



Études et Résultats

N° 861 • décembre 2013

Les enfants en soins de suite et de réadaptation en 2010

L'activité en soins de suite et de réadaptation (SSR) pour les enfants représente 5 % de l'activité globale de SSR. En 2010, 32 000 enfants de moins de 19 ans ont été pris en charge au cours de 73 000 séjours. Deux tiers de ces séjours sont effectués dans des établissements à but non lucratif.

Les principales pathologies prises en charge sont les paralysies, l'obésité, les arthropathies ainsi que les troubles mentaux et du développement. Le type d'hospitalisation, les durées de prise en charge et les actes de rééducation varient selon les pathologies : alors que l'obésité est prise en charge en hospitalisation complète (98 % des journées), les paralysies ne le sont que dans les trois quarts des cas (74 %).

D'une manière générale, les garçons sont surreprésentés dans les services de SSR, sauf pour la prise en charge de l'obésité où les filles sont majoritaires, notamment après 15 ans. Comme pour l'ensemble de la discipline, on note des disparités territoriales dans l'accès pour les enfants à ces types de soins spécialisés.

Fabienne COQUELET, Hélène VALDELIÈVRE

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
Ministère de l'Économie et des Finances
Ministère des Affaires sociales et de la Santé
Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social

En 2010, les enfants accueillis en soins de suite et de réadaptation (SSR) ont cumulé en moyenne 35 jours d'hospitalisation durant l'année : 46 % d'entre eux ont bénéficié de 3 semaines à 3 mois d'hospitalisation cumulée, 12 % de plus de 3 mois. Ils sont 19 % à n'avoir bénéficié que d'une seule journée de prise en charge.

Près des deux tiers des patients (60 %) n'ont été hospitalisés qu'une fois au cours de l'année (22 jours en moyenne) [encadré 1].

La moitié des séjours sont réalisés par des enfants de 6 à 14 ans

Les enfants de 6 à 14 ans ont effectué la moitié des séjours ; les jeunes adultes (18-19 ans) représentent 10 % des hospitalisations. Les garçons occupent 52 % des hospitalisations. Ils sont 51 % pour chaque tranche d'âges jusqu'à 20 ans, mais cette proportion varie selon la tranche d'âges : 56 % des séjours des moins de 5 ans, 48 % des séjours des 15-17 ans.

Quatre séjours sur cinq concernent les maladies du système nerveux (paralysies cérébrales ou autres), les affections endocriniennes ou métaboliques (obésité), les maladies du système ostéo-articulaire (arthrose) et les lésions « traumatiques » (traumatismes et brûlures notamment). Cependant, la répartition change selon les tranches d'âges considérées. Chez les jeunes enfants (5 ans et moins) et chez les jeunes adultes (18-19 ans), les maladies du système nerveux et les lésions « traumatiques » sont plus fréquentes (la part des brûlures étant plus élevée chez les jeunes enfants et celle des traumatismes plus élevée chez les jeunes adultes). L'obésité est un motif d'hospitalisation principalement retrouvé chez les enfants de 6 à 17 ans, et les maladies du système ostéo-articulaire chez les enfants de 6 à 19 ans.

Les troubles spécifiques du développement des acquisitions scolaires, de la parole et du langage ou du développement moteur sont rencontrés dans les séjours des 6-14 ans et, à un

degré moindre, chez les enfants de 5 ans et moins.

Selon les pathologies et la prise en charge, les enfants bénéficient d'une à plusieurs journées d'hospitalisation cumulées sur l'année (tableau 1) [encadré 2].

