

LES DOSSIERS DE LA DREES

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES

Novembre 2018 /// N° 30

Claire Charavel, Léa Mauro et
Tom Seimandi (DREES)

Les soins de suite et de réadaptation entre 2008 et 2016

Forte progression de l'activité, en réponse
au vieillissement de la population

Depuis 2008, l'activité des établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) a augmenté de 16 %, atteignant 37,9 millions de journées en 2016 pour plus d'un million de patients. Cette augmentation s'explique surtout par le vieillissement de la population qui accroît la demande en SSR. L'augmentation de l'activité est particulièrement importante dans les cliniques privées, qui concentrent 34 % de l'activité en 2016, contre 30 % en 2008.

Les établissements de SSR ont fait face à cette évolution en ouvrant des lits et places (+13 % en 8 ans) et en les mobilisant de manière plus intensive, avec un taux d'occupation des lits accru (+3 points). Ils ont également développé les alternatives à l'hospitalisation complète. L'hospitalisation partielle a ainsi connu une croissance rapide : en 8 ans, le nombre de journées a augmenté de 74 % (contre 11 % en hospitalisation complète). La part de l'hospitalisation partielle dans l'activité totale est passée de 7 % à 10 %.

Des disparités territoriales de capacités d'accueil subsistent encore, mais se résorbent peu à peu. Cette homogénéisation de l'offre territoriale de SSR fait écho à l'un des objectifs visés par la réforme de 2008.

SOMMAIRE

LES DOSSIERS DE LA DREES

Les soins de suite et de réadaptation entre 2008 et 2016

Forte progression de l'activité,
en réponse au vieillissement
de la population

Novembre 2018 /// N° 30

Le recours aux SSR progresse de 11 % sous l'effet du vieillissement de la population entre 2008 et 2016	5
Des capacités d'accueil en hausse, mobilisées de manière plus intensives, accompagnent la forte progression de l'activité de SSR depuis 2008	7
Une augmentation de l'activité particulièrement forte pour les établissements privés à but lucratif	9
Très forte augmentation de l'hospitalisation à temps partiel depuis 2008	12
La patientèle en hospitalisation à temps complet est de plus en plus âgée et dépendante	14
Les prises en charge en hospitalisation à temps complet s'alourdissent	17
Les lésions traumatiques, premier motif de recours à l'hospitalisation à temps complet en SSR	20
L'hospitalisation partielle en SSR se développe pour toutes les catégories de morbidité et concerne une patientèle plus jeune	21
Des disparités territoriales subsistent mais se résorbent peu à peu	23
Bibliographie	27
Annexe 1 : Historique et réglementations	28
Annexe 2 : La part des SSR dans l'offre de soins hospitalière	30
Annexe 3 : Compléments méthodologiques sur les données utilisées	32
Annexe 4 : Compléments méthodologiques sur les morbidités et les actes	33
Annexe 5 : Méthodologie de construction d'une densité standardisée de capacité d'accueil en SSR	37

Les soins de suite et de réadaptation (SSR) entre 2008 et 2016

Forte progression de l'activité, en réponse
au vieillissement de la population

Claire Charavel, Léa Mauro et Tom Seimandi

Les établissements*¹ de soins de suite et de réadaptation (SSR) occupent une place intermédiaire dans l'offre de soins hospitalière, se situant entre le court séjour et les soins de longue durée. Au sein des parcours de soins des patients, ils ont pour objectif de « *prévenir ou réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion* »² à la suite, par exemple, d'une hospitalisation en médecine ou chirurgie. Ainsi, la vocation des SSR est de cibler la réadaptation et la réinsertion des patients afin de leur permettre de regagner dès que possible leur domicile ou d'être admis dans un autre établissement si besoin (médico-social par exemple).

En 2008, deux décrets et une circulaire redéfinissent les contours et le cadre juridique des activités autorisées en SSR pour les établissements de santé (*annexe 1*). Cette réforme témoigne de plusieurs volontés connexes. En particulier, elle avait pour objectif d'actualiser des textes datant de plusieurs dizaines d'années et de mieux structurer une offre de soins qui recouvrait jusqu'alors des prises en charge très diverses, à travers la création d'autorisations de soins spécialisées (Cour des comptes, 2012). Dans le même temps, la révision des conditions d'obtention des autorisations de soins reflète la poursuite d'un effort de médicalisation du secteur entrepris depuis plusieurs années déjà.

Depuis les textes de 2008, la population française vieillit, ce qui accroît la demande de soins en court comme en moyen séjour, avec un impact direct sur l'activité de SSR. L'objet de cette étude est de décrire comment l'offre de soins de SSR a évolué, notamment pour s'adapter à la contrainte du vieillissement de la population, croissante depuis 2008. Plusieurs leviers d'adaptation sont détaillés : accroissement des capacités d'accueil des structures installées ou création de structures nouvelles, utilisation plus intensive des lits disponibles ou encore diversification de l'offre par le développement des prises en charge ambulatoires.

¹ Dans cette étude, tous les termes suivis d'une * sont définis dans l'encadré 1, qui présente également les principales sources de données mobilisées ainsi que le champ de l'étude.

² Code de la santé publique – Article R6123-118.

Parce que la réforme de 2008 insiste notamment sur l'importance de la coordination territoriale des SSR, l'étude aborde également la question des disparités territoriales de l'offre de soins de SSR, historiquement fortes. Il s'agira de regarder si ces disparités se sont réduites ou non depuis 2008.

Le besoin d'un tel état des lieux est conforté par le fait qu'en 2017, le mode de financement des SSR a commencé à changer, avec un passage très progressif vers une dotation modulée à l'activité (DMA), à l'instar du modèle de tarification à l'activité existant déjà pour le court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie [MCO]) ou l'hospitalisation à domicile (HAD). Cette étude caractérise la dynamique préalable à la réforme du financement des SSR à laquelle seront comparées les évolutions constatées ces prochaines années.

Le recours aux SSR progresse de 11 % sous l'effet du vieillissement de la population entre 2008 et 2016

Le taux de recours national aux SSR, c'est-à-dire le nombre de journées d'hospitalisation en SSR rapporté à la population française, est passé de 527 journées pour 1 000 habitants en 2008 à 587 journées pour 1 000 habitants en 2016 (+11,4 %).

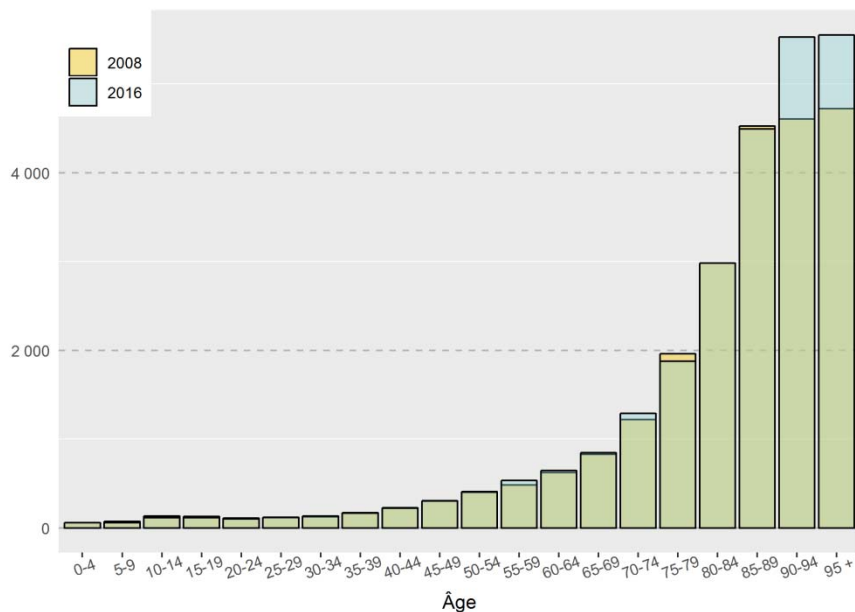
Les SSR concernent en grande partie des personnes âgées : la moitié des patients ont 71 ans ou plus en 2016 et le taux de recours aux SSR augmente avec l'âge (*graphique 1*). Or la population française vieillit. Par exemple, la part des Français âgés de 65 ans ou plus est passée de 16,7 % en 2008 à 19,1 % en 2016 (*graphique 2*). Ceci tire vers le haut le taux de recours national aux SSR.

