

En 2022, 1 803 établissements déclarent une activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) en France. Ils disposent de 101 800 lits et 18 000 places dédiés au moyen séjour, soit 26 % des capacités d'hospitalisation complète ou partielle offertes sur le territoire. La Provence-Alpes-Côte d'Azur, la Guadeloupe et La Réunion sont les régions ayant la plus forte densité en lits et en places. 1,3 million de séjours et 33,8 millions de journées d'hospitalisation complète ou partielle sont enregistrés en SSR, soit 27 % de l'activité hospitalière totale de 2022. L'hospitalisation complète reste prédominante (85 % des capacités). La part de l'hospitalisation partielle est plus importante dans le secteur privé à but non lucratif (19 % des capacités). La hausse d'activité d'hospitalisation complète et partielle en 2022 ne permet pas de retrouver le niveau d'avant la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19.

35 % des capacités de SSR sont assurées par les établissements publics

L'offre de soins de suite et de réadaptation (SSR) est assurée par 1 803 établissements de santé en France (tableau 1). Près d'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 2022, l'ensemble des établissements de SSR dispose de 101 800 lits et 18 000 places, représentant en cumulé 26 % des capacités hospitalières totales (court, moyen et long séjours et psychiatrie confondus). Ces capacités d'accueil cumulées en moyen séjour sont assez stables depuis 2016 (+0,2 % en moyenne annuelle de 2016 à 2022, après +1,6 % de 2003 à 2016) [voir fiche 02 « Les capacités d'accueil dans les établissements de santé »]. Mais cette apparente stabilité masque un report des modalités de prises en charge vers le temps partiel, et entre secteurs. Ainsi, entre 2016 et 2021, le nombre de lits en hospitalisation complète a diminué de 0,4 % par an en moyenne (soit une baisse cumulée de 2 700 lits, entièrement portée par les secteurs public et privé non lucratif), tandis que le nombre de places en hospitalisation partielle augmentait de 6,0 % en moyenne annuelle (soit une hausse de 4 500 places, majoritairement portée par les cliniques privées). Cette tendance se poursuit en 2022. Ainsi, le

nombre de lits en hospitalisation complète baisse de 1,3 % par rapport à 2021 (-1 300 lits), tandis que le nombre de places en hospitalisation partielle augmente de 5,8 % (+1 000 places). Ces capacités d'accueil sont réparties pour 36 % dans le secteur privé, 35 % dans le secteur public, et 29 % dans le secteur privé à but non lucratif.

En 2022, l'activité de SSR poursuit son rebond, sans retrouver son niveau d'avant la crise sanitaire

En 2020, l'activité de SSR a subi une baisse sans précédent du fait des déprogrammations massives d'interventions liées à l'épidémie de Covid-19 (-17,6 % de séjours et -12,5 % de journées, contre respectivement +0,6 % et -0,5 % en moyenne annuelle entre 2016 et 2019) [tableau complémentaire A]. Elle connaît depuis un rebond : les nombres de séjours et de journées sont repartis à la hausse (respectivement +2,4 % et +2,7 % en 2022, après +5,5 % et +0,5 % en 2021). Les établissements de SSR comptabilisent ainsi 1,3 million de séjours, pour 33,8 millions de journées en 2022, ce qui représente 27 % de l'activité hospitalière totale (s'agissant du nombre de journées). Ces chiffres restent en deçà de leurs niveaux d'avant la crise sanitaire (1,5 million de séjours et 37,4 millions de journées en 2019).

Considérant la répartition de l'activité par secteur, la part relative du secteur privé à but non lucratif est un peu plus faible en nombre de journées (26 %) qu'en nombre de lits et de places ou de séjours (29 %). Cette situation est liée au fait que, si l'hospitalisation complète domine encore largement l'activité de SSR (86 % des journées), l'hospitalisation partielle est plus développée dans le secteur privé à but non lucratif (18 % des journées, contre 17 % dans le secteur privé à but lucratif et 8 % 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 19, « La patientèle des établissements de soins de suite et 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 cliniques privées : elle y atteint 39,2 jours, contre 36,1 jours dans les établissements publics et 35,3 jours dans les établissements privés à but non lucratif.