Un peu plus de 6 000 enfants (19 %) ont bénéficié d'une seule journée de prise en charge durant l'année 2010. Leur accueil était motivé, dans 20,6 % des cas, par des maladies relatives au système nerveux (syndromes paralytiques), dans 19,5 % des cas, par des troubles mentaux (troubles

du développement psychologique) et, dans 13,4 % des cas, par des dorso-pathies avec déformation (scolioses, etc.) et autres arthropathies. La moitié des actes réalisés pour ces patients correspondent à des synthèses de rééducation ou de réadaptation et à des bilans (des fonctions cognitives et de communication, des connaissances scolaires et orthopédiques). Vient ensuite l'activité de réadaptation avec 38 % des actes (entretiens avec les familles, information au patient et à sa famille, prise de contact et organisation des liaisons avec les inter-

ENCADRÉ 1

Définitions et indicateurs

Champ

Séjours complets des enfants en services de soins et de réadaptation (SSR) en 2010 sur la France. Les décrets d'avril 2008 prévoient la délivrance d'autorisations spécialisées pour la prise en charge des enfants et des adolescents. L'analyse a donc porté sur cette population, mais aussi sur les jeunes adultes (18 et 19 ans) parce que cette tranche d'âges présentait des spécificités en termes de prise en charge par rapport aux tranches d'âges les encadrant.

Sources

La Statistique annuelle des établissements (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements de santé et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel). Le Programme de médicalisation des systèmes d'information des soins de suite et de réadaptation (PMSI-SSR) permet de procéder à l'analyse médico-économique de l'activité de soins des établissements de santé.

Définitions

- **Soins de suite et de réadaptation** : prises en charge polyvalentes ou spécifiques des conséquences fonctionnelles de certaines affections (de l'appareil locomoteur, des systèmes nerveux, cardio-vasculaires, respiratoires, etc.), ou destinées à certaines populations (enfants, adolescents ou adultes ou personnes âgées polypathologies, dépendantes ou à risque de dépendance). L'activité des SSR vise à prévenir ou à réduire les conséquences (fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales) des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion.
- **Densités de lits et places** : comptabilisation des capacités autorisées (décrets 2008).
- **Séjour** : période comprise entre le jour de l'admission et le dernier jour de la prise en charge. Un séjour complet est un séjour qui s'est terminé en 2010, qu'il ait commencé en 2010 ou auparavant, les caractéristiques décrites sont celles enregistrées lors de la semaine de l'admission des patients.
- **Unité séjour** : plusieurs séjours effectués par un même patient sont comptés comme autant de séjours différents.
- **Activité** : cumul des journées d'hospitalisation complète et d'hospitalisation de jour.
- **Part de l'activité ambulatoire** : jours d'hospitalisation de jour rapportés à l'activité totale.
- **Taux de recours** : calcul, pour une région donnée, du rapport des patients de la région hospitalisés à la population de la région.
- **Taux de recours standardisé** : calculé, en affectant aux régions, la structure par sexe et par âge de la France entière (méthode de standardisation directe).
- **Solde entre le taux d'entrée et le taux de fuite de la région** : solde entre la proportion des séjours hospitalisés dans un département, réalisés par des non-résidents de ce département (dénominateur : tous les séjours de la région) et la proportion des séjours des résidents de la région qui se font soigner hors de leur région (dénominateur : nombre de résidents de la région hospitalisés).
- **Nombre moyen de jours de présence** : présence effective effectuée en SSR.
- **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 prise en charge) pour traiter une hémiplégie (manifestation morbide principale), faisant suite à un accident vasculaire cérébral (affection étiologique).
- **Appréciation de la morbidité** : les altérations ou problèmes de santé des patients, pour lesquels des soins de suite ou de réadaptation en hospitalisation ont été prescrits, ont été appréciés à partir de la MMP, voire de l'AE.

venants à domicile ou actes visant à promouvoir la réadaptation scolaire ou universitaire). 2 % des actes sont consacrés à la pose ou à l'adaptation d'appareillage¹.