L'évolution de ce taux de recours aux SSR peut ainsi se voir comme la somme de deux composantes : l'une reflète la progression des taux de recours par âge, à structure par âge donnée ; l'autre indique l'effet du vieillissement de la population, en supposant figés les taux de recours par âge à leur valeur de 2008. Cette seconde composante indique que le seul vieillissement de la population se traduirait par une hausse du taux national de recours de 8,9 %, ce qui correspondrait à 574 journées pour 1 000 habitants en 2016. Le vieillissement de la population expliquerait donc près de 80 % de la hausse du taux de recours aux SSR entre 2008 et 2016.

Les taux de recours aux SSR par âge sont globalement stables entre 2008 et 2016, à part pour la frange la plus âgée de la population (90 ans ou plus) pour qui ces taux augmentent (*graphique 1*). Les personnes très âgées auraient donc de plus en plus recours aux SSR, et cette évolution expliquerait pour sa part une hausse du taux de recours national de 2,5 %.

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) constituent un lieu fréquent de prise en charge pour cette patientèle. Or le recours à ces établissements est décroissant. En 2015, 35,9 % des personnes âgées de 90 ans ou plus étaient hébergées dans une de ces institutions, contre 39,2 % en 2011 (Muller, 2017). Ceci coïncide avec la hausse du recours observé en SSR.

➤ Graphique 1 • Taux de recours aux SSR (en nombre de journées pour 1 000 habitants), par âge en 2008 et 2016

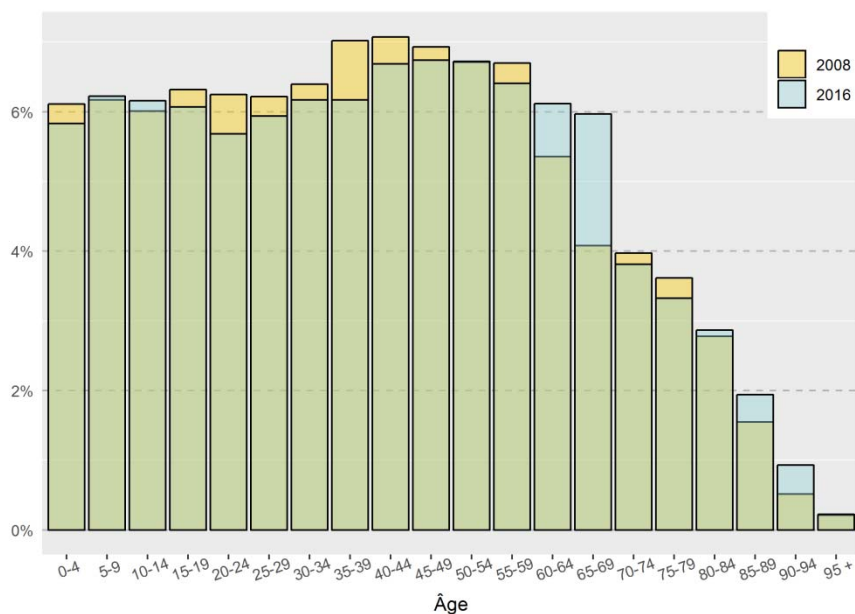


Lecture > En 2016, le taux de recours pour les Français âgés de 65 à 69 ans était de 845 journées pour 1 000 habitants.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors SSA, maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, établissement de Fresnes et établissements de cures thermales.

Sources > ATIH, PMSI-SSR 2008 et 2016 ; Insee, estimations de population au 1^{er} janvier 2008 et 2016.

➤ Graphique 2 • Structure par âge de la population française en 2008 et 2016



Lecture > En 2016, 6,0 % des Français étaient âgés de 65 à 69 ans.

Champ > France métropolitaine et DROM.

Sources > Insee, estimations de population au 1^{er} janvier 2008 et 2016.

Des capacités d'accueil en hausse, mobilisées de manière plus intensives, accompagnent la forte progression de l'activité de SSR depuis 2008

L'augmentation du recours aux SSR entre 2008 et 2016 se traduit par une hausse importante de l'activité* des établissements de SSR sur la même période. Ainsi, en 2016, 37,9 millions de journées de présence sont comptabilisées, contre 32,8 millions en 2008, soit une hausse de 16 %. Cette hausse du nombre de journées s'accompagne d'une augmentation du nombre de patients hospitalisés chaque année en SSR : 1 007 000 patients sont passés par une structure de SSR en 2016, contre 843 000 patients en 2008 (+19 %). Le nombre de séjours, terminés ou non, est passé de 1,2 million en 2008 à 1,4 million en 2016 (+22 %). Les patients de SSR font ainsi 1,4 séjour³ en moyenne en 2016, et cette valeur est stable au cours des 8 années précédentes.

Pour répondre à cette hausse de l'activité, les capacités d'accueil offertes* ont progressé, de 13 % sur la même période : le nombre de lits et places des établissements de SSR passe ainsi de 104 000 à 117 000 en 8 ans (*graphique 3*). Le développement des SSR est tel que leur poids dans l'offre de soins hospitalière s'accroît et passe de 20 % des capacités d'accueil totales en 2008 à 24 % en 2016 (*annexe 2*).

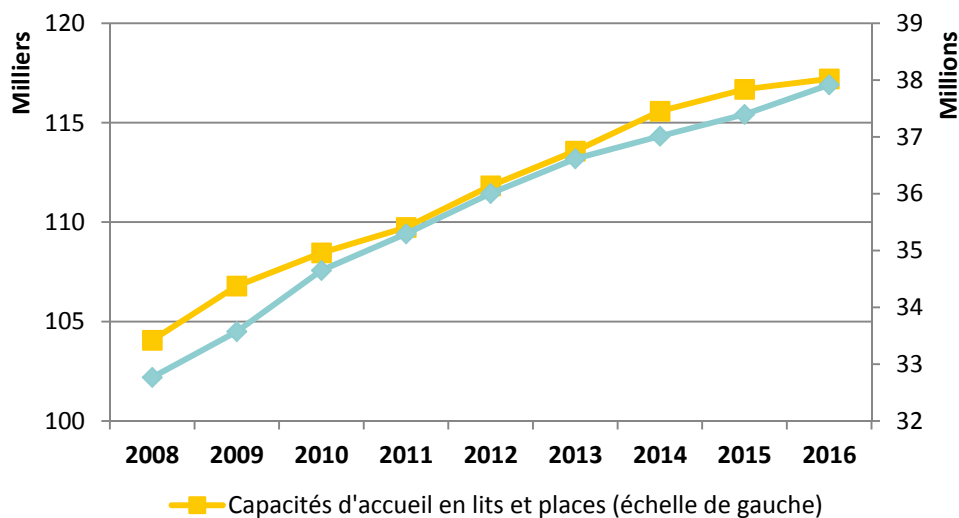
Si les capacités d'accueil ont progressé, le nombre d'établissements de SSR n'a que très peu augmenté en 8 ans. En 2016, 1 828 établissements de santé exercent une activité SSR. La moitié appartient au secteur public (900 établissements), un quart au secteur privé lucratif (471 établissements) et le dernier quart au secteur privé non lucratif (457 établissements). Le nombre d'établissements publics est resté relativement stable sur la période 2008-2016 (*graphique 4*). Dans le secteur privé, le nombre d'établissements à but lucratif a augmenté de 8 % (+34 établissements en 8 ans), tandis qu'à l'inverse, le secteur privé non lucratif a perdu 23 établissements sur la période (-5 %).

