

Études & Résultats

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES



DÉCEMBRE
2015
NUMÉRO
0943

Soins de suite et de réadaptation : les personnes de 70 ans ou plus effectuent la moitié des séjours

Les patients de 70 ans ou plus sont les plus nombreux à effectuer des séjours hospitaliers de soins de suite et de réadaptation (SSR). En 2011, ils représentent plus de la moitié des séjours de SSR de l'année, soit 700 000 séjours pour près de 535 000 personnes. La moitié d'entre elles sont âgées de 80 à 89 ans. Il s'agit en majorité d'hospitalisation complète. Les deux tiers des personnes concernées sont des femmes.

Les fractures osseuses, les arthropathies, les difficultés à la marche et les démences sont les principales pathologies à l'origine de ces hospitalisations. Les patients y bénéficient d'actes de rééducation portant pour beaucoup sur la mobilisation articulaire et les déplacements (rééducation, réadaptation et entraînement à la marche ou à la déambulation avec aides techniques et transferts).

À l'issue des séjours de SSR, plus des deux tiers des personnes regagnent leur domicile ou intègrent un substitut de domicile (établissement d'hébergement pour personnes âgées, maison de retraite, etc.). 13 % des séjours se terminent par une orientation vers un service de médecine ou de chirurgie et 5 % par un décès.

Près de 535 000 personnes de 70 ans ou plus ont réalisé 700 000 séjours hospitaliers de soins de suite et réadaptation (SSR) en 2011, soit plus de la moitié des séjours de SSR réalisés au cours de l'année (encadrés 1 et 2). Plus de la moitié de ces patients sont âgés de 80 à 89 ans (graphique 1) et les deux tiers sont des femmes. Celles-ci cumulent plus de journées d'hospitalisation que les hommes : 38,7 journées dans l'année, contre 35,9 pour les hommes (graphique A disponible sur le site Internet de la DREES). Dans 80 % des cas, ces séjours s'inscrivent dans la poursuite de soins débutés en hospitalisation de court séjour, en médecine ou en chirurgie. Comme à tous les âges, ils visent à prévenir ou à réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences des patients et à promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion.

La majorité d'entre eux (92 %) font l'objet d'une hospitalisation complète, dont la part varie selon le motif de la prise en charge (tableau 1). Les troubles mentaux et du comportement ou les maladies du système nerveux nécessitent moins souvent une hospitalisation complète (respectivement 76 % et 87 % des séjours). La proportion de celle-ci augmente avec l'âge, passant de 86 % pour les patients



1. L'information sur la destination des patients après le séjour en SSR n'est pas disponible pour 10 % des séjours, entraînant une sous-estimation des répartitions.

2. Intoxications, brûlures, complications de soins médicaux ou chirurgicaux.

3. Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire.

4. Dans cette étude, les maladies cérébro-vasculaires (accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire) sont classées dans les affections du système nerveux.

âgés de 70 à 74 ans à 97 % pour ceux âgés de 90 à 94 ans.

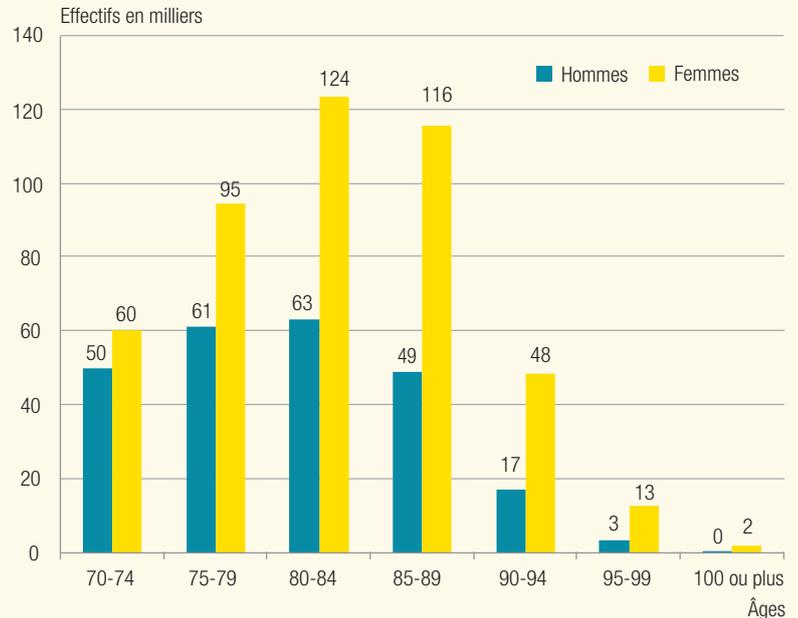
Dans la plupart des cas, les séjours se terminent par un retour au domicile, ou par une orientation vers un substitut de domicile (établissement d'hébergement pour personnes âgées, maison de retraite, etc.). Une hospitalisation vers un service de médecine ou de chirurgie est organisée dans 13 % des cas et 5 % des séjours se terminent par un décès¹ (tableau 2).