81 % des enfants sont venus plus d'une journée dans l'année (un ou plusieurs séjours). 20 % sont hospitalisés pour des affections du système digestif, métabolique et endocrinien, dont l'obésité, et 16 % pour des maladies du système nerveux, dont les syndromes paralytiques. Les deux tiers des actes sont des actes de réadaptation (36 % des actes), des actes de réé-

ducation mécanique (16 %) et des bilans (11 %). La réadaptation consiste en des activités de réinsertion à la vie quotidienne (évaluation des aptitudes psychosociales, apprentissage et mises en situation) ou à la scolarité (réadaptation à la scolarité, utilisation d'outils pédagogiques, enseignement individualisé, adapté ou spécialisé, accompagnement et soutien pédagogique en milieu scolaire adapté). La rééducation mécanique vise ici principalement la mobilisation articulaire, la verticalisation des patients et la rééducation de la marche. Les bilans

comportent des synthèses de rééducation et de réadaptation, des évaluations de la douleur (objectivation du niveau de souffrance) ou de l'état cutané (contrôle des zones d'appui, de frottement, de cicatrices, etc.).

Les filles plus sont plus souvent prises en charge pour obésité

5 000 enfants ont bénéficié d'au moins un séjour pour lequel l'obésité a été déclarée en morbidité principale. Les hospitalisations concernent principalement les adolescents de 12 à 16 ans (en moyenne 13 ans) [graphique 1].

1. L'appareillage permet de remplacer un organe anatomique manquant, une fonction physiologique défaillante ou de faciliter une fonction (écran grossissant pour un malvoyant).

ENCADRÉ 2

Quelle morbidité à l'origine des différents séjours des patients ?

Afin de décrire les patients et leurs prises en charge à travers leurs différents séjours au cours de l'année 2010, il était nécessaire de rechercher une manifestation morbide principale et une affection étiologique dominantes, voire récurrentes, pour chaque patient.

Lorsque les patients n'ont effectué qu'un seul séjour durant l'année 2010, la morbidité retenue était la manifestation morbide principale (MMP) de ce séjour. Pour les patients ayant bénéficié de multiples séjours durant l'année, la morbidité retenue était la MMP figurant dans plus de la moitié des séjours. Dans toutes les situations où plusieurs MMP présentaient une fréquence identique, le choix de la morbidité s'est porté sur la MMP exprimant une « manifestation » de la pathologie plutôt que sur la MMP exprimant la pathologie elle-même. Par exemple, dans le cas de deux séjours réalisés pour un même patient durant l'année 2010, si la MMP de l'un était un « trouble du développement de la parole et du langage » et la MMP de l'autre une « surdité neuro-sensorielle bilatérale », alors la MMP retenue était le « trouble du développement de la parole et du langage ».

Pour la sélection de l'affection étiologique, la démarche adoptée était identique à celle utilisée pour la MMP, à la différence qu'en cas d'affections étiologiques ayant une même fréquence, c'est le code évoquant une « pathologie » qui a été retenu (dans l'exemple précédent, la surdité). Dans le cas où plusieurs codes de pathologie étaient en concurrence, le code exprimant le plus précisément la pathologie a été retenu.

TABLEAU 1

Répartition des patients selon la morbidité la plus fréquemment enregistrée¹ durant l'année 2010

Pathologies	Patients						Taux de recours (pour 100 000 enfants)
	Ayant effectué une seule journée annuelle de SSR		Ayant effectué plus d'une journée de SSR		Tous patients		
	Effectif	Part (%)	Effectif	Part (%)	Effectif	Part (%)	
Affections du système digestif, métabolique et endocrinien dont :	872	14,5	5 137	19,8	6 009	18,8	39,1
<i>Diabète</i>	72	1,2	662	2,6	734	2,3	4,8
<i>Obésité et autres excès d'apport</i>	681	11,3	4 015	15,5	4 696	14,7	30,5
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé dont :	244	4,1	4 562	17,6	4 806	15,0	31,3
<i>Présence d'implants fonctionnels (hors cardiaques et vasculaires)</i>	56	0,9	2 647	10,2	2 703	8,5	17,6
<i>Autres états postchirurgicaux</i>	18	0,3	1 022	3,9	1 040	3,3	6,8
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes dont :	313	5,2	1 597	6,2	1 910	6,0	12,4
<i>Brûlures</i>	244	4,1	765	2,9	1 009	3,2	6,6
<i>Lésions traumatiques</i>	69	1,1	810	3,1	879	2,7	5,7
Maladies du système nerveux dont :	1 240	20,6	4 070	15,7	5 310	16,6	34,5
<i>Paralysies cérébrales et autres syndromes paralytiques</i>	913	15,2	3 334	12,8	4 247	13,3	27,6
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif dont :	960	16,0	3 315	12,8	4 275	13,4	27,8
<i>Dorsopathies avec déformations</i>	534	8,9	1 633	6,3	2 167	6,8	14,1
<i>Autres arthropathies</i>	271	4,5	918	3,5	1 189	3,7	7,7
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs dont :	709	11,8	2 129	8,2	2 838	8,9	18,5
<i>Anomalie de la démarche et de la motilité</i>	460	7,6	756	2,9	1 216	3,8	7,9
Troubles mentaux dont :	1 174	19,5	2 250	8,7	3 424	10,7	22,3
<i>Troubles du développement psychologique</i>	976	16,2	976	3,8	1 952	6,1	12,7
Autres²	505	8,4	2 894	11,2	3 399	10,6	22,1
Total général	6 017	100,0	25 954	100,0	31 971	100,0	207,9

