

En 2020, 1 816 établissements déclarent une activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) en France. Ils disposent de 120 000 lits et places dédiés au moyen séjour, soit 26 % des capacités d'hospitalisation complète ou partielle offertes sur le territoire. 1,2 million de séjours et 32,7 millions de journées d'hospitalisation complète ou partielle sont enregistrés en SSR, soit 27 % de l'activité hospitalière totale de 2020. L'hospitalisation complète reste prédominante (87 % des capacités). La part de l'hospitalisation partielle est plus importante dans le secteur privé à but non lucratif (17 % des capacités). L'Île-de-France et le sud de la France sont les régions ayant la plus forte densité en lits et en places. La crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 s'est traduite par une forte baisse de l'activité, en hospitalisation complète et partielle.

## 37 % des capacités de SSR sont offertes par les établissements publics

L'offre en soins de suite et de réadaptation (SSR) est assurée par 1 816 établissements en France métropolitaine et dans les DROM (tableau 1). Environ un établissement sur deux relève du secteur public, la moitié restante étant répartie à parts égales entre les secteurs privés à but lucratif et non lucratif. En 2020, l'ensemble des établissements de SSR dispose de 120 000 lits et places, soit des capacités d'accueil stables par rapport à 2019. Elles sont réparties pour 37 % dans le secteur public, 29 % dans le secteur privé à but non lucratif et 34 % dans le privé à but lucratif. Ces 120 000 lits et places représentent 26 % des capacités hospitalières totales (court, moyen et long séjours confondus).

En matière d'activité, 1,2 million de séjours, soit 32,7 millions de journées, ont été réalisés en SSR, ce qui représente 27 % de l'activité hospitalière totale. La part relative du secteur privé à but non lucratif est un peu moins importante en journées (26 %) qu'en nombre de lits et de places (29 %). Cette situation est liée au fait que, si l'hospitalisation complète domine encore largement l'activité de SSR (91 % des journées), l'hospitalisation partielle est plus développée dans le secteur privé à but non lucratif (13 % des journées, contre 11 % dans le secteur privé à but lucratif et seulement 5 % dans le secteur 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 fiche 17, « La patientèle des établissements de soins de suite et de réadaptation »). La crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 n'a pas modifié cette structuration de l'offre de soins.

Enfin, la durée moyenne des séjours d'hospitalisation à temps complet est plus élevée dans les établissements privés à but lucratif : elle y atteint 39,9 jours, contre 35,1 jours dans les établissements publics et 36,1 jours dans les établissements privés à but non lucratif.

## En 2020, 5,2 % des séjours de SSR concernent des patients atteints de Covid-19

Comme dans les autres disciplines d'équipement, le Covid-19 a fortement pesé sur l'activité de SSR en 2020. Afin de limiter les risques de contagion, un grand nombre d'hospitalisations ont été déprogrammées et de nombreuses chambres doubles ont été transformées en chambres simples, ce qui a réduit la capacité d'accueil des établissements de santé et, par conséquent, leur nombre de séjours et de journées. L'activité de SSR a ainsi connu un recul sans précédent en 2020, de 17,6 % des séjours et de 12,5 % des journées, par rapport à 2019.

Les établissements de SSR ont enregistré 63 000 séjours codés avec un diagnostic principal ou

**Tableau 1 Capacités, activité et personnel des établissements offrant des capacités de SSR selon leur statut juridique en 2020**

