

En 2017, les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) ont accueilli 1 million de patients. Les patients en SSR sont âgés : la moitié d'entre eux ont 71 ans ou plus. Les femmes sont un peu plus nombreuses. Les soins s'effectuent fréquemment à la suite de lésions traumatiques, de pathologies cardio-vasculaires, de syndromes paralytiques ou d'arthropathies (pose de prothèses).

Une patientèle plutôt âgée et féminine

En 2017, l'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) atteint 1,5 million de séjours et 38 millions de journées (tableau 1). L'hospitalisation complète reste la principale modalité de soin, mais la part de l'hospitalisation à temps partiel augmente légèrement chaque année pour atteindre 27 % des séjours en 2017 (contre 19 % en 2010). Les séjours de SSR concernent majoritairement des femmes (55 %), notamment en hospitalisation complète (57 %). Les séjours en SSR à temps partiel impliquent toutefois plus souvent des hommes (53 %). L'âge moyen des patients de SSR à leur admission est stable (66 ans), tout comme l'âge médian (71 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, les séjours durent en moyenne 34 jours (voir la fiche 21, « Les établissements de soins de suite et de réadaptation »). Cette durée augmente avec l'âge pour atteindre 35,5 jours pour les séjours des personnes âgées de 85 ans ou plus¹. 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

de dépendance, au sens de la grille des activités de la vie quotidienne (AVQ, voir définitions dans l'encadré Sources et méthodes). Ainsi, pour 89 % des séjours d'hospitalisation partielle, les patients sont autonomes ou faiblement dépendants lors de leur admission (contre 52 % des séjours d'hospitalisation complète). 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 de dépendance plus important à l'admission (graphique 1).

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 cardio-vasculaire (12 %, 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 (6 %), ainsi que l'obésité (4 %) sont d'autres motifs fréquents de prise en charge (tableau 2).

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 du patient. Les résultats sur le nombre de journées de présence ou les durées de séjours ne sont donc pas directement comparables avec ceux des années précédentes.

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 séjours sont fréquemment provoqués

par des lésions traumatiques (genou), des dorsalgies et des paralysies d'origine traumatique, mais aussi vasculaire et cérébrale. 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

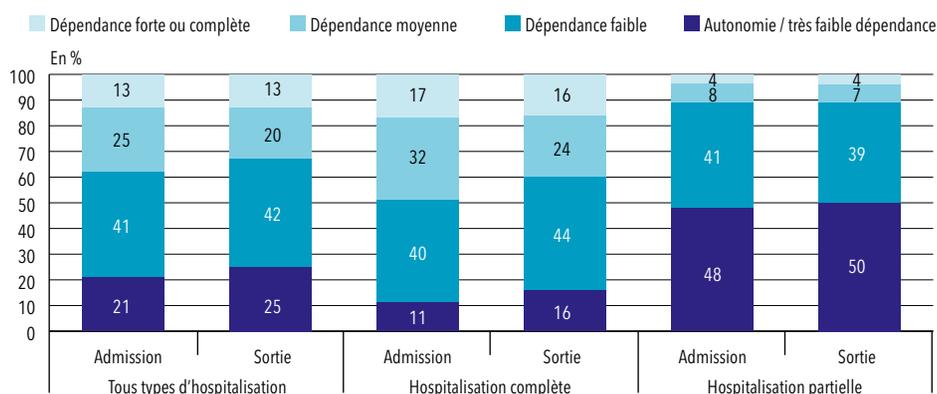
Tableau 1 Nombre de séjours et âge moyen à l'admission par sexe et type de séjour en 2017

	Femmes	Hommes	Ensemble
Ensemble des séjours			
Nombre de séjours (en milliers)	804	671	1 475
Nombre de séjours (en %)	55	45	100
Âge moyen (à l'admission)	69	62	66
Âge médian (à l'admission)	75	66	71
Séjours d'hospitalisation complète			
Nombre de séjours (en milliers)	618	458	1 076
Nombre de séjours (en %)	57	43	100
Âge moyen (à l'admission)	74	67	71
Séjours d'hospitalisation partielle			
Nombre de séjours (en milliers)	186	213	399
Nombre de séjours (en %)	47	53	100
Âge moyen (à l'admission)	53	51	52

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.

Source > ATIH, PMSI-SSR 2017, 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 2017



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.

Source > ATIH, PMSI-SSR 2017, traitement DREES.