Tableau 1 Capacités, activité et personnel des établissements offrant des capacités de SSR selon leur statut juridique en 2022

	Secteur public	Secteur privé à but non lucratif	Secteur privé à but lucratif	Ensemble
Nombre d'établissements¹	882	441	480	1 803
Nombre de lits et places, dont :	42 345	34 788	42 602	119 735
hospitalisation partielle (part en %)	4 015 (9 %)	6 437 (19 %)	7 526 (18 %)	17 978 (15 %)
Nombre de séjours (en milliers), dont :	494	379	438	1 311
hospitalisation partielle (part en %)	168 (34 %)	153 (41 %)	135 (31 %)	457 (35 %)
séjours avec diagnostic de Covid-19 ² (part en %)	43 (9 %)	18 (5 %)	27 (6 %)	89 (7 %)
Nombre de journées de présence (en milliers), dont :	11 671	8 896	13 186	33 752
hospitalisation partielle (part en %)	956 (8 %)	1 621 (18 %)	2 306 (17 %)	4 883 (14 %)
journées avec diagnostic de Covid-19 ² (part en %)	1 906 (16 %)	849 (10 %)	1 389 (11 %)	4 144 (12 %)
Durée moyenne des séjours d'hospitalisation complète terminés³ en 2022 (en journées), dont :	36,1	35,3	39,2	37,0
séjours sans aucun diagnostic de Covid-19	34,2	34,1	37,5	35,3
séjours avec diagnostic de Covid-19 ²	49,9	52,5	58,7	53,1
Ratio moyen de personnel aide-soignant (ETP par lit ou place)	0,4	0,3	0,2	0,4
Ratio moyen de personnel infirmier (ETP par lit ou place)	0,3	0,2	0,2	0,3
Ratio moyen de personnel de rééducation⁴ (ETP par lit ou place)	0,1	0,1	0,1	0,1
Ratio moyen d'autres types de personnels⁵ (ETP par lit ou place)	0,2	0,3	0,2	0,2

SSR : soins de suite et de réadaptation ; ETP : équivalent temps plein.

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

2. Les séjours ou journées avec diagnostic de Covid-19 correspondent à des séjours ou journées ayant pour motif principal ou associé le Covid-19.

3. En 2022, 854 025 séjours d'hospitalisation complète en SSR, soit 65 % des séjours de ce type, sont terminés dans l'année.

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

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

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

Sources > ATIH, PMSI-SSR 2022 pour l'activité, traitements DREES ; SAE 2022 pour la capacité et le personnel, traitements DREES.

L'activité de SSR reste marquée par la prise en charge des patients avec diagnostic de Covid-19

En 2022, les établissements de SSR ont enregistré 89 000 séjours pour des patients avec diagnostic de Covid-19¹, ce qui représente 6,8 % de l'ensemble des séjours de SSR (après 5,5 % en 2021 et 5,2 % en 2020), et 12,3 % des journées (après 7,6 % en 2021 et 7,4 % en 2020). Le Covid-19 continue ainsi de fortement peser sur l'activité de SSR, alors même que la part des prises en charge de patients avec diagnostic de Covid-19 s'amenuise dans les autres disciplines (voir fiche 10 « Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : activité et capacités » et fiche 14 « L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé »). Ce décalage temporel s'explique naturellement par le positionnement des SSR, qui ont pour vocation de cibler la réadaptation et la réinsertion des patients, après une hospitalisation en court séjour par exemple.

Les patients avec diagnostic de Covid-19 représentent une part plus importante des journées que des séjours, car leur durée moyenne de séjour (DMS) est particulièrement élevée : 53,1 jours, contre 35,3 jours pour les autres séjours. Par ailleurs, la DMS pour les séjours avec diagnostic de Covid-19 a fortement augmenté par rapport à 2020 (38,8 jours) et 2021 (46,5 jours), ce qui pourrait s'expliquer par la prise en charge de patients atteints de « Covid long », c'est-à-dire présentant des symptômes prolongés (plus de quatre semaines après l'infection).