Entre 2008 et 2016, le développement des capacités d'accueil des SSR passe donc plutôt par l'augmentation des capacités des structures existantes. C'est en particulier le cas pour les établissements privés à but lucratif, dont le nombre moyen de lits et places est passé de 66 à 80 en 8 ans, mais aussi pour les entités juridiques du secteur public : elles possèdent en moyenne 63 lits ou places en 2016, contre 55 en 2008.

En outre, l'utilisation des capacités d'accueil s'intensifie. Le taux d'occupation des lits* atteint 89,0 % en 2016, contre 86,1 % en 2008.

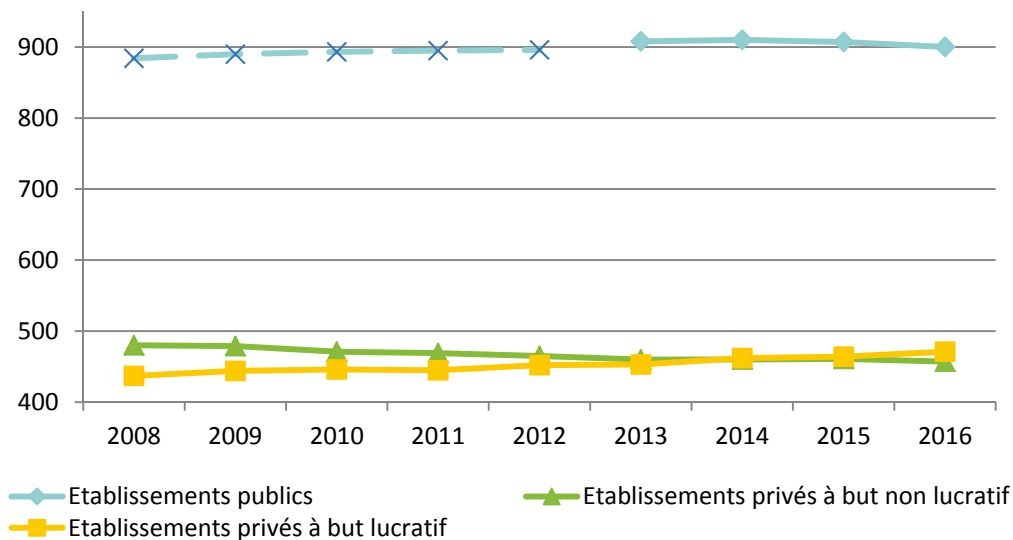
³ Un séjour correspond en général à une hospitalisation. Néanmoins, des règles administratives imposent de clôturer un séjour et d'en ouvrir un autre, par exemple en cas de permission de plus de 48 heures. Dans ces rares cas plusieurs séjours sont associés à une seule et même prise en charge.

➤ Graphique 3 • Capacités d'accueil (nombre de lits et places) et activité d'hospitalisation réalisée en SSR de 2008 à 2016



Lecture > En 2016, il existait 117 000 lits et places ouverts en SSR et 37,9 millions de journées ont été réalisées.
 Champ > France métropolitaine et DROM, hors SSA, maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, établissement de Fresnes et établissements de cures thermales.
 Sources > ATIH, PMSI-SSR 2008-2016 ; DREES, SAE 2008-2016.

➤ Graphique 4 • Nombre d'établissements ayant une activité de SSR de 2008 à 2016, par statut juridique



Note > Le nombre d'établissements publics entre 2008 et 2012 (en pointillés) a été estimé (voir annexe 3) et ne peut donc pas être comparé au nombre d'établissements entre 2013 et 2016.
 Lecture > En 2016, il existait 900 entités géographiques publiques, 457 entités géographiques privées à but non lucratif, et 471 entités géographiques privées à but lucratif exerçant une activité de SSR.
 Champ > France métropolitaine et DROM, hors SSA, maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, établissement de Fresnes et établissements de cures thermales.
 Sources > DREES, SAE 2008-2016.

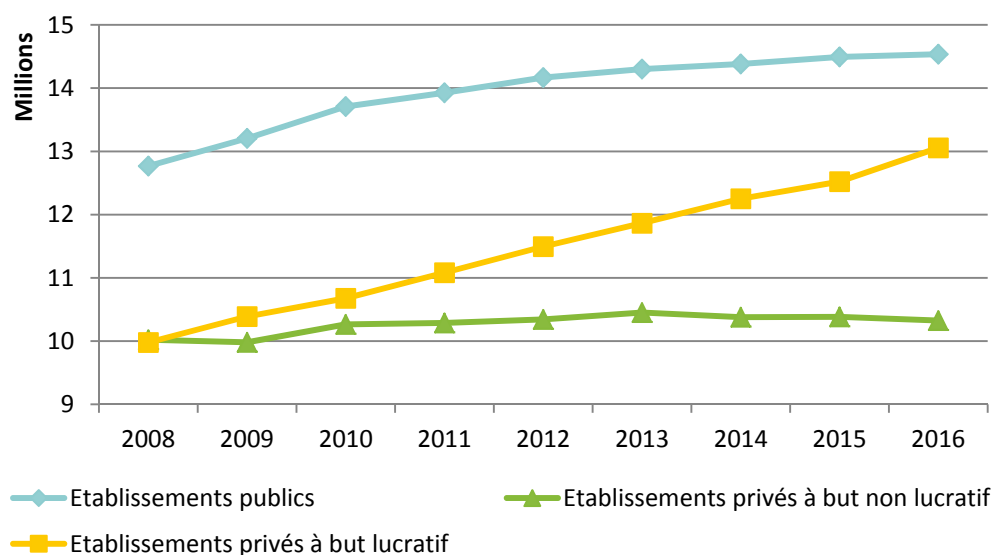
Une augmentation de l'activité particulièrement forte pour les établissements privés à but lucratif

En 2016, les établissements publics réalisent 38 % des journées, contre 34 % pour le privé à but lucratif et 27 % pour le privé à but non lucratif (*graphique 5*). La répartition par secteur s'est modifiée en 8 ans : en 2008, le secteur public représentait 39 % de l'activité, contre 30 % pour le secteur privé à but lucratif, qui a donc gagné des parts de marché, au détriment principalement du secteur privé à but non lucratif (31 % en 2008).

De fait, l'activité des établissements privés à but lucratif a fortement augmenté entre 2008 et 2016 (+ 31 %) et ces derniers contribuent aux deux tiers de la hausse de l'activité totale sur cette période. Cette forte progression s'explique notamment par une augmentation du nombre d'établissements privés à but lucratif (*cf.* plus haut). Dans une moindre mesure, l'activité des établissements publics a également augmenté (+14 %, soit une contribution d'un tiers à la hausse totale de l'activité de SSR), tandis que celle des établissements privés à but non lucratif est restée pratiquement stable (+3 %).

Parallèlement à l'activité, le nombre de lits et places des cliniques privées de SSR a également augmenté de 32 % entre 2008 et 2016 (*graphique 6*), soit nettement plus que dans les hôpitaux publics (+8 %) et les établissements privés à but non lucratif (+2 %). Là encore, les cliniques privées concentrent les deux tiers de la croissance totale des capacités de SSR, tandis que les hôpitaux publics contribuent au dernier tiers de cette hausse.

