

En 2017, 1 841 établissements déclarent une activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) en France métropolitaine et dans les DROM. Ils disposent de 119 000 lits et places dédiés au moyen séjour, soit 25 % des capacités d'hospitalisation complète ou partielle offertes sur le territoire. 1,5 million de séjours et 38 millions de journées d'hospitalisation complète ou partielle sont enregistrés en SSR, soit 28 % de l'activité hospitalière totale de 2017. L'hospitalisation complète reste prédominante (89 % des capacités). L'hospitalisation partielle est plus fréquente dans le secteur privé à but non lucratif. L'Île-de-France et le sud de la France sont les régions les plus dotées en lits et en places.

38 % des capacités de SSR sont offertes par les établissements publics

L'offre en soins de suite et de réadaptation (SSR) est assurée par 1 841 établissements en France métropolitaine et dans les DROM (*tableau 1*). Un établissement sur deux relève du secteur public, la moitié restante se partageant à parts égales entre les secteurs privés à but lucratif et à but non lucratif. En 2017, ces établissements disposent de 119 000 lits et places répartis pour 38 % dans le public, 29 % dans le privé à but non lucratif et 33 % dans le privé à but lucratif. Ces 119 000 lits et places représentent 25 % des capacités hospitalières totales (court, moyen et long séjours confondus).

L'activité des SSR, avec 1,5 million de séjours, soit 38 millions de journées, représente 28 % de l'activité hospitalière totale. La part relative du privé à but non lucratif est un peu moins importante en journées qu'en nombre de lits et de places (27 %, contre 29 %). Ceci est lié au fait que, si l'hospitalisation complète domine encore largement l'activité de SSR (89 % des journées), l'hospitalisation partielle est plus développée dans le secteur privé à but non lucratif (15 % des journées, contre 12 % dans le privé à but lucratif et seulement 7 % dans le public). Ces différences pourraient s'expliquer, en partie, par la diversité des patientèles prises en charge.

Par exemple, les patients des établissements privés à but non lucratif sont en moyenne plus jeunes (voir la fiche 22, « La patientèle des établissements de soins de suite et réadaptation »). Enfin, la durée moyenne de séjour en hospitalisation à temps complet est plus élevée dans les établissements privés à but lucratif : elle y atteint 35,3 jours contre 33,6 jours dans les établissements publics et 33,7 jours dans les établissements privés à but non lucratif¹.

Le personnel non médical est majoritairement soignant

Calculé en équivalent temps plein (ETP), le personnel non médical des établissements de SSR est en moyenne de 0,9 ETP par lit : 0,3 ETP de personnel aide-soignant, 0,3 ETP de personnel infirmier, 0,1 ETP de personnel de rééducation (masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes, psychomotriciens, diététiciens) et 0,2 ETP d'autres types de personnel (personnels administratifs, techniques et médico-techniques, psychologues, personnel éducatif, assistants de service social) (*tableau 1*). Les établissements publics allouent en moyenne deux fois plus d'aides-soignants (0,4 ETP par lit ou place) que les établissements du secteur privé à but lucratif (0,2 ETP par lit ou place). Aux côtés du personnel non médical, le personnel médical compte

1. À partir de 2017, le jour de sortie d'hospitalisation à temps complet n'est plus compté comme un jour de présence, sauf en cas de décès de patient. Les résultats sur les nombres de journées de présence ou les durées de séjours ne sont donc pas directement comparables avec ceux des éditions précédentes de cet ouvrage.

essentiellement des médecins généralistes, des médecins de médecine physique et réadaptation ainsi que des gériatres.

L'activité de SSR est plus développée en Île-de-France et dans le sud de la France

Au niveau national, la densité moyenne des capacités en SSR s'élève à 462 lits et places pour 100 000 habitants de 50 ans ou plus². Les régions métropolitaines qui se distinguent par les densités les plus élevées sont la région PACA, l'Île-de-France, l'Occitanie et la Corse (tableau 2). Pour les trois premières, les taux d'hospitalisation

standardisés sont également plus élevés que la moyenne. À l'opposé, la Nouvelle-Aquitaine et les Pays de la Loire sont les régions les moins équipées de la métropole en SSR et leurs taux d'hospitalisation standardisés sont plus faibles. Dans les DROM, la Guadeloupe fait partie des départements les mieux dotés en lits et places de SSR, alors que la Martinique est bien moins dotée que les départements métropolitains. Mayotte ne dispose d'aucun établissement de SSR en 2017. Si les disparités géographiques d'offre de soins restent importantes, elles sont en baisse depuis une dizaine d'années (Charavel *et al.*, 2018).

