

En 2018, les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) ont réalisé 1,5 million de séjours, soit 38 millions de journées d'hospitalisation, pour 1 million de patients. Les patients en SSR sont âgés (la moitié ont 70 ans ou plus) et sont un peu plus souvent des femmes. Les soins s'effectuent fréquemment à la suite de lésions traumatiques, de pathologies cardiovasculaires, de syndromes paralytiques ou d'arthropathies (pose de prothèses).

Une patientèle plutôt âgée et féminine

En 2018, l'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) atteint 1,5 million de séjours (*tableau 1*) et 38 millions de journées (voir fiche 19, « Les établissements de soins de suite et de réadaptation »). L'hospitalisation complète reste la principale modalité de soin, mais la part de l'hospitalisation à temps partiel augmente chaque année, pour atteindre 29 % des séjours en 2018 (contre 19 % en 2010). Les séjours de SSR concernent majoritairement des femmes (54 %), notamment en hospitalisation complète (57 %). Les séjours en SSR à temps partiel sont toutefois plus souvent effectués par des hommes (54 %).

L'âge moyen des patients de SSR à leur admission est stable (66 ans), tout comme l'âge médian (70 ans). L'âge moyen des femmes admises en SSR reste plus élevé que celui des hommes (69 ans, contre 62 ans), notamment en hospitalisation complète (74 ans, contre 67 ans). En hospitalisation complète, la durée moyenne des séjours est de 34 jours (voir fiche 19, « Les établissements de soins de suite et de réadaptation »). Elle augmente avec l'âge pour atteindre 35,8 jours pour les personnes âgées de 85 ans ou plus. C'est dans le secteur public que les patients sont les plus âgés (70 ans en moyenne, contre 68 ans pour le privé à but lucratif et 57 ans pour le privé à but non lucratif).

Des patients en majorité autonomes ou faiblement dépendants lors de leur admission en SSR

Les patients qui bénéficient de séjours en hospitalisation à temps partiel présentent moins

fréquemment des signes de dépendance, au sens de la grille des activités de la vie quotidienne (AVQ, voir encadré Sources et méthodes, partie Définitions). Ainsi, pour 89 % des séjours en hospitalisation partielle, les patients sont autonomes ou faiblement dépendants à leur admission (contre 50 % des séjours en hospitalisation complète) [*graphique 1*]. La dépendance globale s'améliore entre l'admission et la sortie. Cette évolution repose sur l'amélioration de la dépendance physique, la dépendance cognitive évoluant peu. En hospitalisation complète, le gain d'autonomie est en général plus fort qu'en hospitalisation à temps partiel, ce qui est en partie dû au degré moindre de dépendance à l'admission.

Les motifs de prise en charge varient selon l'âge et le statut de l'établissement

Les séjours sont majoritairement motivés par des maladies du système ostéo-articulaire (19 %, dont les suites de prothèses pour arthropathie), des lésions traumatiques (14 %, dont les fractures du membre inférieur, du membre supérieur, du rachis mais aussi, parfois, des complications de prothèses ou d'implants), ou encore des affections du système nerveux (13 %, dont les syndromes paralytiques) ou de l'appareil cardiovasculaire (13 %, dont l'insuffisance cardiaque, les cardiopathies ischémiques). Les troubles de la marche (7 %), les démences et les troubles mentaux liés à l'alcool ou aux substances psychoactives (5 %), ainsi que l'obésité (5 %) sont d'autres motifs fréquents de prise en charge (*tableau 2*).

La répartition des séjours varie selon l'âge des patients. Les séjours des patients de moins de 18 ans sont plutôt motivés par la prise en charge de

l'obésité, de paralysies d'origine cérébrale et de scolioses. Entre 18 et 34 ans, les lésions traumatiques (genou), dorsalgies, paralysies d'origine traumatique, mais aussi vasculaire et cérébrale, et l'obésité sont fréquemment à l'origine des séjours. De 35 à 69 ans, ce sont les soins dans les suites de pose de prothèses pour arthropathies (hanche ou genou) qui prédominent, ainsi que les suites d'hémiplégie par

accidents vasculaires cérébraux ou de cardiopathies ischémiques.

