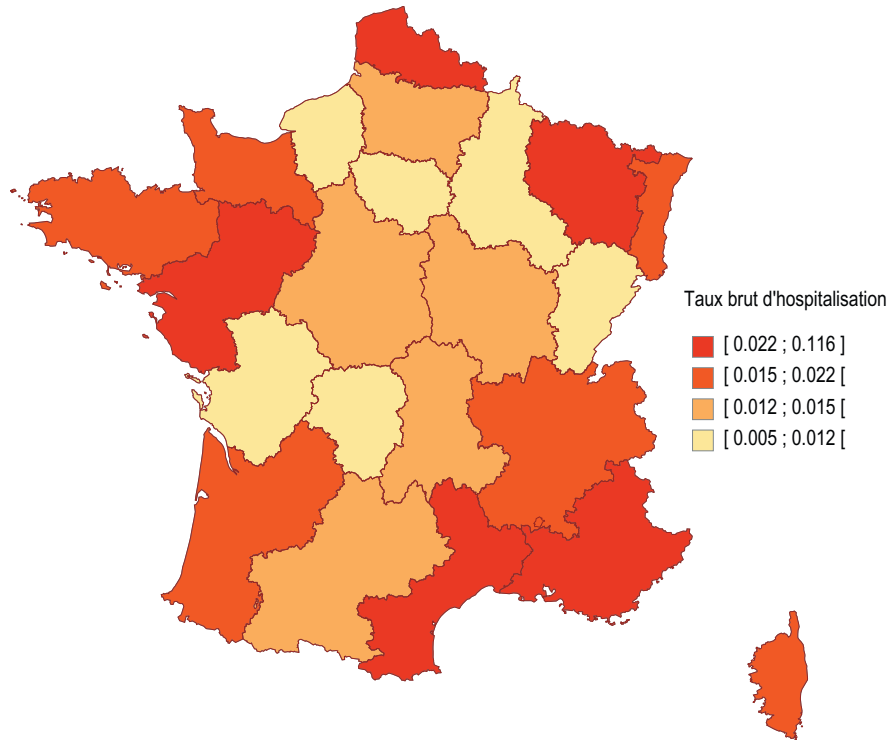
Sources • ATIH, PMSI-SSR 2008, DREES, SAE 2008, traitements DREES.

Les taux de fuite régionaux

Le solde (tableau 11) entre le taux d'entrée (proportion des séjours pris en charge par les établissements de la région pour des patients non résidents) et le taux de fuite (proportion de séjours de patients résidents pris en charge en dehors de la région) montre qu'en général, les régions les plus faiblement dotées ont les taux de fuite les plus élevés, en cohérence avec leur densité d'équipement, notamment la Champagne-Ardenne (-13,4), la Guyane (-79,3), la Picardie (-14,2) et la Franche-Comté (-10,4). En revanche, la Corse présente une situation

CARTE 3

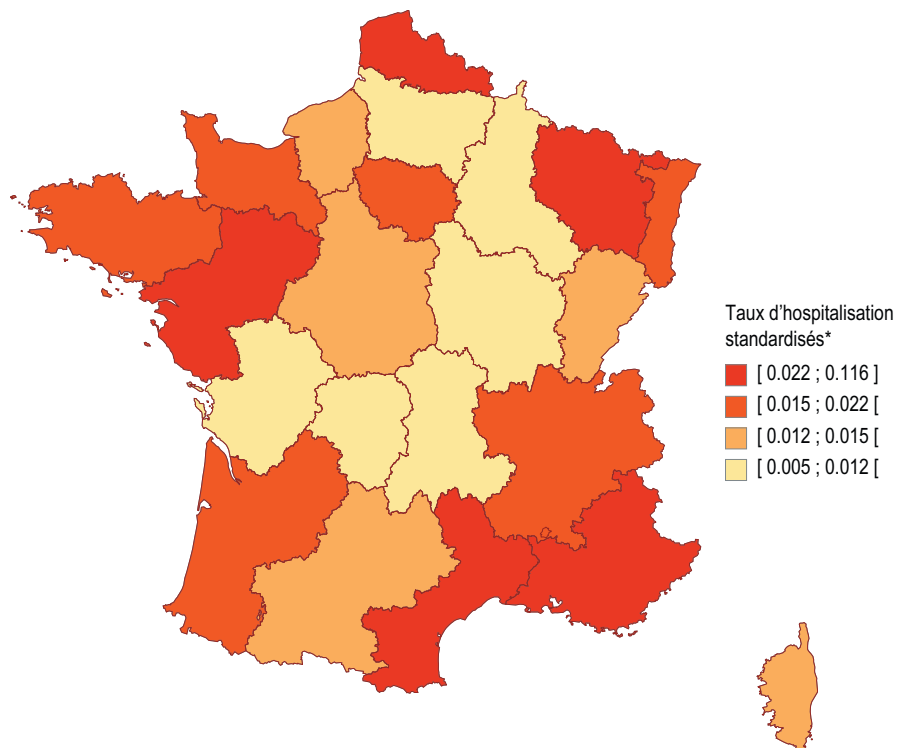
Taux bruts d'hospitalisation en SSR en 2008



Champ • France métropolitaine, hors maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires.
Sources • ATIH, PMSI-SSR 2008, DREES, SAE 2008, traitements DREES.

CARTE 4

Taux d'hospitalisation en SSR en 2008 standardisés selon le sexe et l'âge



* Méthode de standardisation directe.

Champ • France métropolitaine, hors maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires.
Sources • ATIH, PMSI-SSR 2008, DREES, SAE 2008, traitements DREES.

singulière puisqu'elle est la région de la métropole pour laquelle le taux de fuite est très supérieur au taux d'entrée (solde à -15) alors qu'elle présente l'une des plus fortes densités d'équipement, ce qui pose la question de l'inadéquation de l'offre et des besoins de la population (cf. *infra*). Le Languedoc-Roussillon a, quant à lui, le solde positif le plus fort (8,5).

Une activité de SSR très liée à celle de médecine-chirurgie-obstétrique

Les séjours en SSR font suite dans près de 3 cas sur 4 à un séjour en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), et dans 1 cas sur 5 seulement s'effectuent directement en provenance du domicile du patient. En fin d'hospitalisation, 70% des séjours se terminent par un retour au domicile du patient et 16% des séjours par un transfert vers une autre unité médicale (dont 12% en MCO) [tableaux 12 et 13].

À titre illustratif, si l'on se restreint aux activités de chirurgie orthopédique¹⁰ en MCO et aux prises en charges associées de rééducation en SSR (soit les CMC 16 et 17), on observe une forte corrélation entre les deux taux d'hospitalisation puisque le coefficient de corrélation s'élève à 0,82 (tableau 14 et cartes 5 et 6).