Les patients de 70 ans ou plus sont accueillis en SSR principalement à la suite de lésions traumatiques ou dues à d'autres causes externes² (18 % soit 128 500 séjours en 2011), des maladies du système ostéo-articulaire, des muscles ou du tissu conjonctif (17 %), à la suite de symptômes divers³ (13 %) ou d'affections de l'appareil cardio-vasculaire (12 %)⁴. Les maladies du système nerveux et les troubles mentaux viennent ensuite et cumulent 17 % des séjours (graphique 2). Parmi ces grands regroupements, quatre pathologies se distinguent par leur fré-



GRAPHIQUE 1

Répartition des séjours selon le sexe et l'âge



Champ • France métropolitaine et DOM (hors Mayotte), hors service de santé des armées et maisons d'enfants à caractère social temporaires, séjours réalisés pour les personnes de 70 ans ou plus.

Sources • PMSI-SSR 2011 (ATIH), SAE 2011, traitements DREES.



ENCADRÉ 1

Les particularités du programme médicalisé des systèmes d'information pour les soins de suite et de réadaptation

Les caractéristiques des séjours en soins de suite et de réadaptation (SSR) des personnes âgées sont disponibles grâce au recueil du Programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) pour les SSR.

Le recueil dans le PMSI-SSR

Le recueil des informations dans le PMSI-SSR se fait chaque semaine. Il concerne la morbidité principale, qui regroupe la finalité principale de prise en charge, le type de soins dont a bénéficié le patient, la manifestation morbide principale et l'affection étiologique, qui caractérisent la pathologie ou l'état de santé ayant motivé les soins. Les autres pathologies associées et les prises en charge au cours de l'hospitalisation sont recueillies, ainsi que la dépendance et les actes médico-techniques et de rééducation réalisés. Toutes ces informations sont colligées dans un résumé hebdomadaire standardisé, qui devient anonyme avant sa transmission à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation en un résumé hebdomadaire anonyme (RHA).

Un séjour en SSR est ainsi décomposé dans le recueil en autant de semaines qu'il le constitue. Dans les faits, certaines des caractéristiques du patient sont reportées à l'identique d'une semaine sur l'autre car elles n'ont pas varié sur la période. Pour certains patients dont l'état le permet, le séjour en SSR peut être entrecoupé de permissions en dehors de l'établissement de santé : ces permissions n'imposent pas de déclarer le démarrage d'un nouveau séjour si elles durent moins de 48 heures ; en revanche, on enregistrera deux séjours différents pour un même épisode interrompu par une permission de plus de 48 heures.

Du fait de ces particularités, on parle en SSR de jours de présence (durée d'un séjour hors jours de permission) et on utilise parfois le concept de journées annuelles cumulées pour s'affranchir des épisodes artificiellement découpés en deux séjours distincts (en complément de la notion de durée moyenne de séjour plus classiquement utilisée en court séjour).

La notion de dépendance

La dépendance est évaluée toutes les semaines à partir de la grille des activités de la vie quotidienne (AVQ). Cette grille mesure la réalisation d'une ou plusieurs activités de la vie courante par la cotation de quatre

variables physiques (l'habillement, les déplacements, l'alimentation, la continence) et deux variables cognitives (le comportement et les relations). Chaque variable est évaluée sur 4 points, soit un total sur 24 points : de l'autonomie complète (le patient réalise seul et correctement les tâches : 1 point) à une dépendance complète (le patient nécessite une aide complète pour la réalisation des tâches : 4 points). Les informations sont reportées dans les résumés hebdomadaires standardisés. L'évolution de la dépendance est ici mesurée par les variations enregistrées entre le RHA d'admission et celui de la sortie.