¹ La morbidité est celle enregistrée en manifestation morbide principale lors du résumé hebdomadaire anonyme d'admission du séjour pour les patients n'ayant effectué qu'un seul séjour ; pour les patients ayant effectué plusieurs séjours, la morbidité est celle enregistrée dans plus de la moitié des RHA d'admission des séjours.

² Affection de la peau et des tissus sous-cutanés, de l'appareil cardio-vasculaire, de l'appareil respiratoire, affections d'origine périnatale, malformations congénitales et anomalies chromosomiques, grossesse, accouchement et puerpéralité, maladies de l'œil et de ses annexes, de l'oreille de l'apophyse mastoïde, des organes génito-urinaires, du sang et des organes hématopoïétiques, infectieuses et parasitaires, tumeurs bénignes ou malignes.

Champ • Séjours des enfants de 19 ans et moins sur la France et les DOM.

Sources • SAE, PMSI SSR 2010, traitement DREES.

Les filles sont majoritaires, particulièrement parmi les plus de 15 ans (plus de 70 % de filles pour cette tranche d'âges). Parmi ces 5 000 enfants, 4 700 ont bénéficié d'une seule ou de plusieurs hospitalisations pour motif récurrent d'obésité (plus de la moitié des séjours)². Il s'agit d'hospitalisations complètes (70 % des séjours et 98 % des journées) et les enfants viennent de leur domicile (97 %). Seules 2 % des hospitalisations sont réalisées à la suite d'un séjour en MCO (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie).

Les patients ont réalisé 9 536 séjours et ont passé, en moyenne, 48,1 jours annuels d'hospitalisation (25 en médiane) ; la durée cumulée moyenne d'hospitalisation complète est de 61 jours.

La moitié des actes réalisés sont de la réadaptation (évaluation et réadaptation des aptitudes psychosociales à la vie quotidienne, apprentissage des actes élémentaires de la vie quotidienne et mise en situation de vie sociale). Viennent ensuite, à parts égales (19 %), des actes de rééducation collective (éducation à l'hygiène de vie, activités gymniques et physiques, rééducation des fonctions cognitives et psychothérapie de groupe) et des actes de rééducation nutritionnelle (suivi nutritionnel et rééducation alimentaire).

En Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Midi-Pyrénées, les enfants sont proportionnellement plus souvent pris en charge (respectivement 101, 56,1 et 55,2 enfants hospitalisés pour 100 000 de moins de 20 ans contre 26,8 en France). En revanche, en Basse-Normandie, Champagne-Ardenne, Picardie et dans la région Centre, les taux de recours sont moindres (8 à 13,5) malgré des prévalences d'obésité marquées dans la population générale de ces régions (carte). Ces recours différenciés entre les régions sont à rapprocher des différences d'offre de soins entre régions.