Tableau 2 Répartition des séjours de SSR réalisés en 2017, 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 :	181	12	0	2	16	13	12	63
cardiopathies ischémiques	73	5	0	1	9	4	1	38
insuffisance cardiaque	36	2	0	0	1	2	5	82
atteintes non rhumatismales des valvules cardiaques	20	1	0	0	2	2	1	77
Affections de l'appareil respiratoire	63	4	4	1	4	5	5	83
Affections du système digestif, métabolique et endocrinien, dont :	118	8	20	11	10	5	4	68
diabète	17	1	3	0	2	1	0	74
obésité et autres excès d'apport	66	4	15	10	7	1	0	50
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes, dont :	212	14	8	21	9	15	23	85
lésions traumatiques	184	13	4	19	7	13	22	86
Maladies du système nerveux, dont :	189	13	23	19	16	10	6	60
maladies cérébrovasculaires ¹	17	1	0	0	1	1	2	88
paralysies cérébrales et autres syndromes paralytiques	130	9	15	16	12	6	3	55
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif, dont :	277	19	18	23	22	21	10	68
arthropathies	152	10	5	10	10	15	5	78
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs, dont :	177	12	9	7	7	13	21	79
chutes, anomalies de la démarche et de la motilité	99	7	4	3	3	8	13	79
Troubles mentaux, dont :	119	8	9	11	8	7	9	75
démences (y compris maladie d'Alzheimer)	38	3	0	0	0	4	6	74
troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool ou de substance psychoactives	38	3	0	7	6	0	0	88
Tumeurs malignes, dont :	67	5	1	1	4	6	4	97
organes digestifs	18	1	0	0	1	2	1	100
tumeurs malignes de sièges mal définis, secondaires et non précisés	11	1	0	0	1	1	1	99
organes respiratoires et intrathoraciques	10	1	0	0	1	1	0	96
Autres pathologies²	71	5	8	4	3	5	6	76
Non précisé	0	0	0	0	0	0	0	89
Total	1475	100	100	100	100	100	100	73

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.

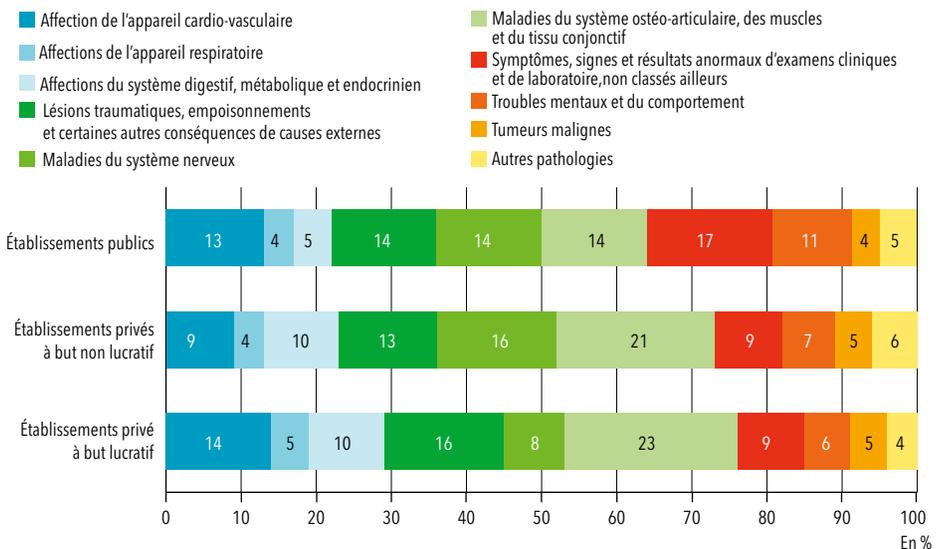
Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA et les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, tous types d'hospitalisation confondus.

Source > ATIH, PMSI-SSR 2017, traitement DREES.

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 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

lucratif. Le secteur privé à but non lucratif, quant à lui, prend plus souvent en charge des séjours pour suite de maladies du système nerveux, tandis que dans le secteur public, les séjours concernent plus souvent des soins de 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 (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.

Source > ATIH, PMSI-SSR 2017, traitement DREES.

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 polyopathologies, enfants, etc.). Le total des places est déclaré dans la statistique annuelle des établissements (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 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 (habillement, 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** (2018, novembre). Analyse de l'activité hospitalière 2017 - édition 2018. Note et rapport d'analyse.

> **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.

> **Coquelet, F.** (2015). 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. et Valdelièvre, H.** (2011) Les soins de suite et de réadaptation en 2008 : patientèle traitée et offre de soins. DREES, *Les Dossiers Solidarité Santé*, 23.