	Secteur public	Secteur privé à but non lucratif	Secteur privé à but lucratif	Ensemble
<b>Nombre d'établissements<sup>1</sup></b>	896	450	470	<b>1 816</b>
<b>Nombre de lits et places, dont :</b>	44 009	34 955	40 870	<b>119 834</b>
hospitalisation partielle (part en %)	3 773 (9 %)	5 952 (17 %)	6 149 (15 %)	15 874 (13 %)
<b>Nombre de séjours (en milliers), dont :</b>	468	352	393	<b>1 213</b>
hospitalisation partielle (part en %)	116 (25 %)	124 (35 %)	93 (24 %)	333 (27 %)
séjours avec DP de Covid-19 (part en %)	20,4 (4,5 %)	8,3 (2,4 %)	9,8 (2,5 %)	38,5 (3,2 %)
séjours avec DP ou DA de Covid-19 (part en %)	31,6 (6,8 %)	13,2 (3,8 %)	17,8 (4,5 %)	62,7 (5,2 %)
<b>Nombre de journées de présence (en milliers), dont :</b>	11 964	8 637	12 110	<b>32 711</b>
hospitalisation partielle (part en %)	617 (5 %)	1 097 (13 %)	1 376 (11 %)	3 091 (9 %)
journées avec DP de Covid-19 (part en %)	577 (4,8 %)	256 (3,0 %)	374 (3,1 %)	1 206 (3,7 %)
journées avec DP ou DA de Covid-19 (part en %)	1083 (9,0 %)	494 (5,7 %)	832 (6,9 %)	2 409 (7,4 %)
<b>Durée moyenne des séjours d'hospitalisation complète terminés<sup>2</sup> en 2020 (en journées), dont :</b>	35,1	36,1	39,9	<b>36,7</b>
séjours sans aucun diagnostic de Covid-19	35,1	36,0	38,5	<b>36,5</b>
séjours avec DP ou DA de Covid-19	34,5	37,9	47,1	<b>38,8</b>
<b>Ratio moyen de personnel aide soignant (ETP par lit)</b>	0,5	0,3	0,2	<b>0,4</b>
<b>Ratio moyen de personnel infirmier (ETP par lit)</b>	0,3	0,2	0,2	<b>0,3</b>
<b>Ratio moyen de personnel de rééducation<sup>3</sup> (ETP par lit)</b>	0,1	0,1	0,1	<b>0,1</b>
<b>Ratio moyen d'autres types de personnel<sup>4</sup> (ETP par lit)</b>	0,2	0,3	0,2	<b>0,2</b>

SSR : soins de suite et de réadaptation ; DP : diagnostic principal ; DA : diagnostic associé ; ETP : équivalent temps plein.

1. Les établissements répondant à la SAE qui n'ont pas transmis leur PMSI sont aussi comptabilisés.

2. 880 044 séjours d'hospitalisation complète terminés sont comptabilisés en 2020, soit 73 % des séjours de SSR à temps complet. En général, le jour de sortie d'hospitalisation n'est plus compté comme un jour de présence depuis 2017. La durée moyenne de séjour ne peut donc pas être comparée directement avec celle des années antérieures.

3. Le personnel désigné comme personnel de rééducation ou éducateurs comprend les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les ergothérapeutes, les psychomotriciens et les diététiciens.

4. Les autres types de personnel sont les psychologues, les personnels éducatifs, les assistants de service social et le personnel administratif, technique et médico-technique.

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

**Sources** > ATIH ; PMSI-SSR 2020 pour l'activité, traitements DREES ; SAE 2020 pour la capacité et le personnel, traitements DREES.

associé de Covid-19<sup>1</sup>, ce qui représente 5,2 % de l'ensemble des séjours de SSR en 2020<sup>2</sup>. 61 % des séjours Covid-19 des établissements de SSR sont codés avec un diagnostic principal concernant cette pathologie : il s'agirait de séjours destinés à traiter directement le Covid-19 ou ses suites<sup>3</sup>, contrairement aux autres qui concernaient des patients pris en charge pour d'autres motifs initiaux, mais atteints par ailleurs de Covid-19.

La durée moyenne de séjour (DMS) a augmenté avec l'épidémie, passant de 34,7 jours en 2019 à 36,7 jours en 2020. Ce phénomène est dû, en partie, à une durée moyenne des séjours Covid-19 (38,8 jours) plus élevée que celle des autres séjours (36,5 jours). Mais la DMS des séjours hors Covid-19 est aussi plus élevée qu'en 2019. Cette augmentation concerne toutes les grandes catégories de morbidité principale à l'admission, avec une hausse particulièrement marquée pour les maladies du système nerveux. Par ailleurs, la structure des séjours par pathologie a aussi évolué, comprenant une proportion plus importante de séjours avec des prises en charge avec une DMS longue (voir fiche 17, « La patientèle des établissements de soins de suite et de réadaptation »).

### 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 1 ETP par lit : 0,4 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 personnels (personnel administratif, technique et médico-technique, psychologues, personnel éducatif, assistants de service social) [tableau 1].

Les établissements publics allouent en moyenne plus de deux fois plus d'aides-soignants (0,5 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 essentiellement des médecins généralistes, des médecins de médecine physique et de réadaptation ainsi que des gériatres. Ils sont relativement peu nombreux comparativement au personnel non médical (0,05 ETP par lit ou place dans l'ensemble des établissements). Ces éléments sur la configuration du personnel en établissements de santé n'ont pas été modifiés de façon significative durant la crise sanitaire.