La grille des AVQ permet de cerner le besoin d'assistance des patients, dans les axes physiques et comportementaux. C'est un outil très indirect d'évaluation de l'autonomie des patients.

La mesure de la dépendance par cette grille n'est pas superposable à la gravité des déficiences pour lesquelles le patient a été hospitalisé en SSR. Par exemple, une personne bénéficiant de rééducation cardiaque à la suite d'un infarctus du myocarde peut être autonome pour toutes les variables de dépendance : elle peut savoir s'habiller, se déplacer et s'alimenter seule, être continent, présenter un comportement adapté et établir des relations satisfaisantes avec le personnel et les autres patients. Dans le cas de ce patient autonome, les soins de SSR porteront sur le reconditionnement à l'effort et sur l'éducation thérapeutique afin d'améliorer ses performances cardiaques et de prévenir la récurrence.

Par ailleurs, les SSR organisés pour des patients atteints de démence visent souvent à prévenir l'évolution de la dépendance au décours d'une pathologie aiguë. Le diagnostic d'un problème de santé somatique chez un patient dément est souvent difficile et long à établir, ce dernier exprimant principalement sa souffrance à travers des troubles du comportement ou une aggravation de sa dépendance. La prise en charge en SSR permet à la fois de réaliser des bilans cliniques et para-cliniques, d'effectuer des évaluations sociales et de prévenir, voire de réduire, la perte d'autonomie.

TABLEAU 1

Principales caractéristiques des séjours

Morbidité	Nombre de séjours	Nombre de journées de présence	Âge moyen à l'admission	Nombre de journées de présence par séjour	Part des séjours concernant des femmes (en %)	Part des séjours en hospitalisation complète (en %)	Nombre d'actes réalisés
Tous motifs, dont :	697 634	20 607 232	81,8	29,5	65	92	55 417 567
Lésions traumatiques ou autres causes externes, dont :	128 516	4 837 156	83,2	37,6	77	98	15 305 622
<i>fractures</i>	103 499	4 035 718	83,7	39,0	80	99	12 358 806
<i>complications de soins chirurgicaux et médicaux</i>	13 071	443 254	80,0	33,9	67	96	1 988 716
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif, dont :	118 624	3 041 867	79,1	25,6	72	92	15 107 183
<i>arthropathies (coxarthrose, gonarthrose)</i>	86 169	2 101 247	78,5	24,4	71	93	11 845 067
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, dont :	92 636	2 688 207	83,5	29,0	65	92	5 781 812
<i>marche difficile ou chutes à répétition</i>	48 554	1 512 242	83,9	31,1	67	92	3 392 673
<i>altération de l'état général ou fatigue</i>	19 836	557 742	83,6	28,1	63	98	863 043
Affection de l'appareil cardio-vasculaire, dont :	84 706	2 137 941	81,9	25,2	54	92	4 970 281
<i>insuffisance cardiaque</i>	25 570	686 911	84,7	26,9	62	98	1 081 741
<i>cardiopathies ischémiques</i>	21 089	451 700	79,7	21,4	44	81	988 934
Affections du système nerveux, dont :	56 814	1 955 003	80,4	34,4	55	87	8 380 287
<i>paralysies</i>	29 709	1 125 304	79,5	37,9	53	83	5 943 989
<i>maladies cérébro-vasculaires</i>	13 256	440 756	83,0	33,2	62	97	1 153 277
Trouble mentaux et du comportement, dont :	64 117	1 757 268	82,9	27,4	66	76	2 688 812
<i>démence (y compris Alzheimer)</i>	39 386	1 105 704	83,5	28,1	66	73	1 711 597

Champ • France métropolitaine et DOM (hors Mayotte), hors service de santé des armées et maisons d'enfants à caractère social temporaires, séjours réalisés pour les personnes de 70 ans ou plus.