Il existe notamment un gradient Nord-Sud avec des taux d'hospitalisation bruts, en MCO comme en SSR, plus élevés dans le Sud que dans le Nord, même si on peut noter quelques spécificités régionales pour l'une ou l'autre discipline.

Les indices d'hospitalisation régionaux varient selon la catégorie majeure clinique

On note des écarts entre les indices comparatifs d'hospitalisation selon les CMC des séjours, répartis selon la région de domiciliation des patients, standardisés sur l'âge¹¹ (tableau 15). Certaines régions présentent globalement des ratios plus faibles, c'est le cas de la Champagne-Ardenne et de la Guyane et, à un degré moindre du Poitou-Charentes. Les régions Corse, puis Provence-Alpes-Côte d'Azur et Nord-Pas-de-Calais, présentent glo-

TABLEAU 11

Taux de fuite et taux d'entrée en SSR en 2008 selon la région d'hospitalisation

	Taux de fuite	Taux d'entrée	Solde*	Densité de capacité**
Île-de-France	8,9	7,8	-1,1	527
Champagne-Ardenne	21,0	7,6	-13,4	300
Picardie	29,7	15,5	-14,2	453
Haute-Normandie	13,0	7,3	-5,7	405
Centre	13,8	13,0	-0,8	401
Basse-Normandie	6,8	12,2	5,4	418
Bourgogne	17,5	11,5	-6,0	422
Nord-Pas-de-Calais	1,7	9,5	7,8	440
Lorraine	5,5	6,5	1,0	439
Alsace	5,6	6,6	1,0	487
Franche-Comté	14,9	4,5	-10,4	399
Pays de la Loire	7,2	5,7	-1,5	423
Bretagne	3,5	4,3	0,8	447
Poitou-Charentes	10,2	10,4	0,2	345
Aquitaine	8,2	8,9	0,7	455
Midi-Pyrénées	8,8	9,8	1,0	474
Limousin	12,1	11,0	-1,1	371
Rhône-Alpes	5,5	9,6	4,1	483
Auvergne	19,6	10,4	-9,2	414
Languedoc-Roussillon	6,3	14,8	8,5	535
PACA	7,1	8,9	1,8	577
Corse	18,3	3,3	-15,0	485
Guadeloupe	8,3	0,9	-7,4	375
Martinique	6,1	1,9	-4,2	268
Guyane	79,9	0,6	-79,3	158
La Réunion	2,6	1,5	-1,1	352

* Le solde est la différence entre le taux d'entrée et le taux de fuite.
** Les densités rapportent les capacités en lits et places à la population des 50 ans ou plus de chaque région ; densité pour 100 000 habitants.

Champ • France entière, hors maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires.

Sources • ATIH, PMSI-SSR 2008, DREES, SAE 2008, traitements DREES.

blement des indices plus élevés avec, de plus, pour la Corse et Provence-Alpes-Côte d'Azur, des ratios particulièrement élevés pour les poursuites de soins nutritionnels et, dans le Nord-Pas-de-Calais, des ratios élevés pour les poursuites de soins rhumato-orthopédiques, post-traumatiques et neurologiques.

Les poursuites de soins nutritionnels sont aussi particulièrement développées en Languedoc-Roussillon et dans les DOM (à La Réunion, en Martinique et en Guadeloupe), alors qu'elles le sont nettement moins en Bretagne, Pays de la Loire, Poitou-Charentes, Nord-Pas-de-Calais et Champagne-Ardenne. Les indices comparatifs en poursuite de soins cardiovasculaires et respiratoires restent faibles en Champagne-Ardenne, en Haute et Basse-Normandie et à La Réunion.

10. Les pathologies retenues sont les actes de chirurgie de la hanche, du genou, du fémur, les amputations, les fractures, les entorses, les luxations, les traumatismes complexes, et les pathologies du rachis.

11. Nombre de séjours classés dans la CMC considérée pour la région de domicile des patients rapporté nombre de séjours classés dans cette même CMC, attendus dans cette région sur la base des taux nationaux de chaque tranche d'âge.

TABLEAU 12

Mode d'entrée et provenance des séjours en hospitalisation complète en SSR en 2008

Mode d'entrée	Provenance	Séjours	%
Transfert ou mutation (y. c. mode entrée indéterminé)	Unité de soins de courte durée	685 731	74,0
	Unité de soins de suite et de réadaptation	24 621	2,7
	Unité de soins de longue durée	1 636	0,2
	Psychiatrie	4 067	0,0
	Non renseignée	12 854	1,4
Autre	Domicile	198 041	21,4
Non renseignée		267	0,03
Total		927 217	100,0

Lecture • Sont également considérés comme provenant du domicile, les patients hébergés en établissement médico-social, en hébergement social, en hospitalisation à domicile, et en hospitalisation à temps partiel.
Champ • France entière, hors maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires.
Sources • ATIH, PMSI-SSR 2008, DREES, SAE 2008, traitements DREES.

TABLEAU 13

Modes de sortie et destination des séjours en hospitalisation complète en SSR en 2008

Mode de sortie	Destination	Séjours	%
Transfert ou mutation	Unité de soins de courte durée	111 379	12,0
	Unité de soins de suite et de réadaptation	19 232	2,1
	Unité de soins de longue durée	21 027	2,3
	Psychiatrie	1 925	0,2
	non renseignée	1 889	0,2
Autre	Domicile	660 708	71,3
	Décès	34 588	3,7
Non renseigné		76 469	8,2
Total		927 217	100,0

Lecture • Sont également considérés comme provenant du domicile, les patients hébergés en établissement médico-social, en hébergement social, en hospitalisation à domicile, et en hospitalisation à temps partiel.
Champ • France entière, hors maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires.
Sources • ATIH, PMSI-SSR 2008, DREES, SAE 2008, traitements DREES.