### 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 449 lits et places pour 100 000 habitants de 50 ans ou plus<sup>4</sup>. Les régions métropolitaines qui se distinguent par les densités les plus élevées sont la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca), l'Île-de-France, l'Occitanie et la Corse (tableau 2). Pour la région Paca, le taux d'hospitalisation standardisé est également plus élevé que la moyenne. À l'opposé, la Nouvelle-Aquitaine et les Pays de la Loire sont les régions les moins équipées de la France métropolitaine en SSR, et leurs taux d'hospitalisation standardisés sont plus faibles. Dans les DROM, la Guadeloupe et La Réunion font partie des départements les mieux dotés en lits et places de SSR, alors que la Martinique est bien moins pourvue que les départements de France métropolitaine. Mayotte ne dispose d'aucun établissement de SSR. Si les disparités géographiques d'offre de soins restent importantes, elles sont en baisse depuis une dizaine d'années (Charavel, Mauro, Seimandj, 2018).

1. La méthode de repérage de ces « séjours Covid-19 » est détaillée dans l'encadré Sources et méthodes.

2. Par ailleurs, 57 000 séjours ont un diagnostic codé en U07.13 « autres examens et mises en observation en lien avec l'épidémie Covid-19 », soit 4,7 % de l'ensemble des séjours de SSR.

3. En 2020, une dizaine d'établissements de santé, autorisés uniquement en SSR, ont reçu une autorisation dérogatoire de médecine, en vue de soigner explicitement le Covid-19. Certains séjours Covid-19 observés en SSR sont donc plutôt des séjours de « médecine », dans des établissements mobilisés en dehors de leur périmètre habituel de soins pour renforcer les capacités de prise en charge hospitalière durant l'épidémie.

4. Les séjours des patients de 50 ans ou plus représentent 80 % des séjours de SSR. Cette densité n'a pas varié durant la crise sanitaire, les capacités d'accueil étant restées stables entre 2019 et 2020.

Les flux de patients entre régions peuvent contribuer à compenser ces disparités territoriales de l'offre. Plusieurs régions faiblement dotées en SSR présentent ainsi un solde négatif entre taux d'entrée et taux de fuite des patients. En d'autres termes, ces régions voient plus souvent leurs résidents être pris en charge dans d'autres régions qu'ils n'accueillent de patients non-résidents. C'est notamment le cas de la région Bourgogne-Franche-Comté, mais aussi de la Corse, des DROM (hormis la Réunion), des Pays de la Loire et du Centre-Val de Loire. À l'opposé, les régions Occitanie et Paca ont un solde positif lié à 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, quand dans d'autres, de fortes disparités départementales existent (carte 7). Ainsi, la région Occitanie occupe la troisième place des régions les plus dotées en lits et places de SSR, mais les densités infrarégionales sont très hétérogènes : sur les 13 départements qui la composent, 4 ont des densités supérieures à 532 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 403 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 2020 selon la région d'hospitalisation

	Densité de lits et de places <sup>1</sup>	Solde sur l'ensemble de l'activité <sup>2</sup>	Rapport du taux d'hospitalisation standardisé au taux national <sup>3</sup>
Paca	533	2,2	1,11
Île-de-France	498	-0,2	1,02
Occitanie	478	2,5	1,01
Corse	455	-10,9	0,97
Hauts-de-France	437	0,4	1,02
Bourgogne-Franche-Comté	435	-2,3	0,97
Auvergne-Rhône-Alpes	432	-0,6	1,02
Normandie	424	-0,9	1,02
Centre-Val de Loire	422	-2,0	0,88
Grand Est	400	0,0	1,01
Bretagne	384	0,5	1,05
Nouvelle-Aquitaine	379	1,3	0,93
Pays de la Loire	361	-1,3	0,84
Guadeloupe	560	-3,6	2,14
La Réunion	424	0,7	1,16
Guyane	377	-20,7	0,75
Martinique	347	-3,4	0,87
Mayotte	0	-	-
<b>France entière</b>	<b>449</b>	<b>-</b>	<b>1,00</b>