Les paralysies sont le deuxième motif de prise en charge

Pour 6 000 patients, une paralysie a été enregistrée en morbidité princi-

pale au cours de l'un de leurs séjours. Parmi eux, 4 250 ont bénéficié d'une seule hospitalisation pour ce motif ou de plusieurs au motif récurrent de « paralysie » (plus de la moitié des séjours). Ces patients ont réalisé 11 830 séjours et ont passé, en moyenne, 43,1 jours d'hospitalisation (8 jours en médiane).

L'hospitalisation complète représente 35 % des séjours et 74 % des journées produites. Les enfants viennent de leur domicile (77 % des séjours) ou sont hospitalisés à la suite d'un séjour en MCO (19 %). Les sorties se font vers le domicile (86 %) et en MCO (9 %).

Les patients ont en moyenne 10,5 ans (l'âge médian est de 12 ans), mais on note deux modes dans la distribution des âges de ces patients avec un pic vers 5 ans et un autre vers 18 ans (graphique 2) et il s'agit le plus souvent de garçons.

Les actes effectués pour ces patients représentent 20 % de l'ensemble des actes pour les enfants.

Quelle que soit l'origine de la paralysie, 85 % des enfants sont hospitalisés dans la région de leur domicile.

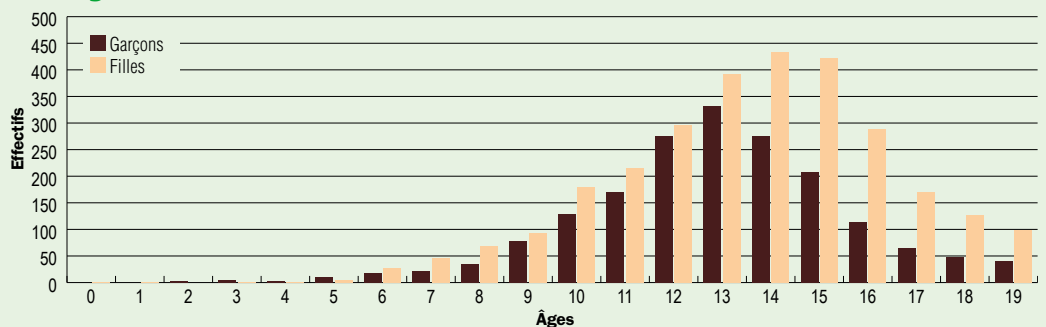
Parmi les affections à l'origine des paralysies, une paralysie cérébrale infantile (PCI) est mentionnée pour 58 % des patients. Les autres patients doivent leur état à :

- des maladies du système nerveux et des affections musculaires et neuromusculaires (28 %) : dystrophies musculaires et autres myopathies congénitales, malformations de la moelle épinière ou cérébrales, affections du cerveau (anoxie, encéphalites, méningites, etc.) et de la moelle épinière (compressions, etc.) ;
- des lésions traumatiques (20 %) dont des traumatismes de la tête (11 %) ;
- des affections dont l'origine se situe dans la période périnatale ou

2. Les 300 autres enfants ont bénéficié de plusieurs séjours pour lesquels l'obésité n'était pas un motif récurrent.

GRAPHIQUE 1

Répartition des patients pris en charge pour obésité en SSR en 2010 selon leur âge

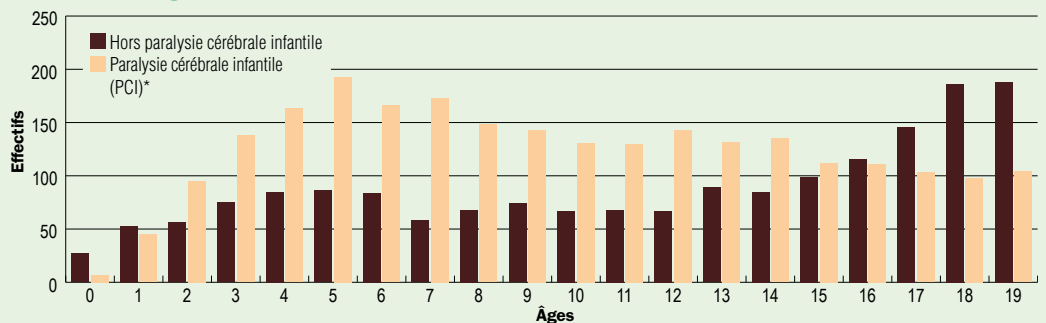


Champ • Séjours des enfants de 19 ans et moins, France entière.