Au global, la DMS est en hausse par rapport à la période précédant la crise (37,0 jours en 2022 contre 34,7 jours en 2019). Ce phénomène s'explique principalement par la prise en charge des patients avec diagnostic de Covid-19. Cependant, la DMS des séjours hors Covid-19 est aussi légèrement plus élevée en 2022 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 une DMS longue (voir fiche 19, « Les patients suivis en 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 ou place : 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, personnel éducatif, psychologues, 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 cliniques privées (0,2). Le personnel médical est nettement moins nombreux (0,04 ETP par lit ou place dans l'ensemble des établissements) et compte essentiellement des médecins généralistes, des médecins de médecine physique et de réadaptation ainsi que des gériatres. Ces éléments sur la configuration du personnel en SSR n'ont pas été modifiés de façon significative par 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 438,6 lits et places pour 100 000 habitants de 50 ans ou plus². La tendance à la baisse de cette densité moyenne (464,9 en 2016, avec une diminution moyenne annuelle de 1,0 % depuis), ne se traduit pas par une baisse équivalente du nombre de lits et places, qui reste stable au cours des dernières années. Cette situation s'explique notamment par la croissance démographique des 50 ans ou plus au cours de la même période. Les régions qui se distinguent par les densités de lits et de places les plus élevées sont la région

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

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

Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca) [534 lits et places pour 100 000 habitants de 50 ans ou plus], la Guadeloupe (516) et La Réunion (509), l'Occitanie (487), l'Île-de-France (486) et la Corse (457) [tableau 2]. Pour la région Paca, le rapport du taux d'hospitalisation standardisé³ au taux national s'élève à 1,08, ce qui indique que les hospitalisations en SSR sont plus fréquentes que la moyenne nationale dans cette région. À l'opposé, Mayotte, les Pays de la Loire et la Guyane sont parmi les régions les moins équipées en SSR (avec des densités respectives de

192, 360 et 377), et aussi celles où les hospitalisations en SSR sont les moins fréquentes. Si les disparités géographiques d'offres de soins restent importantes, elles sont en baisse depuis une dizaine d'années.

Les flux de patients entre régions peuvent contribuer à compenser ces disparités territoriales de l'offre. Plusieurs régions faiblement dotées en SSR voient plus souvent leurs résidents être pris en charge dans d'autres régions qu'ils n'accueillent de patients non résidents. En d'autres termes, ces régions présentent un solde négatif entre

Tableau 2 Solde entre les taux de fuite et les taux d'entrée en SSR en 2022 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
Provence-Alpes-Côte d'Azur	534	1,9	1,08
Occitanie	487	2,7	1,04
Île-de-France	486	0,0	1,00
Corse	457	-9,3	1,02
Normandie	443	-1,0	1,08
Hauts-de-France	431	0,3	1,07
Bourgogne-Franche-Comté	430	-3,2	0,98
Centre-Val de Loire	420	-1,8	0,89
Auvergne-Rhône-Alpes	418	-0,7	0,97
Grand Est	398	0,1	0,98
Nouvelle-Aquitaine	386	2,0	0,98
Bretagne	379	0,5	1,06
Pays de la Loire	360	-2,2	0,81
Guadeloupe	516	-5,5	1,31
La Réunion	509	-0,2	1,19
Guyane	377	-21,5	0,88
Martinique	367	-2,3	0,96
Mayotte	192	-41,2	0,16
France	439	-	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 (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris les SSA et les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, tous types d'hospitalisations confondus. Les données sur la Guadeloupe incluent Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Sources > ATIH, PMSI-SSR 2022, traitements DREES ; DREES, SAE 2022, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2022.