➤ Graphique 5 • Évolution de l'activité d'hospitalisation en SSR (nombre de journées) de 2008 à 2016, par statut juridique

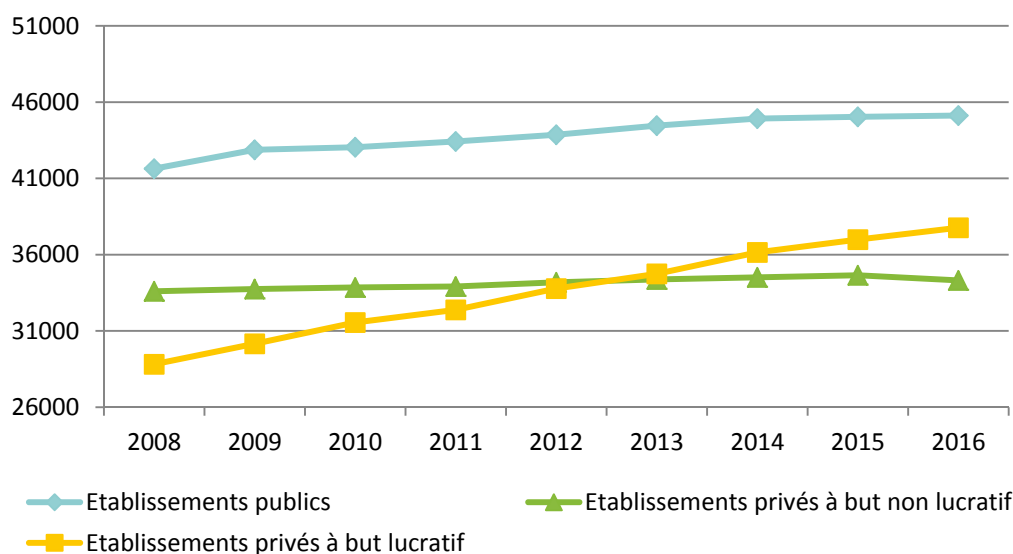


Lecture > En 2016, 14,5 millions de journées ont été réalisées dans les établissements publics, 13,1 millions dans les établissements privés à but lucratif et 10,3 millions dans les établissements privés à but non lucratif.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors SSA, maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, établissement de Fresnes et établissements de cures thermales.

Sources > ATIH, PMSI-SSR 2008-2016.

➤ Graphique 6 • Évolution des capacités d'accueil en SSR (lits et places) de 2008 à 2016, par statut juridique



Lecture > En 2016, on compte 45 000 lits et places dans les établissements publics, 38 000 dans le secteur privé à but lucratif et 34 000 dans le privé à but non lucratif.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors SSA, maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, établissement de Fresnes et établissements de cures thermales.

Sources > DREES, SAE 2008-2016.

➤ Encadré 1 • Sources, champ d'étude et définitions

Sources

Le programme de médicalisation des systèmes d'information sur les soins de suite et de réadaptation (PMSI-SSR) a été mis en place par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Depuis 1998 pour le public et 2003 pour le privé, le PMSI-SSR fournit une description médico-économique de l'activité des établissements de santé exerçant une activité de SSR. Le PMSI-SSR a été utilisé pour le calcul du nombre de journées réalisées et leur ventilation par type de prise en charge. Il donne également des informations sur la patientèle. Les données antérieures à 2008 n'ont pas été exploitées pour des raisons de moindre qualité.

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) est une enquête conduite par la DREES depuis 1994 auprès de l'ensemble des établissements de santé ayant une autorisation de soins, quels que soient leur statut juridique et leur type d'activité. Cette enquête dispose d'un bordereau spécifique pour l'activité de SSR, qui a été utilisé à la fois pour comptabiliser le nombre d'établissements et les capacités d'accueil associés à cette activité.

Champ de l'étude

Le PMSI-SSR et la SAE incluent tous les établissements de santé de France métropolitaine et des DROM disposant d'une autorisation de soins en SSR délivrée par les agences régionales de santé (ARS). Mayotte n'est pas représentée car aucune activité de SSR n'y est exercée entre 2008 et 2016. L'étude porte sur les années 2008 à 2016, pour lesquelles des données fiables sont disponibles dans les deux sources. Afin d'assurer une cohérence sur cette période, les établissements du service de santé des armées (SSA), les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, l'établissement de Fresnes et les établissements de cures thermales ont été retirés du champ. Ils représentent 0,2 % de l'activité de SSR en 2016. Dans la SAE, les établissements d'HAD proposant des soins identiques aux SSR étaient intégrés, à tort, dans l'activité de SSR. Ils ont également été retirés du champ de cette étude. Les séries longues d'établissements, d'activité et de capacités utilisées dans cette étude sont des séries

statistiques. Des traitements sur les données sources ont été réalisés pour s'assurer de la cohérence des données sur toute la période étudiée. Davantage d'information sur les données mobilisées et les retraitements effectués sont présentés en annexe 3.

Établissements et entités juridiques

Dans cette étude, le terme « établissement de SSR » est employé pour désigner les entités géographiques dotées d'un numéro Finess. Il faut en effet bien différencier les notions d'entité juridique (EJ) et d'entité géographique (ET). Une entité juridique correspond à une personne morale et un statut juridique lui est associé (secteur public, privé à but non lucratif ou privé à but lucratif). C'est l'entité juridique qui détient les autorisations de soins lui permettant d'exercer ses activités. Elle implante dans chacune de ses entités géographiques une ou plusieurs de ses autorisations. Ces entités géographiques dépendent ainsi de l'EJ en question. Elles sont caractérisées par une catégorie d'établissement.

Avant 2013, dans le PMSI comme dans la SAE, les données sont disponibles au niveau des entités juridiques pour le secteur public et au niveau des entités géographiques pour le privé lucratif et non-lucratif. À partir de 2013, les données sont au niveau géographique tous secteurs confondus.

Activité réalisée (en journées)

Le concept de journée de présence correspond au concept du PMSI. Dans les termes du guide méthodologique du PMSI-SSR 2016, publié par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), « chaque jour calendaire de présence effective en hospitalisation est codé [comme une journée de présence] », le jour d'entrée étant considéré comme un jour de présence, tout comme le jour de sortie, à l'exception des cas de mutation vers un autre établissement de SSR. Nos résultats concernent les jours de présence sur l'ensemble de l'année courante et sont issus du PMSI-SSR.

Capacités d'accueil

Les capacités d'accueil des établissements de santé comprennent les lits (pour l'hospitalisation complète) et les places (pour l'hospitalisation à temps partiel). Pour chaque année, les capacités correspondent au nombre de lits et places installés dans l'établissement au 31 décembre, telles que renseignées dans la SAE.

Taux d'occupation

Le taux d'occupation (sous-entendu taux d'occupation des lits) annuel d'un établissement est défini comme le rapport entre le nombre de journées d'hospitalisation à temps complet (tel que constaté dans le PMSI) réalisées en moyenne par jour au cours de l'année et le nombre de lits de l'établissement, tel que constaté au 31 décembre dans la SAE.

Dépendance

Le PMSI-SSR contient des évaluations hebdomadaires de la dépendance des patients réalisées selon la grille d'actes de la vie quotidienne (AVQ). Ces évaluations sont faites à travers six indices de dépendance :

- > habillage ;
- > déplacement et locomotion ;
- > alimentation ;
- > continence ;
- > comportement ;
- > communication.

Chaque indice est coté selon les valeurs suivantes :

1. indépendance (pas d'aide humaine) ;
2. supervision sans contact physique ;
3. assistance partielle ;
4. assistance totale.

Un indice hebdomadaire de dépendance physique (allant de 4 à 16) peut donc être calculé pour chaque semaine d'hospitalisation (et en particulier à l'entrée et à la sortie) en additionnant les 4 premiers indices, et un indice cognitif (allant de 2 à 8) en additionnant les deux derniers. L'indice de dépendance total est quant à lui coté de 6 (pas de dépendance) à 24 (dépendance maximale).