Les établissements privés, à but lucratif ou non, et les établissements publics prennent en charge des séjours ayant des motifs légèrement différents (graphique 2). Les séjours pour suites de lésions traumatiques ou de maladies du système ostéo-articulaire sont un peu plus répandus dans le secteur privé à but

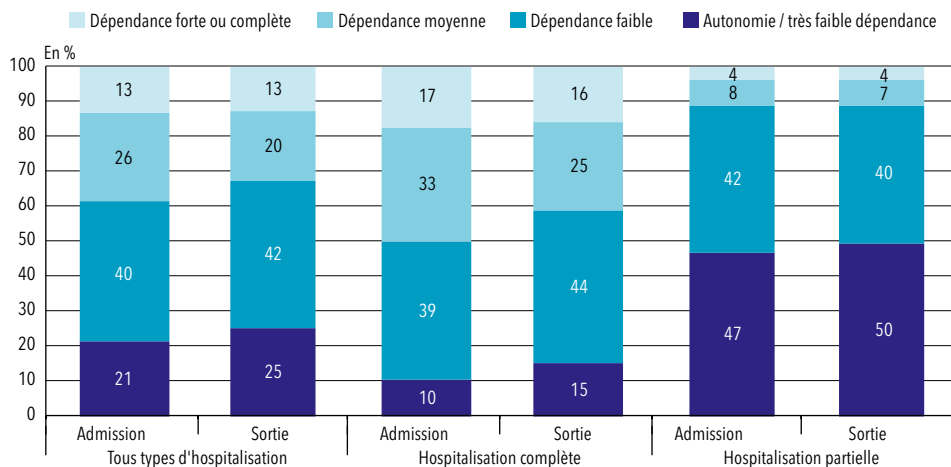
Tableau 1 Nombre de séjours et âge moyen à l'admission par sexe et type de séjour en 2018

	Ensemble des séjours				Séjours d'hospitalisation complète			Séjours d'hospitalisation partielle		
	Nombre de séjours (en milliers)	Nombre de séjours (en %)	Âge moyen (à l'admission)	Âge médian (à l'admission)	Nombre de séjours (en milliers)	Nombre de séjours (en %)	Âge moyen (à l'admission)	Nombre de séjours (en milliers)	Nombre de séjours (en %)	Âge moyen (à l'admission)
Hommes	678	46	62	66	452	43	67	225	54	52
Femmes	798	54	69	75	603	57	74	196	46	53
Ensemble	1 476	100	66	70	1 055	100	71	421	100	52

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris 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.

Source > ATIH, PMSI-SSR 2018, traitement DREES.

Graphique 1 Répartition des séjours selon le degré de dépendance globale des patients à l'admission et à la sortie, et d'après le type d'hospitalisation, en 2018



Note > L'état de dépendance à la sortie est également renseigné pour les 2,5 % de patients décédés lors de leur hospitalisation. Ces patients sont inclus dans le graphique.

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

Source > ATIH, PMSI-SSR 2018, traitement DREES.

Tableau 2 Répartition des séjours de SSR réalisés en 2018, selon la morbidité enregistrée à l'admission

Morbidité	Nombre de séjours (en milliers)	Part de la pathologie (en %)						Part des séjours en hospitalisation complète (en %)
		Tous les âges	Séjours des moins de 18 ans	Séjours des 18-34 ans	Séjours des 35-69 ans	Séjours des 70-84 ans	Séjours des 85 ou plus	
Affection de l'appareil cardio-vasculaire, dont :	185	13	0	3	16	13	11	59
cardiopathies ischémiques	78	5	0	1	10	4	1	35
insuffisance cardiaque	37	2	0	0	2	2	5	79
atteintes non rhumatismales des valvules cardiaques	19	1	0	0	2	2	1	74
Affections de l'appareil respiratoire	62	4	4	1	4	5	5	82
Affections du système digestif, métabolique et endocrinien, dont :	119	8	20	12	10	5	4	66
diabète	16	1	3	0	1	1	0	73
obésité et autres excès d'apport	68	5	16	10	7	1	0	49
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes, dont :	210	14	8	20	8	15	24	85
lésions traumatiques	181	12	3	18	7	13	22	86
Maladies du système nerveux, dont :	190	13	23	20	16	11	6	58
maladies cérébrovasculaires ¹	16	1	0	0	1	1	2	87
paralysies cérébrales et autres syndromes paralytiques	132	9	16	16	12	7	3	53
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif, dont :	274	19	17	23	21	21	10	67
arthropathies	150	10	5	10	10	15	5	77
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs, dont :	184	12	9	7	8	14	21	77
chutes, anomalies de la démarche et de la motilité	104	7	4	3	3	8	14	78
Troubles mentaux, dont :	116	8	9	11	8	7	9	75
démences (y compris maladie d'Alzheimer)	36	2	0	0	0	4	6	74
troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool ou de substances psychoactives	38	3	0	7	6	0	0	87
Tumeurs malignes, dont :	65	4	1	1	4	6	4	96
organes digestifs	17	1	0	0	1	2	1	99
tumeurs malignes de sièges mal définis, secondaires et non précisés	10	1	0	0	1	1	1	99
organes respiratoires et intrathoraciques	10	1	0	0	1	1	0	95
Autres pathologies²	70	5	9	4	3	5	6	75
Non précisé	1	0	0	0	0	0	0	65
Total	1 476	100	100	100	100	100	100	71

1. Y compris accidents ischémiques transitoires, syndromes vasculaires au cours de maladies cérébrovasculaires.

2. Affections des organes génito-urinaires, de la peau ; maladies infectieuses et parasitaires, du sang ; tumeurs bénignes, etc.