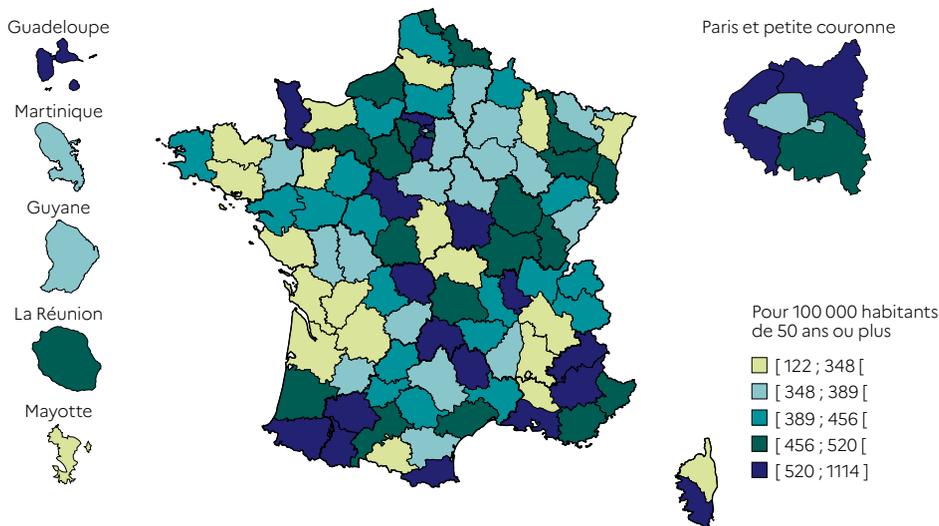
3. La standardisation de ce taux prend en compte la structure d'âge et de sexe de la population, ce qui signifie que la fréquence d'hospitalisation plus élevée en région Paca ne s'explique pas par une surreprésentation des personnes âgées.

taux d'entrée et taux de fuite des patients. C'est notamment le cas de Mayotte, de la Guyane, de la Corse, de la Guadeloupe et de la Bourgogne-Franche-Comté. À l'opposé, l'Occitanie, la Nouvelle-Aquitaine et la région Paca ont un solde positif lié à des capacités d'accueil plus élevées que la moyenne nationale.

Ces statistiques peuvent mériter d'être approfondies à un échelon infrarégional : si dans certaines régions, l'offre de SSR est plutôt homogène, de fortes disparités départementales existent en effet dans d'autres (carte 1).

Ainsi, la région Occitanie occupe la deuxième place des régions métropolitaines les plus dotées en lits et places de SSR, mais les densités infrarégionales y sont très hétérogènes : sur les treize départements qui la composent, quatre ont des densités supérieures à 520 lits et places pour 100 000 habitants de 50 ans ou plus (correspondant au dernier quintile au niveau national), alors que six autres ont des densités inférieures à 406 lits et places pour 100 000 habitants de 50 ans ou plus (correspondant à la médiane). ■

Carte 1 Densité de capacités en lits et places de SSR par département au 31 décembre 2022



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quintiles.

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

Sources > DREES, SAE 2022, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2022.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Établissements de santé en France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy) exerçant une activité de SSR en 2022, y compris le service de santé des armées (SSA) et les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires. 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.). Les capacités d'accueil sont déclarées dans la SAE, tandis que l'activité est enregistrée dans le PMSI. Les séjours comptabilisés comprennent ceux commencés ●●●



en 2022 ou avant, terminés en 2022 ou après. Seules les journées de 2022 sont comptabilisées (les journées antérieures ou postérieures à 2022 sont exclues pour les séjours à cheval sur plusieurs années, dont 2022).

Sources

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE)¹ de la DREES décrit l'activité des établissements et les facteurs de production associés (capacités, personnel, etc.). 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.

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.
- > **Séjours avec diagnostic de Covid-19** : dans le PMSI-SSR, ces séjours sont identifiés comme ceux avec une manifestation morbide principale (MMP), une affection étiologique (AE), ou un diagnostic associé codé 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.

1. La statistique annuelle des établissements de santé, sources, outils et enquêtes, est disponible sur le site de la DREES : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/00-la-statistique-annuelle-des-etablissements-sae>.

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.