Sources • PMSI-SSR 2011 (ATIH), SAE 2011, traitements DREES.

TABLEAU 2

Dépendance, provenance et destination des patients

En %

Morbidité	Dépendance globale moyenne			Provenance*				Destination*				
	Admission	Sortie	Différence	MCO	SSR	SLD	Domicile**	MCO	SSR	SLD	Domicile**	Décès
Tous motifs, dont :	13,0	12,3	-0,65	78	2	0	11	13	1	3	68	5
Lésions traumatiques ou autres causes externes, dont :	14,21	12,80	-1,41	89	3	0	6	14	2	2	76	2
<i>fractures</i>	14,6	13,1	-1,48	90	3	0	6	14	2	3	79	3
<i>complications de soins chirurgicaux et médicaux</i>	12,6	11,3	-1,28	89	3	0	4	19	1	1	72	1
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif, dont :	10,84	9,66	-1,18	83	2	0	7	7	1	1	83	0
<i>arthropathies (coxarthrose, gonarthrose)</i>	10,6	9,4	-1,28	86	2	0	5	5	1	0	86	0
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, dont :	13,89	13,50	-0,40	74	2	0	14	13	1	4	65	7
<i>marche difficile ou chutes à répétition</i>	14,1	13,4	-0,61	74	2	0	14	11	1	4	69	4
<i>altération de l'état général ou fatigue</i>	13,9	13,8	-0,06	78	2	0	16	16	1	3	64	12
Affection de l'appareil cardio-vasculaire, dont :	11,50	11,06	-0,43	79	2	0	10	16	1	2	67	5
<i>insuffisance cardiaque</i>	13,1	12,9	-0,18	87	2	0	8	19	1	3	65	9
<i>cardiopathies ischémiques</i>	9,7	9,3	-0,46	66	1	0	13	11	1	1	64	2
Affections du système nerveux, dont :	14,99	14,31	-0,68	68	2	0	14	12	2	4	61	5
<i>paralysies</i>	15,6	14,8	-0,77	62	2	0	15	13	2	4	55	4
<i>maladies cérébro-vasculaires</i>	15,3	14,6	-0,69	86	3	0	7	13	2	5	67	8
Trouble mentaux et du comportement, dont :	13,88	13,74	-0,14	50	2	0	19	7	1	5	54	3
<i>démence (y compris Alzheimer)</i>	14,6	14,6	-0,07	48	2	0	18	6	1	6	51	4

SSR : soins de suite et de réadaptation. SLD : soins de longue durée. MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

Note • Les informations sur les modes d'admission, de sortie et les dépendances sont exploitées uniquement sur les séjours réalisés entièrement en 2011. Ces derniers représentent 84 % des séjours réalisés en 2011.

* Pourcentages de séjours pour lesquels l'information sur les mouvements est renseignée dans les résumés hebdomadaires anonymes rapportés à l'ensemble des séjours complets.

** Domicile ou substitut du domicile (EHPAD par exemple).

Champ • France métropolitaine et DOM (hors Mayotte), hors service de santé des armées et maisons d'enfants à caractère social temporaires, séjours réalisés pour les personnes de 70 ans ou plus.

Sources • PMSI-SSR 2011 (ATIH), SAE 2011, traitements DREES.