Durée moyenne de séjour

Le concept de durée moyenne de séjour se rattachera ici seulement à l'hospitalisation complète. La durée d'un séjour est le nombre de jours compris entre l'entrée et la sortie du patient. Elle est parfois différente du nombre de jours de présence comptabilisés pour ce séjour car elle inclut d'éventuelles permissions ou des jours de l'année n-1 pour les séjours ayant commencé avant le début de l'année courante (qui sont inclus dans le calcul des DMS annuelles).

Catégories de morbidité

Le terme de morbidité sera employé dans cette étude pour désigner la morbidité principale à l'admission d'un patient, c'est-à-dire le type de problème de santé principal rencontré au début de son hospitalisation. Les morbidités sont regroupées au sein de catégories qui présentent une certaine homogénéité d'un point de vue médical. Des précisions méthodologiques sur l'approche retenue pour identifier la morbidité principale des patients de SSR et sur la construction des catégories sont présentées dans l'annexe 4.

Très forte augmentation de l'hospitalisation à temps partiel depuis 2008

Deux types de séjours sont possibles en SSR. En hospitalisation à temps complet, un séjour s'étale sur plusieurs jours consécutifs (avec hébergement), tandis qu'en hospitalisation à temps partiel le patient se rend dans la structure de manière discontinue (sans hébergement et en général à raison de quelques venues par semaine). Sur la période 2008-2016, le nombre de séjours d'hospitalisation complète a augmenté de 8 %. Le nombre de journées d'hospitalisation complète a progressé de 11 %, ce qui explique les deux tiers de la hausse du nombre total de journées de SSR (15,7 %).

En 2016, sur les 34,0 millions de journées de SSR réalisées en hospitalisation à temps complet, 13,6 millions ont été réalisées dans le secteur public. C'est plus que dans le secteur privé à but lucratif (11,6 millions de journées) et dans le secteur privé à but non lucratif (8,8 millions de journées). Néanmoins, entre 2008 et 2016, c'est le secteur privé à but lucratif qui a connu la plus forte croissance de son activité à temps complet (+25 % de journées), devant le secteur public (+11 % de journées) et le secteur privé à but non lucratif, dont l'activité a baissé de 2 % sur la période (*graphique 7*).

Bien que toujours minoritaire, l'hospitalisation à temps partiel connaît une progression encore plus rapide que l'hospitalisation à temps complet. Depuis 2014 en particulier, les contributions annuelles de l'hospitalisation à temps partiel à la hausse de l'activité totale ont même dépassé celles de l'hospitalisation à temps complet.

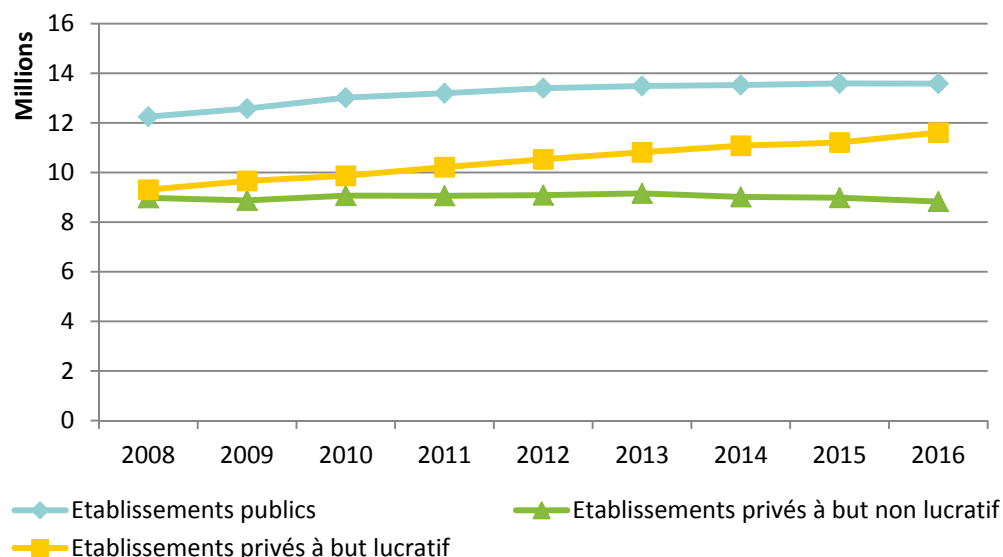
Entre 2008 et 2016, le nombre de séjours en hospitalisation à temps partiel a augmenté de 89 % et le nombre de journées de 74 %⁴. Ainsi, la part de l'hospitalisation à temps partiel au sein de l'activité globale de SSR, exprimée en nombre de journées, est passée de 7 % en 2008 à 10 % en 2016.

⁴ Contrairement au cas du MCO, un séjour d'hospitalisation partielle en SSR peut se composer de plusieurs journées, discontinues et sans hébergement. Les nombres de séjours et de journées peuvent donc connaître des évolutions différentes si, comme en hospitalisation complète, le nombre de journées par séjour change.

Plusieurs formes d'hospitalisation à temps partiel existent en SSR : l'hospitalisation de jour (HDJ), l'hospitalisation de nuit (HDN), et les traitements et cures ambulatoires (TCA)⁵. En pratique, la croissance de l'hospitalisation à temps partiel est intégralement due à celle de l'hospitalisation de jour : sa part est ainsi passée de 92 % à 96 % des journées d'hospitalisation partielle en 8 ans. L'HDN reste extrêmement marginale (moins de 0,5 % du nombre de journées), tandis que la proportion de TCA recule : en 2016, ces derniers correspondent à 4 % des journées d'hospitalisation partielle, contre 8 % en 2008.

En hospitalisation à temps partiel, le secteur privé à but non lucratif prédomine, alors que le secteur public est le moins représenté (*graphique 8*). La croissance de l'hospitalisation partielle est forte pour tous les statuts juridiques et en particulier pour le secteur privé à but lucratif : elle y atteint 113 % entre 2008 et 2016, contre 85 % pour le secteur public et 44 % pour le secteur privé à but non lucratif.

➤ Graphique 7 • Évolution du nombre de journées réalisées en hospitalisation à temps complet en SSR de 2008 à 2016, par statut juridique



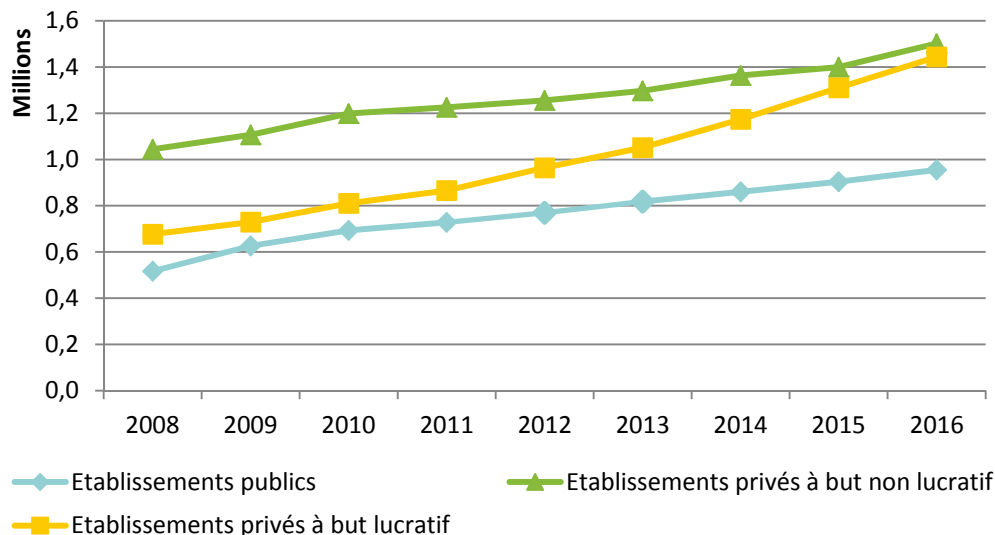
Lecture > En 2016, 13,6 millions de journées d'hospitalisation complète ont été réalisées dans le public, 11,6 millions dans le privé à but lucratif et 8,8 millions dans le privé à but non lucratif.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors SSA, maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, établissement de Fresnes et établissements de cures thermales.