Sources • SAE, PMSI SSR 2010, traitement DREES.

GRAPHIQUE 2

Répartition des patients pris en charge en SSR en 2010 pour une paralysie selon leur âge



* PCI : La paralysie cérébrale infantile est un handicap moteur résultant de lésions cérébrales non progressives et définitives survenues sur un cerveau en développement. Elle touche environ 2 enfants pour 1 000 naissances vivantes. L'âge optimal pour l'enregistrement des cas est de 5 ans permettant ainsi d'éviter les enfants présentant des anomalies transitoires ou progressives (*Bulletin épidémiologique hebdomadaire* n° 16-17, « Handicaps de l'enfant », le 4 mai 2010).

Champ • Séjours des enfants de 19 ans et moins, France entière.

Sources • SAE, PMSI SSR 2010, traitement DREES.

des malformations congénitales (15 %) telles que celles liées à une brièveté de la gestation et un poids insuffisant à la naissance, ou à un spina-bifida³.

Une prise en charge qui varie selon l'origine de la paralysie

Dans le cas de PCI, les manifestations paralytiques rencontrées sont variées : 60 % des patients présentent une paralysie spastique (paralysie accompagnée d'une exagération du tonus musculaire) dont la moitié est le fait d'une diplégie (paralysie bilatérale), et 25 % des

patients présentent une hémiplégie. Les prises en charge reposent principalement sur l'hospitalisation à temps partiel (68 % des séjours). En moyenne, chaque patient réalise 2,5 séjours, cumulant ainsi 26,6 journées de présence au cours de l'année et bénéficie de 197 actes de rééducation par an. Il s'agit pour un tiers d'actes d'appareillage (visant le confort ou la sécurité, la prévention de complications cutanées, telles les escarres, ou l'appareillage). L'activité de réadaptation représente un quart de l'activité : évaluation et réadaptation à la vie quotidienne,

accompagnement scolaire, tels que détaillés précédemment. Les actes de rééducation mécanique (13 %) portent sur la mobilisation articulaire, la verticalisation et la rééducation de la marche et de la déglutition. On note que 6 % des actes sont des actes de rééducation sensorimotrice (rééducation de la préhension, de l'équilibre et de la coordination).

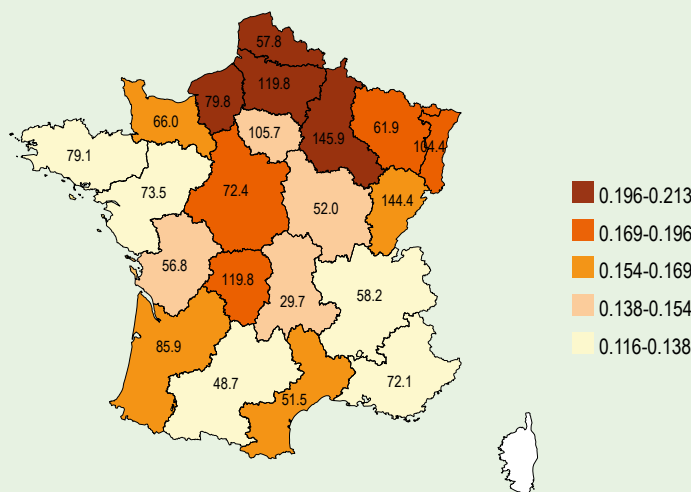
Dans le cas de paralysies d'autres origines que la PCI, 46 % des enfants présentent une tétraplégie, 29 % une hémiplégie et 21 % une paraplégie (paralysie des membres inférieurs et de la partie basse du tronc). Les séjours de ces enfants sont plus fréquents (3,2 séjours par an en moyenne) comparé à ceux présentant une PCI. Ils sont plus souvent réalisés en hospitalisation complète (66 %) et de durée cumulée moyenne annuelle plus élevée (65,9 jours). De même, ces patients bénéficient de deux fois plus d'actes de rééducation (390 actes en moyenne par an). Si la part de l'activité de réadaptation est la même quelle que soit l'origine de la paralysie, la répartition des autres activités de rééducation diffère. Les actes de rééducation mécanique sont plus fréquents (20 %) : mobilisation articulaire, verticalisation, rééducation de la marche et apprentissage des transferts (lit-fauteuil, etc.), de même que les actes de rééducation sensorimotrice (12 %). Les actes d'appareillage sont moins nombreux (11 %), mais sont centrés sur la pose et l'adaptation d'appareillages ou d'aides techniques. Une part non négligeable de l'activité est aussi réalisée dans la sphère respiratoire (7 %) : désencombrement et aspiration buccopharyngée ou laryngotrachéale, ventilation assistée ou dirigée, et dans la sphère neuro-psychologique (6 %), avec la rééducation des fonctions cognitive, psychomotrice et du langage.