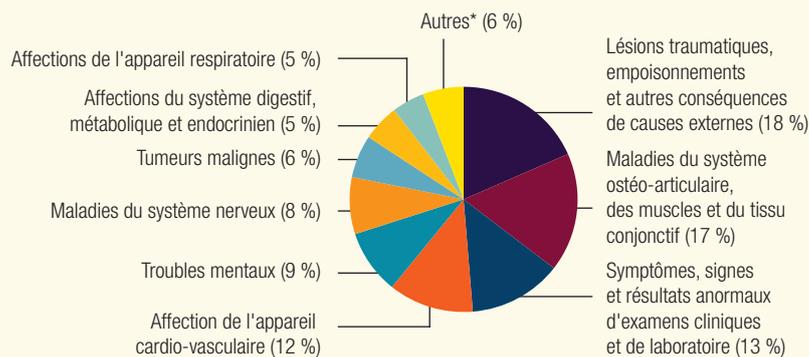
ENCADRÉ 2

Définitions

- **Soins de suite et de réadaptation (SSR)** : prises en charge polyvalentes ou spécifiques des conséquences fonctionnelles de certaines affections de l'appareil locomoteur, des systèmes nerveux, mais aussi cardio-vasculaires, respiratoires, liées au grand âge et aux polyopathologies, au risque de dépendance, etc., organisées selon la population bénéficiaire (enfants, adolescents ou adultes).
- **Séjour** : période comprise entre le jour de l'admission et le dernier jour de la prise en charge. Les caractéristiques décrites sont celles enregistrées lors de la semaine de l'admission des patients ou lors de la première semaine de 2011 pour les séjours commencés antérieurement. Un séjour complet est un séjour commencé et terminé en 2011.
- **Jours de présence** : présence effective effectuée en SSR, hors permissions.
- **Manifestation morbide principale (MMP)** : problème de santé sur lequel s'exerce le type de soins au patient et qui mobilise l'essentiel de l'effort médical et soignant.
- **Affection étiologique (AE)** : problème de santé à l'origine de la MMP. Exemple : un patient est pris en charge en rééducation (finalité principale de la prise en charge) pour traiter une hémiplégie (manifestation morbide principale) faisant suite à un accident vasculaire cérébral (affection étiologique).

GRAPHIQUE 2

Répartition des séjours selon le motif de prise en charge



* Maladies des organes génito-urinaires, infectieuses, du sang, de l'œil, de l'oreille ; affection de la peau et des tissus sous-cutanés, facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé, tumeurs bénignes.

Champ • France métropolitaine et DOM (hors Mayotte), hors service de santé des armées et maisons d'enfants à caractère social temporaires, séjours commencés et terminés en 2011 par les personnes de 70 ans ou plus.

Sources • PMSI-SSR 2011 (ATIH), SAE 2011, traitements DREES.

quence (46 % des séjours) : les fractures osseuses, les arthropathies, les difficultés à la marche et les démences.

Les lésions traumatiques sont l'un des principaux motifs d'un séjour en SSR

Près de 128 000 séjours sont réalisés à la suite d'une lésion traumatique ou due à une autre cause externe. Il s'agit surtout de traumatismes (114 000 séjours, dont 103 000 à la suite de fractures osseuses), de complications de soins médicaux ou chirurgicaux (13 000 séjours), d'intoxications ou de brûlures (1 000 séjours). 98 % de ces séjours sont réalisés en hospitalisation complète, concernent des patients plus âgés et une majorité de femmes. Le

nombre de journées de présence y est le plus élevé (37,6 jours par séjour contre 29,5 jours en moyenne) [tableau 1].

Parmi les séjours réalisés à la suite de fractures osseuses, plus de la moitié (58 %) sont liés à des fractures du fémur (encadré 3). Elles sont l'un des principaux motifs d'hospitalisation en SSR des patients âgés de 70 ans ou plus (60 000 séjours en 2011). Les autres fractures nécessitant une hospitalisation sont des fractures du membre supérieur, du rachis, du bassin ou de la jambe (43 000 séjours). À l'instar de celles du fémur, elles concernent en majorité des femmes (81 %). Dans 55 % des séjours dus à une fracture, on retrouve un implant (articulaire ou osseux).

En hospitalisation complète pour fractures du fémur, de l'épaule ou du bras, la durée moyenne de présence varie selon le sexe et le degré de dépendance physique à l'admission (40 jours par séjour pour les femmes contre 37 pour les hommes). En revanche, dans le cas de fractures du bassin ou du rachis lombaire, seul le degré de dépendance physique à l'admission influe sur la durée de présence, celle-ci étant sensiblement la même pour les deux sexes (35 jours pour les femmes et 36 pour les hommes).

À l'admission, les patients pris en charge à la suite d'une fracture osseuse sont moyennement dépendants selon la grille des activités de la vie quotidienne (AVQ) : la dépendance globale moyenne est cotée à 14,6 sur 24 points (encadré 1). L'évolution de la dépendance est favorable à l'issue du séjour (-1,4 point) [tableau 2].