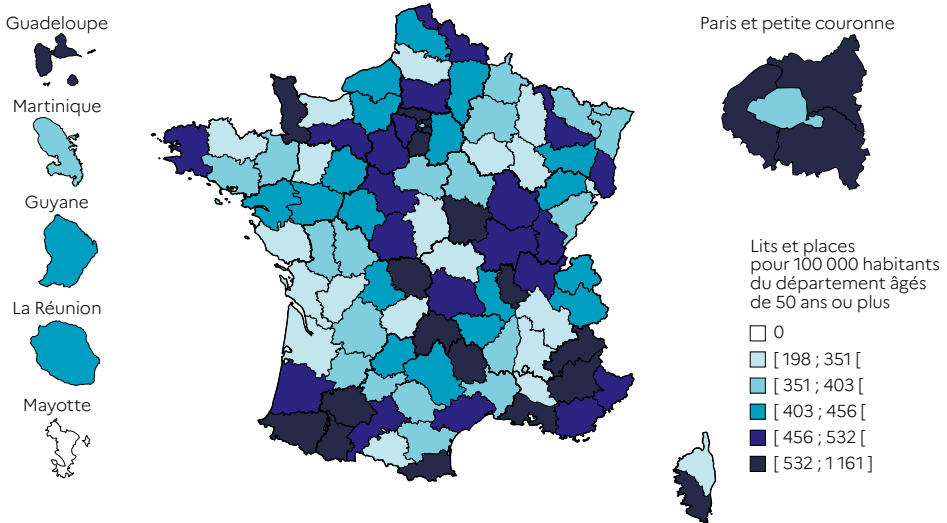
1. Densité de lits et de places pour 100 000 personnes de 50 ans ou plus.

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 entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), 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 confondus.

**Sources** > ATIH : PMSI-SSR 2020, traitements DREES ; DREES : SAE 2020, traitements DREES ; Insee, estimations de la population au 1<sup>er</sup> janvier 2020.

**Carte 1** Densité de capacités en lits et places de SSR au 31 décembre 2020

**Note** > Les bornes correspondent à une répartition en quintiles, hors Mayotte qui n'a pas de capacité en SSR.

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

**Sources** > DREES : SAE 2020, traitements DREES ; Insee, estimations de la population au 1<sup>er</sup> janvier 2020.

**Encadré Sources et méthodes****Champ**

Établissements de santé en France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA), y compris les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires exerçant une activité de SSR en 2020. 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 PMSI. Les séjours comprennent ceux commencés avant 2020 et ceux non terminés fin 2020. Les journées sont celles de l'année 2020 ; les journées antérieures à 2020 pour les séjours déjà commencés sont exclues.

**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 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 des non-résidents d'une région 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** : la standardisation du taux d'hospitalisation régional (rapport du nombre de patients résidents hospitalisés à la population de la région) consiste à affecter aux taux d'hospitalisation par sexe et âge de chaque région, la structure par sexe et âge de la France entière. ●●●



> **Séjours avec un diagnostic principal de Covid-19** : dans le PMSI-SSR, ces séjours sont identifiés comme ceux dont la manifestation morbide principale (MMP) ou l'affection étiologique (AE) est codée avec les modalités U07.10 (Covid-19, forme respiratoire, virus identifié), U07.11 (Covid-19, forme respiratoire, virus non identifié), U07.12 (porteur de SARS-CoV-2, asymptomatique), U07.14 (Covid-19, autres formes cliniques, virus identifié) et U07.15 (Covid-19, autres formes cliniques, virus non identifié). La modalité de codage U07.13 (autres examens et mises en observation en lien avec l'épidémie de Covid-19) n'est pas incluse dans les décomptes.

> **Séjours avec un diagnostic associé de Covid-19** : séjours d'hospitalisation pour lesquels un diagnostic associé (DA) de Covid-19 apparaît, sans manifestation morbide principale (MMP) ou affection étiologique (AE) de Covid-19. En pratique, dans le PMSI-SSR, il s'agit des DA codés avec les modalités U07.10 (Covid-19, forme respiratoire, virus identifié), U07.11 (Covid-19, forme respiratoire, virus non identifié), U07.12 (porteur de SARS-CoV-2, asymptomatique), U07.14 (Covid-19, autres formes cliniques, virus identifié) et U07.15 (Covid-19, autres formes cliniques, virus non identifié). La modalité de codage U07.13 (autres examens et mises en observation en lien avec l'épidémie de Covid-19) n'est pas incluse dans les décomptes.

#### Pour en savoir plus

> **Charavel, C., Mauro, L., Seimandi, T.** (2018, novembre). 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.