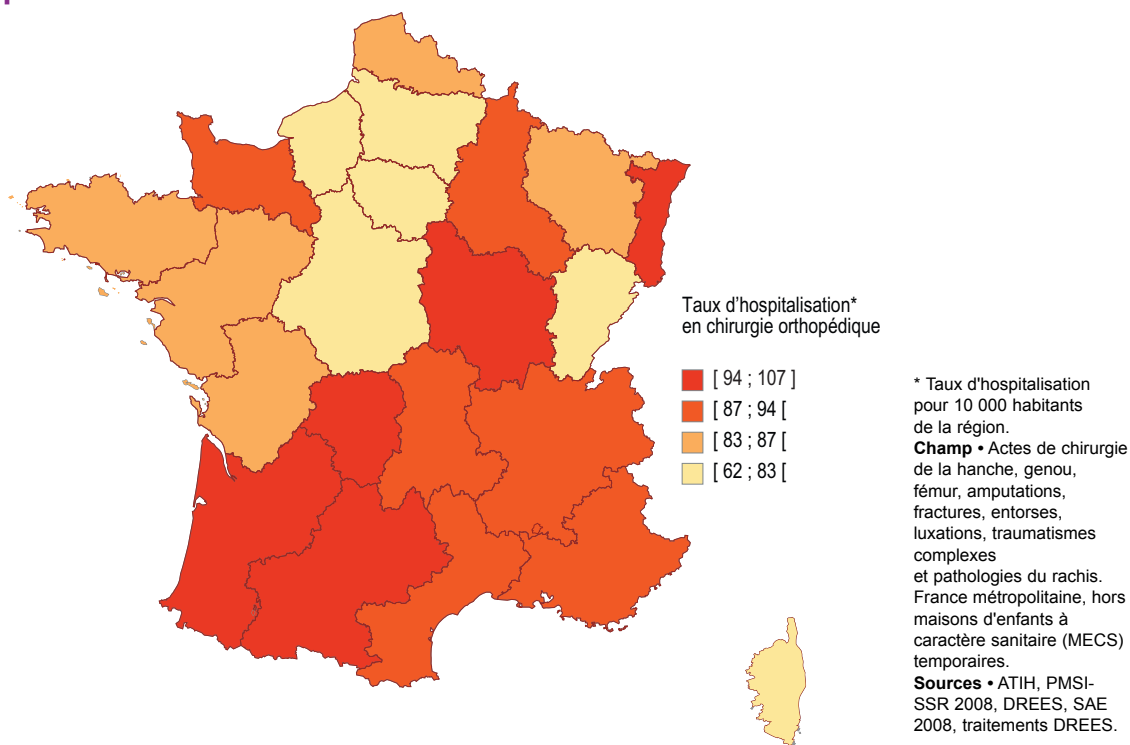
TABLEAU 14

Taux d'hospitalisation régionaux en MCO et SSR pour certaines prises en charge en 2008

	Taux d'hospitalisation* en chirurgie orthopédique	Taux d'hospitalisation* en poursuites de soins rhumato-orthopédie (CMC 16 et 17)
Île-de-France	63,0	38,3
Champagne-Ardenne	87,8	39,8
Picardie	61,8	44,9
Haute-Normandie	74,3	35,3
Centre	74,4	42,0
Basse-Normandie	88,0	61,2
Bourgogne	102,0	59,9
Nord-Pas-de-Calais	83,5	82,5
Lorraine	85,2	46,4
Alsace	99,7	51,9
Franche-Comté	80,7	48,1
Pays de la Loire	85,3	48,6
Bretagne	86,1	56,0
Poitou-Charentes	84,0	49,5
Aquitaine	99,9	60,7
Midi-Pyrénées	94,0	69,4
Limousin	106,9	52,9
Rhône-Alpes	88,5	59,2
Auvergne	86,9	48,0
Languedoc-Roussillon	93,4	79,8
PACA	89,4	66,4
Corse	82,2	59,6
Guadeloupe	41,6	23,8
Martinique	89,0	60,0
Guyane	14,2	0,6
La Réunion	38,5	7,5
France entière	81,6	53,2
Coefficient de corrélation		0,82

* Taux d'hospitalisation pour 10 000 habitants.
Note • Sont retenus les actes en médecine chirurgie orthopédique susceptibles de donner lieu à un séjour en SSR (actes de chirurgie de la hanche, du genou, du fémur, les amputations, les fractures, les entorses, les luxations, les traumatismes complexes et les pathologies du rachis).
Champ • France entière, hors maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires.
Sources • ATIH, PMSI-SSR 2008, DREES, SAE 2008, traitements DREES.

CARTE 5

Taux d'hospitalisation en MCO en chirurgie orthopédique pour certains actes en 2008

CARTE 6

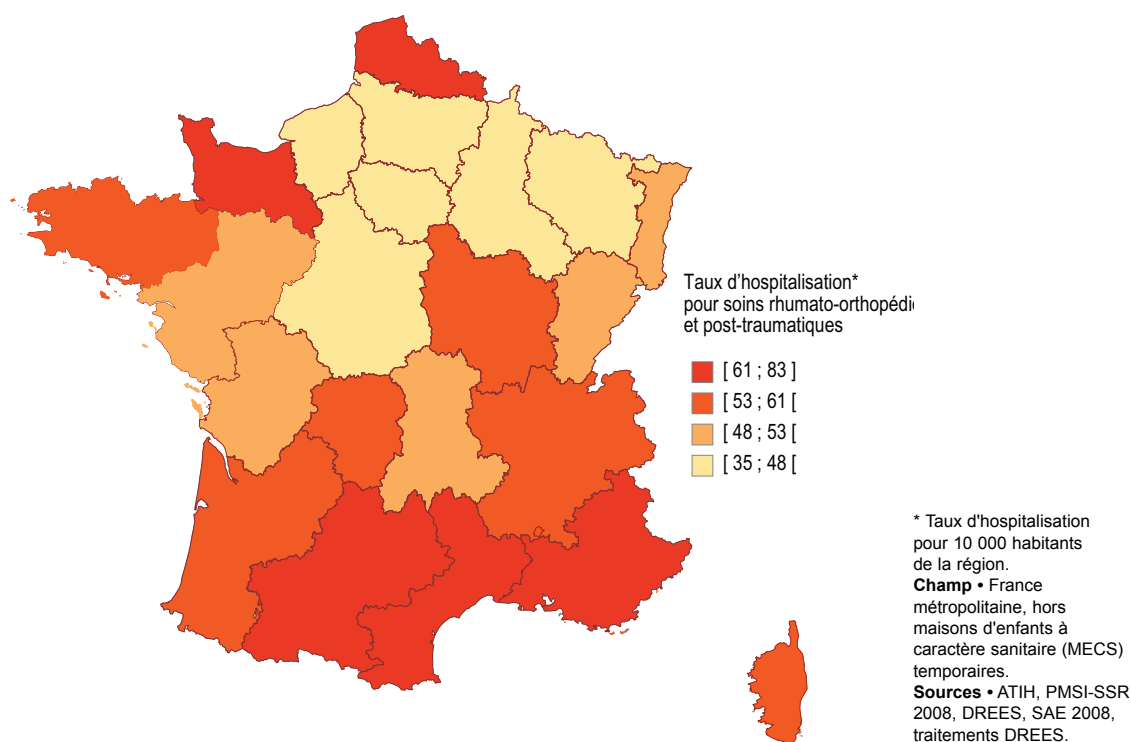
Taux d'hospitalisation en SSR pour soins rhumato-orthopédiques et post-traumatiques en 2008