3. Le spina-bifida se définit par l'absence de fermeture postérieure de la colonne vertébrale dans laquelle se trouve la moelle épinière. Les conséquences sont très variables pouvant entraîner des troubles moteurs, sphinctéro-urinaires...

CARTE

Prévalence de l'obésité des patients de 15 ans et plus selon les régions de résidence des patients

En %



Note • Les chiffres notés sur chaque région indiquent l'évolution de la prévalence en % entre 1997 et 2012.
Sources • Étude Obepi-Roche 2012, hors Corse.

TABLEAU 2

Répartition de l'activité en SSR selon l'âge des enfants et le type d'établissements (public, PNL, PL)

Types d'hospitalisation	Tranches d'âges	Activité en séjours				Activité en journées de présence			
		Public	Privé non lucratif	Privé lucratif	Ensemble	Public	Privé non lucratif	Privé lucratif	Ensemble
Hospitalisation complète	5 ans et moins	1 036	4 731	237	6 004	27 616	95 438	9 188	132 242
	6-14 ans	3 028	13 347	1 902	18 276	56 323	305 275	109 916	471 514
	15-17 ans	1 299	6 918	791	9 008	33 458	172 366	31 652	237 476
	18-19 ans	915	2 638	997	4 551	21 951	65 455	26 698	114 104
Total hospitalisation complète		6 278	27 634	3 927	37 839	139 348	638 534	177 454	955 336
Hospitalisation de jour	5 ans et moins	2 002	6 376	24	8 402	16 040	37 844	376	54 261
	6-14 ans	3 993	14 124	110	18 228	38 702	67 224	1 612	107 538
	15-17 ans	981	4 257	413	5 651	5 675	21 604	7 268	34 547
	18-19 ans	702	1 753	447	2 901	4 725	15 691	7 707	28 124
Total hospitalisation de jour		7 678	26 509	995	35 182	65 142	142 363	16 963	224 469
Ensemble		13 956	54 143	4 921	73 021	204 491	780 897	194 417	1 179 805

Champ • Séjours complets des enfants de 19 ans et moins, en France.
Sources • SAE, PMSI SSR 2010, traitement DREES.

L'activité est majoritairement effectuée par le secteur privé à but non lucratif

Les établissements du secteur privé à but non lucratif contribuent aux deux tiers de l'activité réalisée pour

les enfants alors qu'ils ne participent que pour un tiers de l'activité en population générale ; les établissements du secteur public assurent 22 % des séjours des enfants contre 40 % en population générale. La part des séjours réalisés par les établissements du secteur privé à but lucratif est faible pour les enfants (7 %) (tableau 2). Plus de la moitié des séjours (52 %) relèvent d'une prise en charge en hospitalisation complète et trois quarts d'entre eux sont réalisés dans le secteur privé non lucratif.