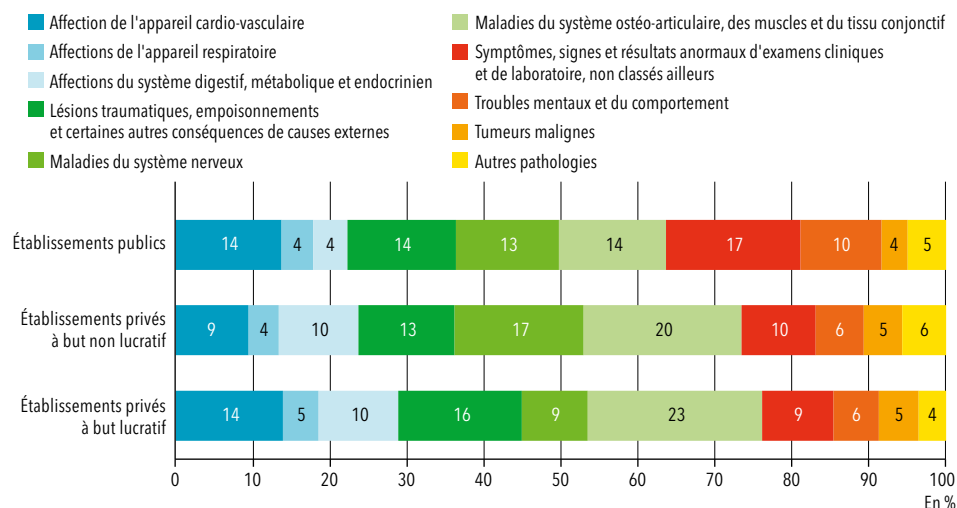
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA et les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, tous types d'hospitalisation confondus.

Source > ATIH, PMSI-SSR 2018, traitement DREES.

lucratif. Comparativement aux autres secteurs, le secteur privé à but non lucratif prend quant à lui plus souvent en charge des séjours pour suite de maladies du système nerveux, et le secteur public

les séjours liés aux troubles mentaux et du comportement, ainsi que des suites de symptômes divers, dont chutes et anomalies de la démarche et de la motilité. ■

Graphique 2 Répartition des séjours selon la morbidité enregistrée à l'admission et le statut juridique des établissements de SSR



Champ > France métropolitaine et DROM (y compris 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.

Source > ATIH, PMSI-SSR 2018, traitement DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Établissements de santé en France métropolitaine et dans les DROM (y compris 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 2018. 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 poly-pathologies, enfants, etc.). Le total des places est déclaré dans la SAE et l'activité enregistrée dans le PMSI. Les séjours comprennent ceux commencés avant 2018 et ceux non terminés fin 2018. Les journées sont celles de l'année 2018 (sont exclues les journées antérieures à 2018 pour les séjours ayant déjà commencé).

Sources

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), mis en place par la Direction générale de l'offre de 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, le recueil est considéré comme 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

Les informations médicales du PMSI-SSR sont la morbidité, principale et secondaire, les actes (de rééducation et médico-techniques) et l'approche de la dépendance des patients.

> **Appréciation de la morbidité principale** : elle repose sur l'association de la finalité principale de prise en charge (FPPC, ce qui a été fait au patient durant la semaine), de la manifestation morbide principale (MMP, le problème de santé sur lequel s'exerce le soin) et éventuellement de l'affection étiologique (AE, qui est le problème de santé à l'origine de la MMP).

> **Degré de dépendance** : il est évalué d'après la grille des activités de la vie quotidienne (AVQ), selon six dimensions : habillage, déplacement et locomotion, alimentation, continence, comportement, relation et communication. La dépendance physique est mesurée par les scores des quatre premières dimensions, la dépendance cognitive par les scores des deux dernières. Le score global est regroupé en quatre classes : totalement autonome, faiblement, moyennement, fortement ou complètement dépendant.

Pour en savoir plus

- > **ATIH** (2019, octobre). *Analyse de l'activité hospitalière 2018* – édition 2019. (Note et rapport d'analyse).
- > **Charavel, C., Mauro, L., 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.
- > **Coquelet, F.** (2015, novembre). Soins de suite et de réadaptation ; les personnes de 70 ans ou plus effectuent la moitié des séjours. DREES, *Études et Résultats*, 943.
- > **Coquelet, F., Valdelièvre, H.** (2011). Les soins de suite et de réadaptation en 2008 ; patientèle traitée et offre de soins. DREES, *Dossiers Solidarité Santé*, 23.