TABLEAU 15

Indices comparatifs d'hospitalisation standardisés* sur l'âge des catégories majeures cliniques (CMC) en SSR en 2008

CMC	16	11	12	17	15	13	50	14	60	40	20	18	30	80
CMC - Libellés	Rhumato-orthopédie	Cardio-vasculaire-respiratoire	Neuro-musculaire	Post-traumatique	Viscéral	Santé mentale	Nutritionnels	Sensoriel et cutané	Autres situations	Réadaptation/Réinsertion	Soins palliatifs	Amputations	Attente de placement	Gériatrie aiguë
Île-de-France	0,9	1,0	1,0	0,9	1,1	1,0	0,9	1,1	1,0	0,8	0,9	0,7	0,8	0,0
Champagne-Ardenne	0,8	0,6	0,8	0,8	0,6	0,8	0,4	0,6	0,6	1,2	0,8	0,9	1,7	0,7
Picardie	1,3	0,9	1,3	0,9	0,8	1,1	0,6	1,1	1,4	0,8	1,0	2,1	1,0	0,8
Haute-Normandie	0,8	0,7	0,9	0,8	0,9	1,4	0,6	0,7	0,8	1,1	0,9	0,8	0,9	9,2
Centre	0,8	1,1	0,8	0,8	0,8	0,9	1,1	0,8	0,8	1,1	0,8	1,0	1,3	1,0
Basse-Normandie	1,0	0,8	0,8	0,8	0,7	1,0	0,7	1,5	0,8	1,0	0,4	1,1	1,4	0,4
Bourgogne	1,0	0,8	1,1	0,9	0,9	1,0	0,6	0,8	0,9	0,8	0,9	1,1	0,5	0,7
Nord-Pas-de-Calais	1,7	1,1	1,7	1,3	0,9	1,6	0,5	0,9	1,4	1,1	1,9	1,9	1,1	1,0
Lorraine	0,8	0,9	1,0	0,9	0,8	1,3	1,0	1,1	0,9	1,9	1,4	1,1	2,5	0,0
Alsace	1,1	1,3	1,1	1,0	0,9	1,1	1,5	1,2	1,0	2,2	0,9	1,0	2,5	1,5
Franche-Comté	0,9	1,0	0,9	1,1	0,8	1,2	0,7	0,5	0,7	0,9	0,8	0,8	1,4	1,1
Pays de la Loire	0,9	0,7	0,8	0,9	1,1	0,9	0,4	1,3	0,9	0,7	1,5	0,9	1,0	0,4
Bretagne	1,0	0,9	1,0	1,0	1,2	0,9	0,4	1,2	1,0	1,1	1,1	1,1	0,7	1,4
Aquitaine	0,9	1,2	1,0	1,0	1,0	0,8	0,7	1,5	0,8	0,8	1,1	1,1	0,8	1,1
Midi-Pyrénées	1,1	1,1	0,9	1,2	1,0	0,7	1,4	0,8	1,3	1,2	0,9	0,7	0,6	0,9
Limousin	0,7	1,2	1,0	1,0	1,2	0,7	0,7	0,6	0,9	0,8	1,0	0,9	0,6	2,0
Poitou-Charentes	0,7	1,0	0,8	0,9	1,0	0,8	0,5	0,6	0,8	1,2	1,1	1,2	1,3	1,4
Rhône-Alpes	1,1	1,2	1,0	1,1	1,1	1,1	0,9	0,8	1,0	1,0	0,8	0,9	1,0	0,0
Auvergne	0,8	1,0	0,7	0,9	0,9	0,8	0,9	1,1	0,8	1,2	0,9	0,7	1,3	0,4
Languedoc-Roussillon	1,3	1,0	1,0	1,2	1,0	0,9	1,6	0,8	0,9	0,5	0,8	0,8	0,5	0,8
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1,1	1,3	1,0	1,2	1,2	0,9	2,3	1,0	1,3	1,0	0,9	0,8	0,6	0,7
Corse	1,0	1,3	0,9	1,2	0,8	0,7	5,1	0,4	0,9	0,6	0,8	0,8	0,1	1,1
Guadeloupe	0,8	0,6	1,6	0,5	0,6	2,4	1,5	1,1	2,1	1,4	0,2	1,2	0,6	0,5
Martinique	0,9	0,4	0,9	0,6	0,9	1,4	2,7	5,2	0,5	0,3	0,3	3,2	0,0	7,3
Guyane	0,3	0,5	0,5	0,2	1,1	0,5	0,8	0,9	1,7	0,1	0,2	1,6	0,2	71,0
La Réunion	0,2	0,3	0,9	0,3	0,3	1,5	3,1	0,4	0,5	0,8	0,4	1,1	3,6	6,8
France entière	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Séjours France entière	183 577	147 639	133 575	121 156	80 162	70 886	43 355	34 267	33 236	27 777	26 646	9 207	5 968	3 639

* Standardisation indirecte selon l'âge des patients (référence population française).

Note • 6 126 séjours ont été classés en erreur.

Champ • France entière, hors maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires.

Sources • ATIH, PMSI-SSR 2008, DREES, SAE 2008, traitements DREES.

La réponse des régions aux besoins de leurs populations

La mesure de l'adéquation entre l'offre et les besoins

La mise en relation de ces différents indicateurs et leur analyse conjointe permet d'éclairer les différences entre régions et la question de l'adéquation entre l'offre de soins et les besoins des populations. Une approche, plutôt qualitative, peut être envisagée globalement, et pourrait s'enrichir, dans un second temps, de données localisées plus fines et collectées par les ARS.

L'approche qui suit consiste donc à rapprocher les données des prises en charge des patients issues du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), des données de capacités de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), puis de celles de la mortalité pour certaines pathologies, étudiées à partir des taux de décès régionaux, standardisés par âge de 2006 à 2008 (sources : CépiDC – INSERM sur le champ de la France métropolitaine).

Les données de prise en charge des patients étudiées sont les taux d'hospitalisation régionaux standardisés selon le sexe et l'âge des patients, le solde entre les flux régionaux de patients et les indices de catégories majeures cliniques (CMC) standardisés sur l'âge, pour les CMC les plus fréquentes. Seules les principales CMC sont reprises pour la comparaison avec les taux de surmortalité ou de sous mortalité (par faute d'information) mais, pour autant, elles représentent 80 % des séjours.