La majorité des séjours pour complications ont une origine orthopédique

En dehors des fractures, le recours aux SSR pour lésions traumatiques ou dues à d'autres causes externes recouvre les complications de soins médicaux ou chirurgicaux. En 2011, celles-ci sont à l'origine de 13 000 séjours chez les patients de 70 ans ou plus, dont les deux tiers concernent des femmes.

Pour ce motif d'hospitalisation, les patients sont âgés en moyenne de 80 ans (contre 82 ans pour l'ensemble des patients de SSR de 70 ans ou plus). Les femmes sont un peu plus âgées que les hommes : elles ont 80 ans ou plus dans 54 % des séjours, contre 46 % chez les hommes.

Comme pour les fractures, les activités de rééducation portent sur la mobilisation articulaire, le renforcement musculaire, l'apprentissage des transferts (du lit au fauteuil, etc.), la rééducation et l'entraînement à la marche.

Chez les femmes, la plupart des séjours sont réalisés à la suite de complications de prothèses, d'implants ou de greffes orthopédiques internes (89 % des séjours pour complications). Les autres séjours sont motivés par des complications hémorragiques, des désunions de plaies opératoires ou des complications d'autres types de prothèses. Chez les hommes, les complications orthopédiques internes sont

ENCADRÉ 3

Les séjours pour une fracture du fémur : trois sur quatre se terminent par un retour au domicile

En 2011, on compte près de 60 000 séjours en SSR pour une fracture du fémur, dont 47 000 séjours « complets », commencés et terminés en 2011. Les femmes sont les plus représentées (77 % des séjours), notamment les plus âgées. Trois quarts de ces séjours sont réalisés à la suite d'un traitement par pose d'implant (d'articulations ou osseux), et ce quel que soit le sexe du patient. Dans 90 % des cas, le type de fracture à l'origine de ces séjours est une fracture de l'extrémité supérieure du fémur (FESF), du col ou du trochanter.

L'activité de rééducation et de réadaptation pour les fractures du fémur, quelles qu'elles soient, portent principalement sur les déplacements (rééducation, réadaptation et entraînement à la marche ou à la déambulation avec aides techniques, verticalisation, pose d'aides, transferts, etc.), la mobilisation articulaire et le renforcement musculaire. Les patients hospitalisés à la suite d'une FESF bénéficient d'un peu moins d'actes de rééducation que les autres (131 actes par séjours complets en 2011 contre 194), et ces derniers sont centrés sur la rééducation à la marche (16 % des actes contre 11 %).

La plupart des séjours en SSR pour fracture du fémur s'effectuent après un court séjour en médecine ou en chirurgie (94 %), les autres provenances étant, à part égale, le domicile ou un autre service de SSR.

Les trois quarts de ces séjours se terminent par un retour au domicile, ou un substitut, et 16 % par une réorientation vers un service de court séjour en médecine ou en chirurgie. Les autres se terminent par une orientation vers une unité de soins de longue durée (USLD) ou un autre service de SSR (respectivement 3 % et 2 %). Dans 3 % des cas, le séjour se termine par un décès.

Différents profils de patients se distinguent selon leur destination à l'issue du séjour de SSR (tableau) :

- les séjours se terminant par un décès concernent un peu moins souvent les femmes et la dépendance globale moyenne à l'admission était la plus forte (19,4 points) ;
- les séjours se terminant par un retour à domicile sont ceux pour lesquels la dépendance globale à l'admission était la plus faible et le gain d'autonomie le plus fort au décours du séjour de SSR ;
- le nombre d'actes de rééducation par séjour est plus élevé pour les patients qui retournent à leur domicile ou qui sont orientés en USLD ou en SSR ;
- la dépendance globale moyenne à l'admission des patients orientés en USLD après le séjour SSR est élevée (18 points) mais le séjour en SSR a permis d'améliorer leur autonomie. Ces patients venaient plus souvent que les autres d'une USLD ou d'un autre SSR et moins souvent d'un court séjour, témoignant probablement de réhospitalisations successives à l'issue d'une première prise en charge en court séjour.