Sources > ATIH, PMSI-SSR 2008-2016.

⁵ L'HDJ correspond de l'hospitalisation à temps partiel classique : le patient se rend dans l'établissement la journée (la plupart du temps à raison de quelques venues par semaines), mais n'y réside pas. L'HDN qualifie l'activité des unités et services qui accueillent et traitent les malades dont l'état n'exige qu'une hospitalisation limitée à la période nocturne (essentiellement les services psychiatriques). Enfin, les TCA désignent des séances et correspondent ainsi à des prises en charge en journée, en général plus légères qu'une hospitalisation de jour.

➤ Graphique 8 • Évolution du nombre de journées réalisées en hospitalisation à temps partiel en SSR de 2008 à 2016, par statut juridique



Lecture > En 2016, 1,0 million de journées d'hospitalisation partielle ont été réalisées dans le public, 1,4 million dans le privé à but lucratif et 1,5 million dans le privé à but non lucratif.

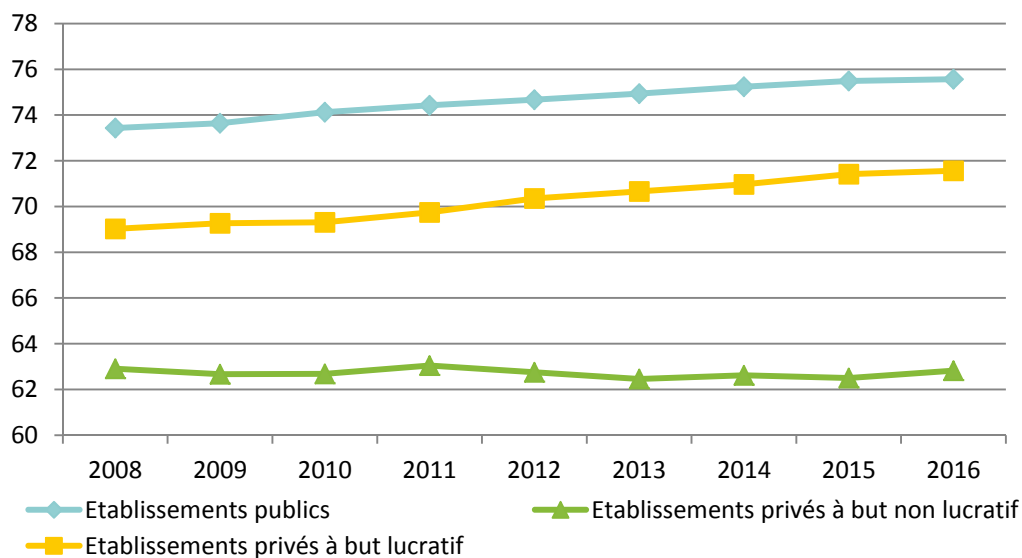
Champ > France métropolitaine et DROM, hors SSA, maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS temporaires), établissement de Fresnes et établissements de cures thermales.

Sources > ATIH, PMSI-SSR 2008-2016.

La patientèle en hospitalisation à temps complet est de plus en plus âgée et dépendante

Reflète du vieillissement de la population, les patients hospitalisés à temps complet en SSR sont de plus en plus âgés. Ils ont en moyenne 71 ans en 2016, contre 69 ans en 2008. Ils sont plus âgés dans le secteur public (76 ans en moyenne en 2016), que dans le secteur privé à but lucratif (72 ans en moyenne en 2016) et dans le privé à but non-lucratif (63 ans en moyenne en 2016) (*graphique 9*). L'âge moyen à l'admission augmente de plusieurs années dans le secteur public et le secteur privé à but lucratif entre 2008 et 2016 (respectivement de 2,1 et 2,5 ans), mais reste stable dans le privé non-lucratif.

➤ Graphique 9 • Âge moyen à l'admission (en années) des patients en hospitalisation à temps complet en SSR de 2008 à 2016, par statut juridique



Lecture > En 2016, les patients en hospitalisation à temps complet dans le secteur privé à but non lucratif avaient 62,8 ans en moyenne à l'admission.

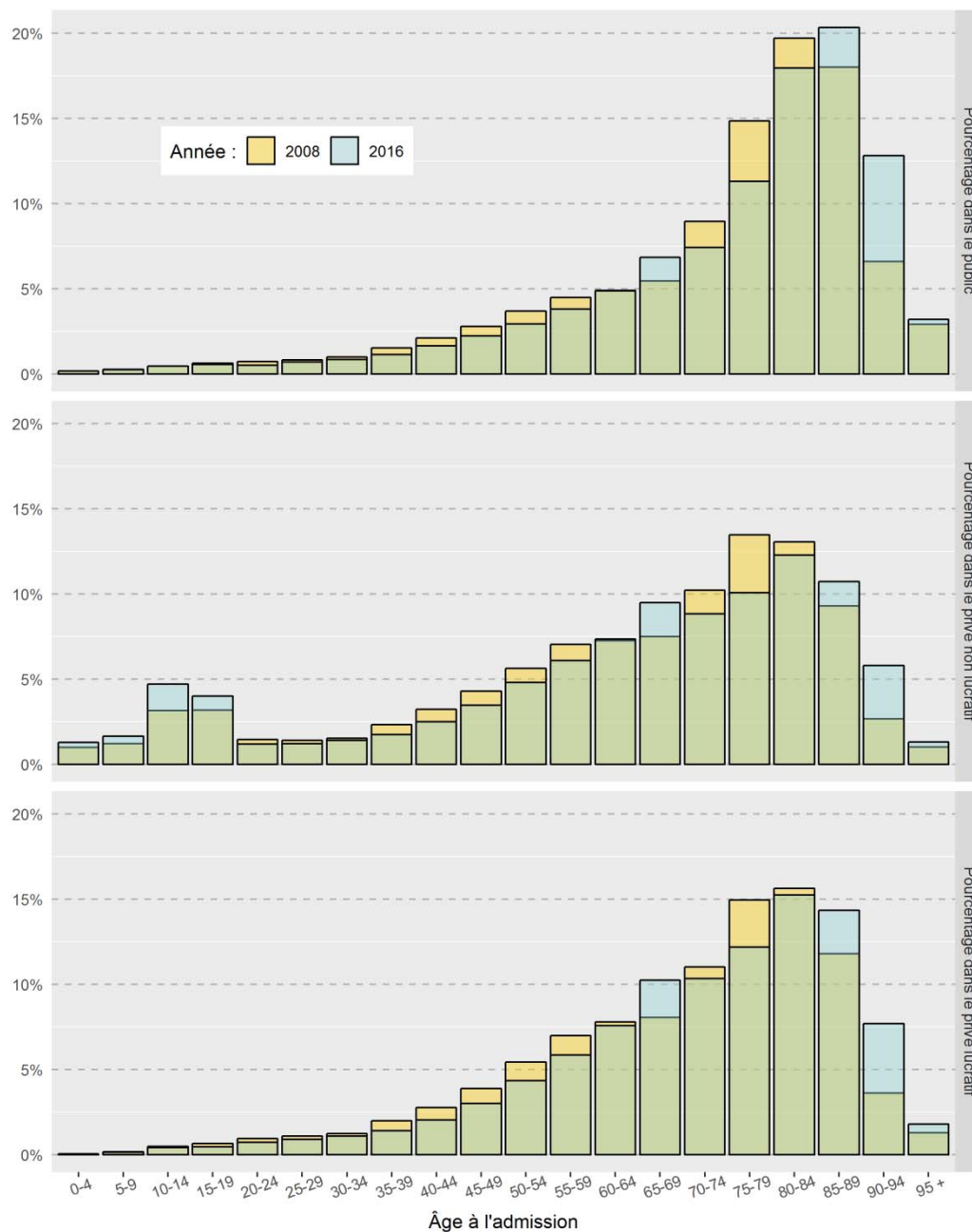
Champ > France métropolitaine et DROM, hors SSA, maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, établissement de Fresnes et établissements de cures thermales.