L'approche de la question de l'adéquation entre l'offre et les besoins ne s'est appuyée que sur la confrontation entre les indices comparatifs des CMC (IC CMC) et la mortalité régionale de pathologies considérées comme « traceuses »¹² pour les pathologies retrouvées dans le classement des CMC : les cardiopathies ischémiques sont rapprochées de la CMC cardiovasculaire et respiratoire, les maladies cérébrovasculaires de la CMC neurovasculaire, les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques de la CMC nutritionnelle, les tumeurs du colon, du rectum et de l'anus de la CMC des soins viscéraux, l'abus d'alcool de la

CMC de soins de santé mentale, et enfin, l'arthrite rhumatoïde et l'ostéoartrite sont rapprochées de la CMC rhumato-orthopédique.

La couverture des besoins en SSR dans les régions

Le rapprochement de ces variables met en évidence des régions dont la situation apparaît nettement moins favorable que d'autres, en dehors des DOM pour lesquels les densités d'équipements sont très nettement inférieures à la moyenne nationale (encadré 4). Ainsi la Champagne-Ardenne et, dans une moindre mesure, la Haute-Normandie et la Franche-Comté apparaissent moins bien équipées que la moyenne et, malgré des fuites importantes de patients vers d'autres régions, les indices comparatifs d'hospitalisation selon les CMC restent plus faibles, traduisant une plus faible prise en charge des patients de ces régions, nettement inférieure en Champagne-Ardenne. En dehors d'une densité d'équipement plus favorable, la situation de la Picardie rejoint celle de ces trois régions.

La Basse-Normandie, apparaît moins bien équipée que la moyenne, mais elle accueille des patients d'autres régions. Cependant, là aussi, les indices comparatifs sur les CMC produites pour leurs patients sont plus faibles, traduisant une moindre prise en charge des patients. De plus, la région Basse-Normandie présente une mortalité plus élevée que la moyenne pour les cardiopathies ischémiques et les pathologies liées à l'abus d'alcool.

La Bourgogne présente des indices comparatifs de CMC pour leurs patients proches de la moyenne nationale malgré des densités d'équipements moindres mais avec des prises en charge réalisées dans d'autres régions.

Parmi les régions présentant des taux d'hospitalisation standardisés proches de la moyenne nationale, l'Alsace et le Languedoc-Roussillon présentent des densités d'équipements plus importantes mais accueillent également des patients d'autres régions. Le Nord-Pas-de-Calais présente une mortalité plus élevée que la moyenne pour plusieurs pathologies mais accueille également des patients d'autres régions malgré un équipement moindre.

Par contre, trois régions ont des taux d'hospitalisation très supérieurs au taux national : il s'agit de Provence-Alpes-Côte d'Azur, du

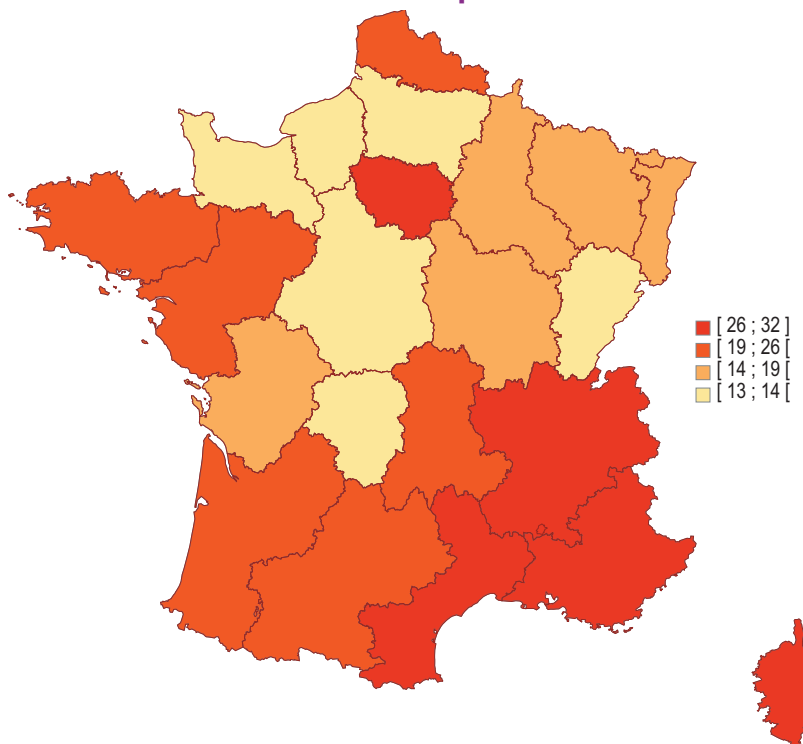
12. Les pathologies traceuses ne représentent pas l'exhaustivité des prises en charge décrites dans chaque CMC, et sont à considérer qualitativement.

Languedoc-Roussillon et de la Lorraine. Les deux premières régions disposent des capacités d'accueil les plus élevées, très supérieures à la moyenne nationale, ont des taux d'hospitalisation standardisés très élevés (respectivement 3,75 et 16,24), et présentent une absence de surmortalité pour les pathologies considérées. Ceci suggère qu'elles accueillent des patients en provenance d'autres régions. En effet, l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris et les Hospices civils de Lyon possèdent des structures de SSR implantées en région Provence-Alpes-Côte d'Azur et y accueillent des résidents de cette région mais aussi des patients de l'Île-de-France et de la région Rhône-Alpes. La Lorraine, quant à elle, est dans une situation plus particulière puisqu'elle est un peu moins dotée qu'en moyenne et accueille pourtant des patients d'autres régions. Par ailleurs, son taux d'hospitalisation standardisé est six fois supérieur (6,67) au taux national. Cela peut s'expliquer par des durées de séjours plus courtes que celles des autres régions : en effet la durée médiane des séjours lorrains est de 22 jours, contre 27 jours pour les autres régions. La Corse apparaît beaucoup mieux équipée que

la moyenne nationale, alors qu'une partie importante des patients résidant en Corse sont pris en charge dans d'autres régions (taux de fuite à 18,3) et que son taux d'hospitalisation standardisé est proche du taux national (0,95). Pour ses patients, cette région produit nettement plus de soins nutritionnels que la moyenne française et, à un degré moindre, des soins cardiovasculaires et respiratoires, alors que l'on ne retrouve pas de surmortalité régionale pour ces pathologies, posant la question de l'adéquation de l'offre à la demande de la région.