Principales caractéristiques des séjours réalisés pour fracture du fémur, selon le mode de sortie

	Nombre de séjours	Part dans le total des fractures (en %)	Part des séjours concernant des femmes (en %)	Âge moyen	Nombre d'actes par séjour	Provenance (en %)				Dépendance globale moyenne		
						MCO	Domicile	SSR	SLD	Admission	Sortie	Différence
Tous séjours complets, dont :	47 149	100	77	84,3	136,7	94	3	3	0	15,2	13,8	-1,4
Séjours se terminant par un retour à domicile	35 363	76	79	84,0	152,0	94	3	3	0	14,7	12,8	-1,9
Séjours se terminant par une orientation vers un service de MCO	7 271	16	71	84,3	84,3	95	2	2	0	16,3	16,3	0,0
Séjours se terminant par une orientation vers des USLD	1 429	3	79	86,9	121,0	89	4	3	4	18,0	17,4	-0,6
Séjours se terminant par un décès	1 289	3	63	87,8	57,2	94	3	3	0	19,4		
Séjours se terminant par une orientation vers un autre service de SSR	752	2	80	84,4	116,0	92	3	5	0	15,6	14,9	-0,7

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie. SSR : soins de suite et de réadaptation. (U)SLD : (unités) de soins de longue durée.

Note • Les informations sur les modes d'admission et de sortie sont exploitées uniquement sur les séjours commencés et terminés en 2011.

Champ • France métropolitaine et DOM (hors Mayotte), hors service de santé des armées et maisons d'enfants à caractère social temporaires, séjours réalisés pour les personnes de 70 ans ou plus.

Sources • PMSI-SSR 2011 (ATIH), SAE 2011, traitements DREES.

5. Pour 8 % des séjours concernant les maladies du système ostéo-articulaire, des muscles ou du tissu conjonctif, l'information sur la provenance et la destination à l'issue du séjour ne sont pas disponibles.

aussi prépondérantes, mais à un degré moindre (79 %). Les autres séjours sont motivés par les mêmes complications que chez les femmes, mais avec une place plus importante pour les nécroses ou les infections des moignons d'amputation.

86 000 séjours de patients de 70 ans ou plus pour arthropathies

Après les lésions traumatiques ou dues à d'autres causes externes, le deuxième motif de recours aux SSR chez les personnes de 70 ans ou plus concerne les maladies du système ostéo-articulaire, des muscles ou du tissu conjonctif (119 000

séjours). Elles recouvrent les arthropathies, notamment l'arthrose, à l'origine de près des trois quarts de ces séjours (genou, hanche, autres articulations), les dorsopathies (lombalgies, rétrécissement du canal médullaire, tassement vertébral, sciatique, etc.) et les affections musculo-tendineuses ou osseuses (lésions des muscles de l'épaule, écrasement musculaire).

À l'admission, ces patients sont plus jeunes que ceux admis en SSR pour d'autres motifs (79 ans contre 82 ans) et la part des femmes y est plus élevée (71 %). Les patients sont faiblement dépendants à leur admission (dépendance globale moyenne cotée à 10,8) et

l'évolution de la dépendance moyenne est favorable (-1,2 point entre l'admission et la sortie).

Les personnes viennent en SSR principalement (83 %) après un séjour en médecine ou en chirurgie et retournent ensuite au domicile ou son substitut (83 %)⁵. Parmi ces personnes, celles prises en charge à la suite d'arthropathies viennent essentiellement en raison de la pose chirurgicale d'une prothèse articulaire (86 % des séjours liés aux arthropathies).

Les soins dont elles bénéficient comprennent principalement la mobilisation des articulations (active, passive, méca-

nique ou avec arthromoteur), la rééducation et l'entraînement à la marche, mais aussi les massages et la cryothérapie.

Les patients les plus âgés sont soignés pour des difficultés à la marche ou une altération de leur état général

13 % des séjours de SSR des personnes de 70 ans ou plus réalisés en 2011 sont effectués en raison de symptômes ou de résultats anormaux d'examen (soit 93 000 séjours). Les trois quarts d'entre eux sont motivés par des difficultés à la marche, des chutes à répétition (49 000 séjours), l'altération de l'état général ou la fatigue (20 000 séjours). Les anomalies ou les difficultés à la marche requièrent plus souvent une hospitalisation à temps partiel (8 %).