Sources > ATIH, PMSI-SSR 2008-2016.

L'augmentation de l'âge moyen est le signe d'un vieillissement général des patients à l'admission entre 2008 et 2016 (*graphique 10*), aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé, à but lucratif ou non. Seule exception, le pourcentage d'enfants hospitalisés dans les établissements privés à but non-lucratif (souvent pour obésité ou pour des maladies du système nerveux) augmente entre 2008 et 2016. Ceci explique pourquoi l'âge moyen à l'admission reste globalement stable dans ces établissements.

Le vieillissement de la patientèle augmente le risque de dépendance. Entre 2008 et 2016, la dépendance totale à l'admission* en hospitalisation complète augmente d'environ un point en moyenne selon la grille AVQ (activités de la vie quotidienne). Cette mesure de la dépendance reste stable dans les hôpitaux publics où les patients étaient déjà très dépendants en 2008, par rapport aux patients des établissements privés, à but lucratif ou non. Dans ces derniers en revanche, la dépendance moyenne à l'admission augmente d'un point entre 2008 et 2016. Toutefois, elle reste toujours plus importante pour les patients des hôpitaux publics.

➤ Graphique 10 • Distributions des âges moyens à l'admission en hospitalisation complète en 2008 (en jaune) et en 2016 (en bleu) selon le statut juridique des établissements



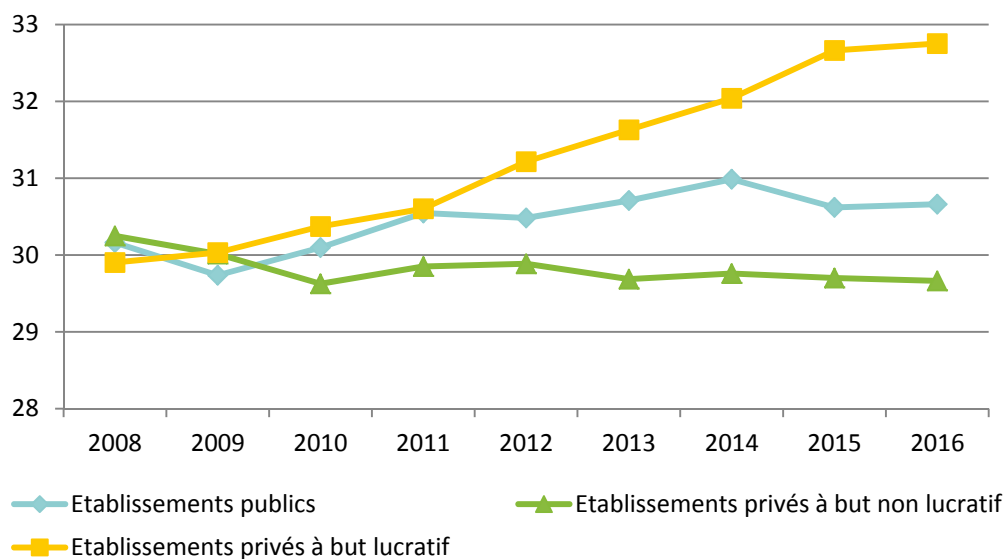
Lecture > En 2016 dans le secteur public, 6,8 % des patients hospitalisés en SSR avaient entre 65 et 69 ans à l'admission.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors SSA, maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, établissement de Fresnes et établissements de cures thermales.
Sources > ATIH, PMSI-SSR 2008-2016.

Les prises en charge en hospitalisation à temps complet s'allongent

La durée moyenne de séjour (DMS)* en hospitalisation complète augmente progressivement entre 2008 et 2016 pour l'ensemble des établissements de SSR. Elle passe de 30 jours à 31 jours en 8 ans. Si la DMS ne progresse que de 0,5 jour dans les hôpitaux publics, et diminue même légèrement dans les établissements privés à but non lucratif, elle progresse fortement dans les cliniques privées où elle augmente de 3 jours entre 2008 et 2016 (*graphique 11*).

La durée moyenne de séjour en SSR augmente avec l'âge et son évolution au cours de la période d'étude varie selon la classe d'âge des patients (*graphique 12*). Entre 2008 et 2016, elle augmente pour les patients de plus de 30 ans, en particulier pour les patients âgés de 50 à 69 ans, pour lesquels elle passe de 28,5 jours en 2008 à 30,5 jours en 2016. À l'inverse, elle diminue fortement pour les patients de moins de 18 ans puisqu'elle passe de 30 jours en 2008 à 20 jours en 2016. Ce phénomène contient la hausse générale de la DMS et explique pourquoi la DMS décroît dans les établissements privés à but non-lucratif. Ce secteur est en effet fortement impliqué dans la prise en charge des enfants (*graphique 10*).

➤ Graphique 11 • Durée moyenne de séjour (en jours) en hospitalisation à temps complet de 2009 à 2016, par statut juridique

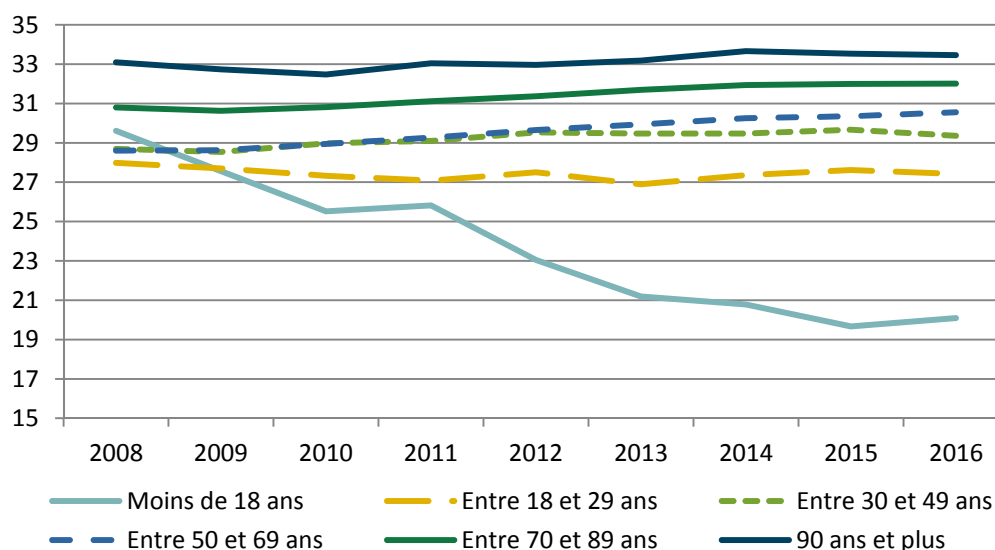


Lecture > En 2016, la durée moyenne des séjours d'hospitalisation complète dans le public était de 30,7 jours.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors SSA, maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, établissement de Fresnes et établissements de cures thermales.

Sources > ATIH, PMSI-SSR 2008-2016.