Les soins de suite et de réadaptation développent des soins bien plus complexes que la seule rééducation mécanique. Leur mise en œuvre mobilise des compétences multiples : des médecins, principalement qualifiés en médecine physique et de réadaptation, voire dans d'autres disciplines (cardiologie, pneumologie, pédiatrie...), coordonnent les soins avec des ergothérapeutes, des kinésithérapeutes, des psychomotriciens, des orthophonistes, des diététiciens, des psychologues, des assistants des services sociaux, des éducateurs de jeunes enfants, des orthoprothésistes et des éducateurs médico-sportifs.

CARTE 7

Densité* de masseurs kinésithérapeutes libéraux en 2008

* Densité de masseurs kinésithérapeutes libéraux pour 10 000 personnes de 50 ans ou plus.

Sources • Répertoire Adeli 2008, DREES ; données de population INSEE, traitements DREES.

Si la kinésithérapie de ville contribue à la rééducation des patients, elle ne peut pas se substituer à l'offre de soins des établissements de SSR. La Haute autorité de santé a diffusé des recommandations portant sur un nombre limité d'actes chirurgicaux et orthopédiques qui ne nécessitent pas, de manière générale, de recourir à une hospitalisation en vue de la dispensation des soins de suite et de réadaptation¹³.

On note, à cet égard, que les régions ayant des capacités d'accueil en établissements de SSR inférieures à la moyenne nationale sont également celles qui ont les densités les plus faibles de kinésithérapeutes libéraux et donc également un moindre recours possible à la kinésithérapie de ville (carte 7).

* *
* *

Dans le cadre des plans régionaux de santé (PRS) et des nouveaux schémas d'organisation des soins (SROS), les agences régionales de santé (ARS) finalisent actuellement des plans d'action pour une organisation territoriale permettant de répondre aux grands enjeux concernant les SSR que sont l'adéquation aux besoins des populations et une meilleure articulation entre les structures en amont (MCO) et en aval (EHPAD). Ces PRS/SROS s'appuieront sur les décrets de 2008 et devront définir des offres selon les soins requis : offre de SSR de proximité pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes notamment, offre de SSR par territoire de santé pour les principales prises en charge de rééducation (affections de l'appareil locomoteur et du système nerveux), et enfin offre de SSR régionaux pour les prises en charge les plus spécifiques.

13. Recommandations portant sur les actes chirurgicaux et orthopédiques ne nécessitant pas, pour un patient justifiant des soins de masso-kinésithérapie, de recourir de manière générale à une hospitalisation en vue de la dispensation des soins de suite et de réadaptation, HAS, mars 2006.

ENCADRÉ 4

Synthèses régionales de l'activité en SSR en France métropolitaine

	Taux standardisés d'hospitalisation	Densité d'équipement	Accueil de la région	Densité de kinésithérapeutes libéraux	Indices comparatifs pour CMC particulière (IC_CMC)	Surmortalité (>20%)	Sous mortalité (<20%)	Synthèse	
Alsace	+	+	+	---	Cardiovasculaire et respiratoire : 1,3	Cardiopathie ischémique : +	Abus Alcool : —	Taux d'hospitalisation supérieur à la moyenne nationale Densité de kinésithérapeutes libéraux très inférieure à la moyenne nationale Surmortalité cardiaque, pathologies nutritionnelles/endocriniennes/métaboliques Région assurant des prises en charge pour d'autres régions	
					Soins nutritionnels : 1,5	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques : +			
					Rhumato-orthopédie : 1,1	Arthrite rhumatoïde : ++			
					Santé mentale : 1,1				
Aquitaine	=	=	+	+	Cardiovasculaire et respiratoire : 1,2	Arthrite rhumatoïde : —	Abus Alcool : —	Taux d'hospitalisation équivalent à la moyenne nationale Densité d'équipement équivalent à la moyenne nationale Densité de kinésithérapeutes libéraux supérieure à la moyenne nationale Pas de surmortalité notable Région assurant des prises en charge pour d'autres régions	
					Santé mentale : 0,8				
					Rhumato-orthopédie : 0,9				
Auvergne	-	-	--	--	Soins neuromusculaires : 0,7	Arthrite rhumatoïde : ++	Abus alcool : +	Taux d'hospitalisation un peu inférieur à la moyenne nationale Densité d'équipement un peu inférieure à la moyenne nationale Densité de kinésithérapeutes libéraux inférieure à la moyenne nationale Surmortalité liée à abus alcool, pathologies nutritionnelles/endocriniennes/métaboliques Indices comparatifs plutôt bas pour les CMC de santé mentale et de soins nutritionnels Résidents pris en charge dans d'autres régions	
					Soins nutritionnels : 0,9				Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques : +
					Santé mentale : 0,8				
					Rhumato-orthopédie : 0,8				
Basse-Normandie	-	-	++	----	Santé mentale : 1	Cardiopathie ischémique : +	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques : —	Taux d'hospitalisation un peu inférieur à la moyenne nationale Densité d'équipement un peu inférieure à la moyenne nationale Densité de kinésithérapeutes libéraux très inférieure à la moyenne nationale Surmortalité liée à abus alcool, pathologies cardiovasculaires Indice comparatif plutôt bas pour la CMC cardiovasculaire et respiratoire Région assurant des prises en charge pour d'autres régions	
					Cardiovasculaire et respiratoire : 0,8				
					Soins nutritionnels : 0,7				
					Rhumato-orthopédie : 1	Arthrite rhumatoïde : +			

Lecture • Exemple de la région Alsace : la densité d'équipement en SSR est supérieure à la moyenne nationale. Le taux d'hospitalisation en SSR (nombre de patients hospitalisés dans la région en SSR rapporté au nombre d'habitants de la région de plus de 50 ans), standardisé selon le sexe et l'âge est supérieur à la moyenne nationale. Le solde entre les patients de la région qui sont soignés hors région et ceux d'autres régions hospitalisés en Alsace est positif, en conséquence, l'Alsace assure des prises en charge pour des patients d'autres régions. Le nombre de kinésithérapeutes libéraux, rapporté à la population alsacienne est inférieur à la moyenne nationale. Les établissements de la région alsacienne produisent plus de CMC cardiovasculaire et respiratoire qu'en moyenne en France à structures d'âge et de sexe égales. Les taux standardisés de mortalité par cardiopathie ischémique sont plus élevés en Alsace qu'en moyenne française. Les établissements produisent plus de CMC en santé mentale et les taux de mortalité standardisés par abus d'alcool y sont moindres que sur l'ensemble de la France métropolitaine.