On note, cependant, une surreprésentation du secteur public en Île-de-France où il représente une part com-

parable au secteur privé non lucratif, et une sous-représentation du secteur public en Provence-Alpes-Côte d'Azur où le secteur privé lucratif représente un tiers de l'activité.

Des disparités d'offres et de prises en charge selon les régions

La densité moyenne nationale en SSR spécialisés dans la prise en charge des enfants est de 33,6 lits et places pour 100 000 enfants. Les établissements des régions qui ne disposent d'aucune capacité spécialisée peuvent, néanmoins, prendre en charge des enfants en SSR. Par ailleurs, toutes les autorisations accor-

dées dans la suite des décrets n'étaient pas mises en œuvre en 2010, la densité ainsi calculée est donc probablement sous-estimée.

Comme pour l'offre globale de SSR, on observe des disparités importantes selon les régions (tableau 3) : les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur, Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées sont les trois régions qui disposent des capacités spécialisées dans la prise en charge des enfants les plus élevées. À l'inverse, la Bourgogne, la Champagne-Ardenne et l'Alsace proposent une offre très inférieure à la moyenne nationale, ce qui conduit les résidents à être pris en charge dans d'autres régions. ■

■ TABLEAU 3

Offres et prises en charge des enfants dans les régions

	Densité pour 100 000 enfants de la région	Solde entre le taux d'entrée et le taux de fuite	Taux de recours brut (pour 1000)	Rapport du taux de recours standardisé au taux national*
Alsace	3,8	-42,5	2,29	0,50
Aquitaine	15,2	0,6	3,64	0,79
Auvergne	53,0	1	4,44	0,98
Basse-Normandie	30,6	-1,2	4,35	0,95
Bourgogne	0,0	-73,9	3,59	0,78
Bretagne	38,0	7,6	6,21	1,37
Centre	2,1	-35,2	3,50	0,78
Champagne-Ardenne	3,7	-57,1	2,25	0,49
Corse	0,0	-*	1,75	0,38
Franche-Comté	20,8	-7,1	2,28	0,50
Guadeloupe	0,0	-	1,79	0,39
Guyane	0,0	-	1,96	0,45
Haute-Normandie	11,7	-22,7	2,28	0,50
Île-de-France	33,7	4,2	3,60	0,81
La Réunion	28,8	2,2	13,3	2,93
Languedoc-Roussillon	75,5	20,5	9,21	2,03
Limousin	3,3	-31	1,68	0,36
Lorraine	38,4	10,3	8,83	1,95
Martinique	18,7	-6,1	7,73	1,65
Midi-Pyrénées	55,3	6,5	6,61	1,46
Nord - Pas de Calais	26,0	5,6	4,02	0,89
Pays de la Loire	22,4	-9,7	3,15	0,70
Picardie	46,6	-8,1	3,03	0,67
Poitou-Charentes	15,6	-24,3	1,90	0,42
Provence-Alpes-Côte Azur	80,8	1,5	4,09	0,90
Rhône-Alpes	26,2	10,3	6,10	1,35

* Les effectifs en séjours de la Corse, de la Guadeloupe et de la Guyane sont trop faibles pour le calcul du ratio.

Note • Les densités sont calculées en rapportant les capacités spécialisées dans les prises en charge des enfants à la population des moins de 19 ans de la région.

Le taux de recours est le rapport des patients de la région hospitalisés à la population de la région, méthode de standardisation directe : rapport des taux régionaux standardisés au taux national brut.

Champ • Séjours des enfants de 19 ans et moins pour la France et les DOM.

Sources • SAE, PMSI SSR 2010, données statistiques.

■ Pour en savoir plus

Coquelet F., Valdelièvre H., 2011, « Les soins de suite et de réadaptation en 2008 : patientèle traitée et offre de soins », *Dossiers Solidarité Santé*, DREES, n° 23, décembre.

Boisguérin B., Minodier C. (dir.), 2012, *Le panorama des établissements de santé, édition 2012*, Études et Statistiques, DREES, novembre.