Tableau 1 Capacités, activité et personnel des établissements développant des soins de suite et de réadaptation selon leur statut juridique en 2017

	Secteur public	Secteur privé à but non lucratif	Secteur privé à but lucratif	Ensemble
Nombre d'établissements	900	465	476	1 841
Nombre de lits et places, dont :	45 434	34 627	38 870	118 931
hospitalisation partielle (part en %)	3 528 (8 %)	5 174 (15 %)	4 504 (12 %)	13 206 (11 %)
Nombre de séjours (en milliers), dont :	584	434	457	1 475
hospitalisation partielle (part en %)	151 (26 %)	150 (35 %)	98 (21 %)	399 (27 %)
Nombre de journées de présence (en milliers), dont :	14 262	10 099	13 181	37 542
hospitalisation partielle (part en %)	992 (7 %)	1 545 (15 %)	1 589 (12 %)	4 127 (11 %)
Durée moyenne des séjours d'hospitalisation complète terminés¹ en 2017 (en journées)	33,6	33,7	35,3	34,2
Ratio moyen de personnel aide-soignant (ETP par lit)	0,4	0,3	0,2	0,3
Ratio moyen de personnel infirmier (ETP par lit)	0,3	0,2	0,2	0,3
Ratio moyen de personnel de rééducation² (ETP par lit)	0,1	0,1	0,1	0,1
Ratio moyen d'autres types de personnel³ (ETP par lit)	0,2	0,2	0,1	0,2

1. Environ 993 000 séjours d'hospitalisation complète terminés sont décomptés en 2017, soit 67 % des séjours de SSR. Le jour de sortie d'hospitalisation n'est en général plus compté comme un jour de présence à partir de 2017. La durée moyenne de séjour ne peut donc pas être comparée directement avec celle de 2016.

2. Le personnel désigné comme personnel de rééducation, ou rééducateurs, comprend les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les ergothérapeutes et les psychomotriciens.

3. Les autres types de personnel sont les psychologues, les diététiciens, les personnels éducateurs, les assistants de service social, etc.

Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris les SSA et les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, tous types d'hospitalisation confondus.

Sources > ATIH, PMSI-SSR 2017 pour l'activité, traitements DREES ; DREES, SAE 2017 pour la capacité et le personnel, traitements DREES.

2. Les séjours des patients de 50 ans ou plus représentent 80 % des séjours de SSR.

Les flux de patients entre régions peuvent contribuer à compenser ces disparités territoriales d'offre. Plusieurs régions faiblement dotées en SSR présentent ainsi un solde négatif entre taux d'entrée et taux de fuite. En d'autres termes, les résidents de ces régions moins dotées sont plus souvent pris en charge dans d'autres régions que ces régions moins dotées n'accueillent de patients non résidents. C'est notamment le cas de la région Bourgogne- Franche-Comté qui a tendance à « perdre » des patients³. À l'opposé, les régions Occitanie et PACA ont un solde positif en lien avec des capacités d'accueil plus élevées que la moyenne nationale. Toutefois,

l'analyse des capacités d'accueil en SSR par grande région peut être trompeuse : dans certaines régions, l'offre de SSR est plutôt homogène : dans d'autres, de fortes disparités départementales existent (*carte 1*). Ainsi, la région Occitanie occupe la troisième place des régions les plus dotées en lits et en places de SSR, mais les densités infra-régionales sont très hétérogènes : sur les 13 départements qui la composent, 4 ont des densités supérieures à 545 lits et places pour 100 000 habitants de 50 ans ou plus (correspondant au dernier quintile), alors que 5 autres ont des densités inférieures à 410 lits et places pour 100 000 habitants de 50 ans ou plus. ■

Tableau 2 Solde entre les taux de fuite et les taux d'entrée en SSR en 2017 selon la région d'hospitalisation

	Densité de lits et de places ¹	Solde sur l'ensemble de l'activité ²	Rapport du taux d'hospitalisation standardisé au taux national ³
PACA	587	2,5	1,06
Île-de-France	518	-1,2	1,03
Occitanie	490	3,5	1,01
Corse	487	-12,2	0,98
Hauts-de-France	454	2,1	1,07
Auvergne - Rhône-Alpes	452	-0,7	1,00
Normandie	444	-1,4	1,00
Bourgogne - Franche-Comté	434	-3,2	0,95
Centre - Val de Loire	433	-1,6	0,87
Grand-Est	421	-0,4	1,06
Bretagne	412	0,6	1,05
Nouvelle-Aquitaine	405	1,8	0,92
Pays de la Loire	403	-1,4	0,83
Guadeloupe	543	-5,8	1,80
Guyane	476	-48,8	0,45
La Réunion	469	0,3	1,23
Martinique	352	-4,1	0,76
Mayotte	0	-	-
France entière	462	-	1,00