Synthèses régionales de l'activité en SSR en France métropolitaine

	Taux standardisés d'hospitalisation	Densité d'équipement	Accueil de la région	Densité de kinésithérapeutes libéraux	Indices comparatifs pour CMC particulière (IC_CMC)	Surmortalité (>20%)	Sous mortalité (<20%)	Synthèse
Bourgogne	—	—	---	-----	Cardiovasculaire et respiratoire : 0,8 Soins nutritionnels : 0,6			Taux d'hospitalisation un peu inférieur à la moyenne nationale Densité d'équipement un peu inférieure à la moyenne nationale Densité de kinésithérapeutes libéraux très inférieure à la moyenne nationale Résidents pris en charge dans d'autres régions
Bretagne	=	—	+	+	Cardiovasculaire et respiratoire : 0,9 Soins neuromusculaires : 1 Soins nutritionnels : 0,4 Santé mentale : 0,9	Cardiopathie ischémique : + Maladies cérébrovasculaires : ++ Abus alcool : ++	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques : --	Taux d'hospitalisation équivalent à la moyenne nationale Densité d'équipement inférieure à la moyenne nationale Densité de kinésithérapeutes libéraux supérieure à la moyenne nationale Surmortalité liée à abus alcool, aux pathologies cardiovasculaires et maladies cérébrovasculaires Indices comparatifs plutôt bas pour les CMC de santé mentale, cardiovasculaire et respiratoire Région assurant des prises en charge pour d'autres régions
Centre	—	---	—	-----	Santé mentale : 0,9	Abus alcool : ++		Taux d'hospitalisation un peu inférieur à la moyenne nationale Densité d'équipement inférieure à la moyenne nationale Densité de kinésithérapeutes libéraux très inférieure à la moyenne nationale Surmortalité liée à l'abus d'alcool Indice comparatif plutôt bas pour la CMC de santé mentale Résidents pris en charge dans d'autres régions
Champagne-Ardenne	---	-----	-----	-----	Santé mentale : 0,8 Rhumato-orthopédie : 0,8 Soins nutritionnels : 0,4	Abus alcool : ++ Arthrite rhumatoïde : +		Taux d'hospitalisation bien inférieur à la moyenne nationale Densité d'équipement très inférieure à la moyenne nationale Densité de kinésithérapeutes libéraux très inférieure à la moyenne nationale Surmortalité liée à l'abus d'alcool et aux pathologies nutritionnelles/endocriniennes/métaboliques Indices comparatifs plutôt bas pour les CMC de soins nutritionnels et de santé mentale Grande partie de résidents pris en charge dans d'autres régions

Méthode :

Les taux d'hospitalisation sont standardisés, par méthode directe, selon l'âge et le sexe des patients : + variation de 20 %, ++ variation de 40 %, +++ variation de 60 %, ++++ > 60 %
Densité d'équipement, calculée par rapport à la densité nationale : + variation de 10 %, ++ variation de 20 %, +++ variation de 30 %

Densité de kinésithérapeutes libéraux calculée par rapport à la densité nationale : + variation de 10 %, ++ variation de 20 %, +++ variation de 30 %, ++++ variation de plus de 30 % par rapport à la moyenne

Accueil de la région, solde entre taux d'entrée et de fuite : + écart en valeur absolue de 5 points, ++ écart de 10 points, +++ écart de 15 points

Taux de surmortalité : + concernent les hommes ou les femmes, ++ concernent les hommes et les femmes

Classement des pathologies par ordre de fréquence de séjours sur le champ France entière :

les cardiopathies ischémiques sont rapprochées de la CMC cardiovasculaire et respiratoire ;

les maladies cérébrovasculaires de la CMC neurovasculaire ;

les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques de la CMC nutritionnelle ;

les tumeurs du colon, du rectum et de l'anus de la CMC des soins viscéraux ;

l'abus d'alcool de la CMC de soins de santé mentale ;

l'arthrite rhumatoïde et l'ostéoarthrite sont rapprochées de la CMC rhumato-orthopédique ; cependant, elles ne permettent pas d'approcher la partie orthopédique.

Synthèses régionales de l'activité en SSR en France métropolitaine

	Taux standardisés d'hospitalisation	Densité d'équipement	Accueil de la région	Densité de kinésithérapeutes libéraux	Indices comparatifs pour CMC particulière (IC_CMC)	Surmortalité (>20%)	Sous mortalité (<20%)	Synthèse
Corse	—	++	---	++++	Soins nutritionnels : 5,1	Arthrite rhumatoïde : +	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques : —	Taux d'hospitalisation un peu inférieur à la moyenne nationale Densité d'équipement supérieure à la moyenne nationale Densité de kinésithérapeutes libéraux très supérieure à la moyenne nationale Indice comparatif très élevé pour la CMC de soins nutritionnels et élevé pour la CMC cardiovasculaire et respiratoire Grande partie de résidents pris en charge dans d'autres régions
					Cardiovasculaire et respiratoire : 1,3			
					Rhumato-orthopédie : 1			
Franche-Comté	—	---	----	-----	Soins nutritionnels : 0,7	Arthrite rhumatoïde : +		Taux d'hospitalisation un peu inférieur à la moyenne nationale Densité d'équipement inférieure à la moyenne nationale Densité de kinésithérapeutes libéraux très inférieure à la moyenne nationale Indice comparatif plutôt bas pour la CMC de soins nutritionnels Grande partie de résidents pris en charge dans d'autres régions
					Rhumato-orthopédie : 0,9			
Haute-Normandie	—	---	---	-----	Cardiovasculaire et respiratoire : 0,7	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques : ++	Abus alcool : ++	Taux d'hospitalisation un peu inférieur à la moyenne nationale Densité d'équipement très inférieure à la moyenne nationale Densité de kinésithérapeutes libéraux très inférieure à la moyenne nationale Surmortalité liée à l'abus d'alcool et aux pathologies nutritionnelles/endocriniennes/métaboliques Une partie des résidents pris en charge dans d'autres régions
					Soins nutritionnels : 0,6			
					Santé mentale : 1,4			
Île-de-France	—	++	—	+++	Soins neuromusculaires : 1		Maladies cérébrovasculaires : — Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques : — — Abus alcool : — —	Taux d'hospitalisation un peu inférieur à la moyenne nationale Densité d'équipement très supérieure à la moyenne nationale Densité de kinésithérapeutes libéraux très supérieure à la moyenne nationale Petite partie de résidents pris en charge dans d'autres régions
					Soins nutritionnels : 0,9			
					Santé mentale : 1			
Languedoc-Roussillon	++++	++	++	++++	Soins nutritionnels : 1,6		Arthrite rhumatoïde : — —	Taux d'hospitalisation très supérieur à la moyenne nationale Densité d'équipement très supérieure à la moyenne nationale Densité de kinésithérapeutes libéraux très supérieure à la moyenne nationale Indice comparatif plutôt élevé pour la CMC de soins nutritionnels et de rhumato-orthopédie Région assurant des prises en charge pour d'autres régions
					Rhumato-orthopédie : 1,3			