Les patients concernés par ces motifs de recours sont les plus âgés (83,5 ans contre 81,8 ans en moyenne) et sont en majorité des femmes (65 %). Ils viennent principalement de services de court séjour de médecine ou de chirurgie (74 %), de leur domicile ou de son substitut (14 %).

Les actes de rééducation concernent à 25 % les déplacements (rééducation, réadaptation et entraînement à la marche ou à la déambulation avec aides techniques, verticalisation, pose d'aides, transferts, etc.), à 14 % la mobilisation articulaire (active, passive, mécanothérapie, etc.), à

5 % l'équilibre (bilans, rééducation, proprioception, etc.) et à 5 % également la nutrition (surveillance, suivi, bilans, etc.). Le travail relationnel représente 7 % des actes (information, entretien avec les familles, etc.).

La dépendance globale moyenne à l'admission du séjour est élevée (13,9 points), mais elle s'améliore à la sortie, exclusivement du fait de l'amélioration de la dépendance physique (-0,4 point).

En fin de séjour en SSR, le retour au domicile s'effectue dans 65 % des cas. Dans 13 % des cas, la personne est orientée vers un service de court séjour de médecine ou de chirurgie. Cette cause d'admission comptabilise le plus de décès (7 %)⁶.

Une dépendance élevée lors des séjours pour des troubles mentaux et du comportement

Les troubles mentaux et du comportement sont à l'origine de 9 % de l'activité de SSR destinée aux personnes de 70 ans ou plus (64 000 séjours, dont un quart en hospitalisation partielle). Deux tiers de ces séjours sont motivés par les démences, principalement la maladie d'Alzheimer et les démences vasculaires ou liées à d'autres maladies. L'hospitalisation vise à entretenir ou à récupérer les capacités physiques et cognitives des patients, notamment au décours de pathologies

aiguës, et à assurer une surveillance médicale nécessaire à ces personnes souvent polypathologiques.

Comparées à l'ensemble des patients en SSR de 70 ans ou plus, les personnes prises en charge pour des troubles mentaux et du comportement sont un peu plus âgées (83 ans). Elles bénéficient de peu d'actes de rééducation : 1,5 acte par journée de présence en moyenne, 25 % portant sur la locomotion (déplacements, transferts, mobilisation articulaire, etc.) et 23 % sur des bilans (réadaptation, douleur). Les actes à visée cognitive représentent 6 % des actes réalisés.

La moitié des séjours s'effectuent après un court séjour en médecine ou en chirurgie. Dans 19 % des cas, plus que pour les autres pathologies, les patients viennent de leur domicile. Plus de la moitié des séjours se terminent par un retour au domicile, ou son substitut (54 %). Les retours au domicile augmentent si le séjour en SSR suit une hospitalisation en médecine ou en chirurgie (67 %) ou si le patient vient de son domicile (81%)⁷.

À l'admission, la dépendance moyenne des patients est élevée (13,9 points). Elle s'améliore modestement au cours du séjour (-0,14 point). L'amélioration de la dépendance cognitive est très faible (-0,02 point), et c'est surtout la dépendance physique qui tire un peu profit de la prise en charge (-0,12 point). ■

•••

6. Pour 10 % des séjours effectués en raison de symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, l'information sur la provenance et la destination à l'issue du séjour ne sont pas disponibles.

7. L'information sur le retour des patients est absente dans 29 % des séjours, entraînant une sous-estimation des répartitions.

LA DREES SUR INTERNET

Retrouvez toutes nos publications sur notre site

www.drees.sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur

www.data.drees.sante.gouv.fr

Pour recevoir les avis de parution

www.drees.sante.gouv.fr/les-avis-de-parution,2052.html

Directeur de la publication : Franck von Lennep

Responsable d'édition : Carmela Riposa

Secrétaires de rédaction : Sabine Boulanger et Laurence Grivet

Composition et mise en pages : T. B.

Conception graphique : Julie Hiet et Philippe Brulin

Imprimeur : Imprimerie centrale de Lens

Pour toute information : drees-infos@sante.gouv.fr

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources •

ISSN papier 1292-6876 • ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384