1. Densité de lits et de places pour 100 000 personnes de 50 ans ou plus.

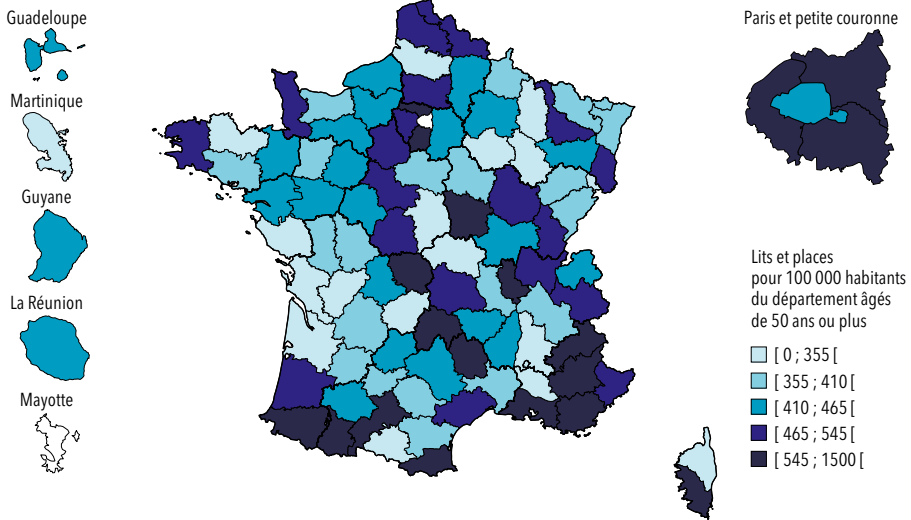
2. Le solde est la différence entre le taux d'entrée et le taux de fuite.

3. Méthode de standardisation directe selon le sexe et l'âge.

Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA et les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, tous types d'hospitalisation confondus. Les données sur la Guadeloupe incluent Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Sources > ATIH, PMSI-SSR 2017, traitements DREES ; DREES, SAE 2017, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2017.

1. La Corse et les DROM (hormis La Réunion) ont également tendance à « perdre » des patients.

Carte 1 Densité de capacités en lits et en places de SSR en 2017

Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA et les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, tous types d'hospitalisation confondus. Les données sur la Guadeloupe incluent Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Sources > DREES, SAE 2017, traitements DREES ; Insee, estimation de population au 1^{er} janvier 2017.

Encadré Sources et méthodes**Champ**

Établissements de santé en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA) et les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, exerçant une activité de SSR en 2017. L'activité comprend des prises en charge polyvalentes ou spécialisées soit pour les conséquences fonctionnelles de certaines affections (appareil locomoteur, système nerveux, cardio-vasculaires, etc.) soit pour des populations particulières (personnes âgées à polypathologies, enfants, etc.). Le total des capacités d'accueil est déclaré dans la SAE et l'activité enregistrée dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Les séjours comprennent ceux commencés avant 2017 et ceux non terminés fin 2017. Les journées sont celles de l'année 2017 (sont exclues les journées antérieures à 2017 pour les séjours ayant déjà commencé).

Sources

Le PMSI, mis en place par la Direction générale de l'offre soins (DGOS) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), fournit une description médico-économique de l'activité des établissements de santé. Le PMSI-SSR, créé en 2008, s'est développé progressivement. Depuis 2013, on considère que le recueil est exhaustif et les données ne sont plus pondérées. La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements et les facteurs de production associés (capacités, personnel, etc.).

Définitions

- > **Taux d'entrée** : proportion des séjours de non-résidents pris en charge dans la région.
- > **Taux de fuite** : proportion des séjours des résidents d'une région pris en charge dans une autre région.
- > **Taux d'hospitalisation standardisé** : rapport, pour une région donnée, du nombre de patients résidents hospitalisés (dans la région ou dans une autre région) à la population de la région (taux brut). La standardisation consiste à affecter à la région la structure par sexe et par âge de la France entière.

Pour en savoir plus

> **Charavel, C., Mauro, L. et Seimandi, T.** (2018). Les soins de suite et de réadaptation entre 2008 et 2016 : forte progression de l'activité, en réponse au vieillissement de la population. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 30.