Synthèses régionales de l'activité en SSR en France métropolitaine

	Taux standardisés d'hospitalisation	Densité d'équipement	Accueil de la région	Densité de kinésithérapeutes libéraux	Indices comparatifs pour CMC particulière (IC_CMC)	Surmortalité (>20%)	Sous mortalité (<20%)	Synthèse
Limousin	---	---	-	-----	Rhumato-orthopédie : 0,7 Santé mentale : 0,7 Soins nutritionnels : 0,7	Arthrite rhumatoïde : ++ Abus alcool : ++ Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques : +		Taux d'hospitalisation très inférieur à la moyenne nationale Densité d'équipement inférieure à la moyenne nationale Densité de kinésithérapeutes libéraux très inférieure à la moyenne nationale Surmortalité par abus d'alcool et liée aux pathologies nutritionnelles/endocriniennes/métaboliques Indices comparatifs plutôt bas pour les CMC de soins nutritionnels, de santé mentale et de rhumato-orthopédie Petite partie de résidents pris en charge dans d'autres régions
Lorraine	++++	-	+	-----	Santé mentale : 1,3 Soins nutritionnels : 1 Viscérale : 0,8	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques : ++ Tumeurs intestin : +		Taux d'hospitalisation très supérieur à la moyenne nationale Densité d'équipement un peu inférieure à la moyenne nationale Densité de kinésithérapeutes libéraux très inférieure à la moyenne nationale Surmortalité pour les pathologies nutritionnelles/endocriniennes/métaboliques et les tumeurs intestinales Indice comparatif plutôt bas pour la CMC de soins viscéraux. Région assurant des prises en charge pour d'autres régions
Midi-Pyrénées	-	+	+	++	Soins nutritionnels : 1,4 Soins post-traumatiques : 1,2 Santé mentale : 0,7 Rhumato-orthopédie : 1,1		Abus alcool : -- Arthrite rhumatoïde : -	Taux d'hospitalisation un peu inférieur à la moyenne nationale Densité d'équipement supérieure à la moyenne nationale Densité de kinésithérapeutes libéraux supérieure à la moyenne nationale Indice comparatif plutôt élevé pour la CMC de soins nutritionnels Région assurant des prises en charge pour d'autres régions
Nord - Pas-de-Calais	++	-	++	++	Soins neuromusculaires : 1,7 Rhumato-orthopédie : 1,7 Soins post-traumatiques : 1,3 Cardiovasculaire et respiratoire : 1,1 Santé mentale : 1,6 Soins nutritionnels : 0,5 Soins viscéraux : 0,9	Maladies cérébrovasculaires : ++ Arthrite rhumatoïde : + Cardiopathie ischémique : ++ Abus alcool : ++ Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques : ++ Tumeurs intestin : ++		Taux d'hospitalisation supérieur à la moyenne nationale Densité d'équipement un peu inférieure à la moyenne nationale Densité de kinésithérapeutes libéraux très supérieure à la moyenne nationale Surmortalité liée aux pathologies nutritionnelles/endocriniennes/métaboliques, aux maladies cardiovasculaires, cérébrovasculaires, à l'abus d'alcool et aux tumeurs intestinales. Indice comparatif plutôt bas pour la CMC de soins nutritionnels et viscérale Région assurant des prises en charge pour d'autres régions

Synthèses régionales de l'activité en SSR en France métropolitaine

	Taux standardisés d'hospitalisation	Densité d'équipement	Accueil de la région	Densité de kinésithérapeutes libéraux	Indices comparatifs pour CMC particulière (IC_CMC)	Surmortalité (>20%)	Sous mortalité (<20%)	Synthèse
Pays de la Loire	+++	--	-	--	Cardiovasculaire et respiratoire : 0,7 Rhumato-orthopédie : 0,9 Soins nutritionnels : 0,4		Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques : --	Taux d'hospitalisation très supérieur à la moyenne nationale Densité d'équipement inférieure à la moyenne nationale Densité de kinésithérapeutes libéraux très inférieure à la moyenne nationale Petite partie des résidents pris en charge dans d'autres régions
Picardie	--	=	---	---	Rhumato-orthopédie : 1,3 Soins neuromusculaires : 1,3 Santé mentale : 1,1 Soins viscéraux : 0,8 Soins nutritionnels : 0,6	Arthrite rhumatoïde : ++ Abus alcool : ++	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques : ++	Taux d'hospitalisation inférieur à la moyenne nationale Densité d'équipement équivalente à la moyenne nationale Densité de kinésithérapeutes libéraux très inférieure à la moyenne nationale Surmortalité liée aux pathologies nutritionnelles/endocriniennes/métaboliques et à l'abus d'alcool Indice comparatif plutôt bas pour la CMC de soins nutritionnels Grande partie de résidents pris en charge dans d'autres régions
Poitou-Charentes	---	---	+	---	Rhumato-orthopédie : 0,7 Soins nutritionnels : 0,5		Arthrite rhumatoïde : —	Taux d'hospitalisation très inférieur à la moyenne nationale Densité d'équipement très inférieure à la moyenne nationale Densité de kinésithérapeutes libéraux très inférieure à la moyenne nationale Région assurant des prises en charge pour d'autres régions
Provence-Alpes-Côte d'Azur	++++	+++	+	++++	Cardiovasculaire et respiratoire : 1,3 Soins nutritionnels : 2,3 Santé mentale : 0,9 Rhumato-orthopédie : 1,1		Abus alcool : -- Arthrite rhumatoïde : —	Taux d'hospitalisation très supérieur à la moyenne nationale Densité d'équipement très supérieure à la moyenne nationale Densité de kinésithérapeutes libéraux très supérieure à la moyenne nationale Région assurant des prises en charge pour d'autres régions
Rhône-Alpes	+	+	+	+++	Santé mentale : 1,1		Abus alcool : --	Taux d'hospitalisation supérieur à la moyenne nationale Densité d'équipement supérieure à la moyenne nationale Densité de kinésithérapeutes libéraux très supérieure à la moyenne nationale Région assurant des prises en charge pour d'autres régions

DOSSIERS SOLIDARITÉ ET SANTÉ

Directrice de publication : Anne-Marie Brocas
Secrétariat de rédaction : Catherine Demaison
Mise en page : La Souris