➤ Graphique 12 • Durée moyenne de séjour (en jours) en hospitalisation à temps complet de 2009 à 2016, par classe d'âge



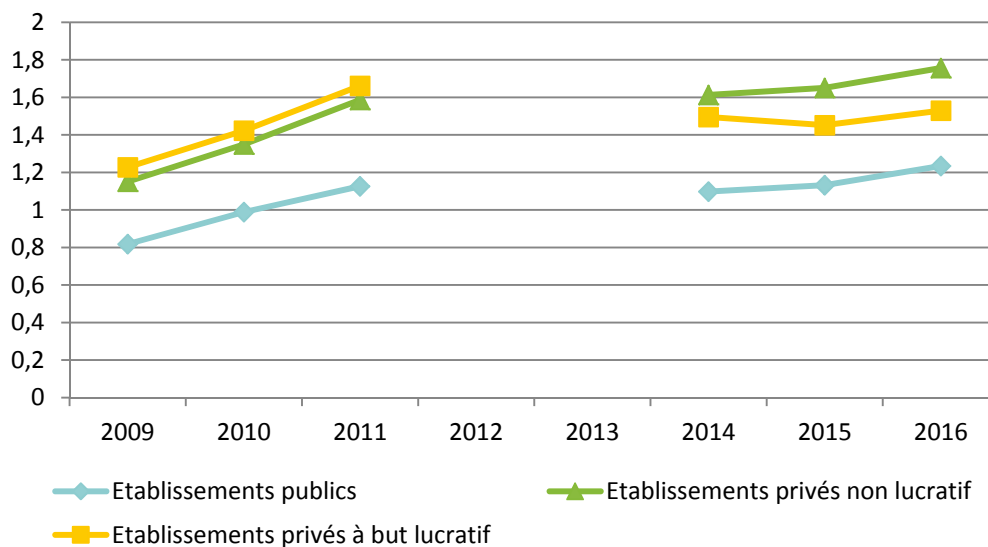
Lecture > En 2016, la durée moyenne des séjours d'hospitalisation complète pour les patients de moins de 18 ans était de 20,1 jours.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors SSA, maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, établissement de Fresnes et établissements de cures thermales.

Sources > ATIH, PMSI-SSR 2008-2016.

Cette hausse de la DMS pourrait être liée à un alourdissement des prises en charge en hospitalisation complète au cours de la période d'étude. De la même manière, de plus en plus d'actes de rééducation-réadaptation (*annexe 4*) en hospitalisation complète sont réalisés dans les établissements de SSR. Leur fréquence journalière augmente en effet de 2009 à 2011, ainsi que de 2014 à 2016 (*graphique 13*). Ces actes sont typiquement des séances de rééducation à la marche, des fonctions ostéoarticulaires du membre inférieur ou des fonctions neuromusculaires.

➤ Graphique 13 • Fréquence journalière d'actes de rééducation-réadaptation en hospitalisation à temps complet de 2009 à 2016



Note > La nomenclature des actes de rééducation et réadaptation a été changée au cours de la période d'étude. Les données 2009-2011 ne sont donc pas comparables aux données 2014-2016. En outre, les données de 2012 et de 2013 sont manquantes à cause de la période de transition entre ancienne et nouvelle nomenclature.

Lecture > En 2016, 1,52 acte de rééducation-réadaptation est réalisé en moyenne durant une journée d'hospitalisation à temps complet dans les établissements privés à but lucratif. Les éléments de définitions et de méthodologie sur les actes sont présentés dans l'annexe 4.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors SSA, maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, établissement de Fresnes et établissements de cures thermales.

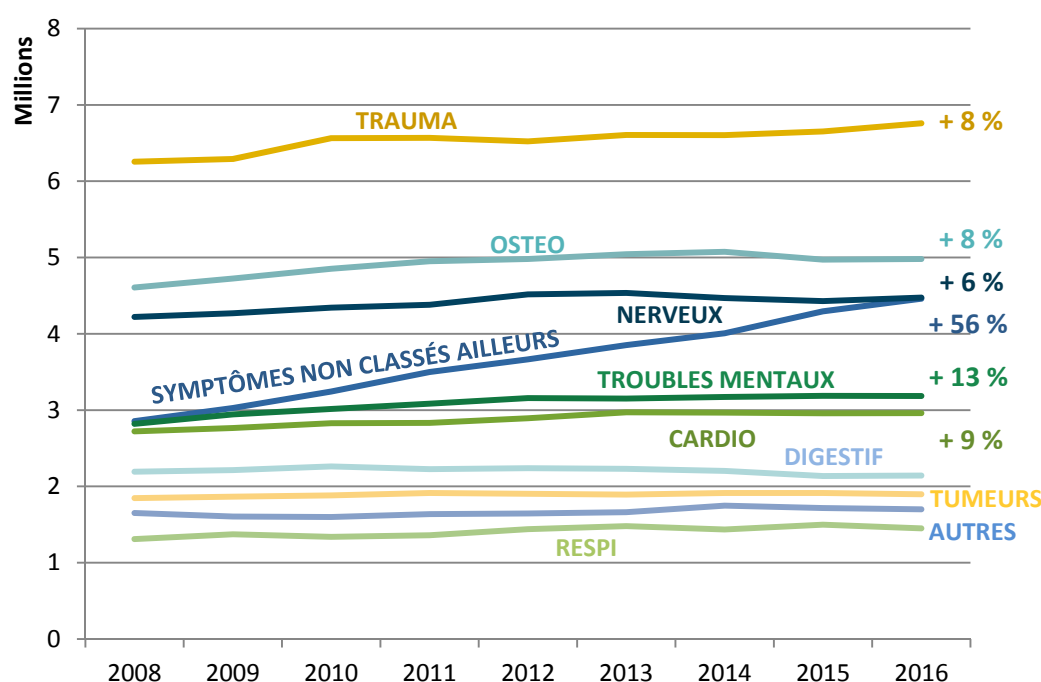
Sources > ATIH, PMSI-SSR 2009-2016.

Les lésions traumatiques, premier motif de recours à l'hospitalisation à temps complet en SSR

En hospitalisation à temps complet, les catégories de morbidités* les plus représentées sont les « lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes » et les « maladies du système ostéo-articulaire », qui représentent respectivement 6,8 millions et 5,0 millions de journées en 2016 (graphique 14).

Depuis 2008, la croissance du nombre de journées en hospitalisation complète est fortement portée par la croissance de la catégorie « symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs » (1,6 million de journées en plus, soit une hausse de 56 %). En 2016, cette catégorie correspond dans plus de 70 % des cas à des « autres symptômes et signes relatifs aux systèmes nerveux et ostéo-musculaire », des « malaises et fatigues » ou des « anomalies de la démarche et de la motilité ».

➤ Graphique 14 • Nombre de journées d'hospitalisation complète de 2008 à 2016, par catégorie de morbidité principale



Lecture > En 2016, 4,5 millions de journées d'hospitalisation à temps complet ont été réalisées pour des maladies du système nerveux. Les éléments de définitions sur les catégories de morbidité principale sont présentés en encadré 1, la méthodologie de classification est présentée dans l'annexe 4.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors SSA, maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, établissement de Fresnes et établissements de cures thermales.

Sources > ATIH, PMSI-SSR 2008-2016.

Les prises en charge pour « symptômes [...] non classés ailleurs » en hospitalisation à temps complet sont particulièrement nombreuses dans les établissements publics. Elles

représentent 18 % du nombre total de journées dans ces établissements en 2016, contre 12 % en 2008, ce qui témoigne de la forte croissance de cette activité en l'espace de 8 ans (+0,9 million de journées).

Ces prises en charge concernent des patients âgés. En 2016, les patients hospitalisés pour « symptômes [...] non classés ailleurs » ont 78 ans en moyenne, soit plus que l'âge moyen pour toutes les autres catégories de morbidité (compris entre 60 ans pour les « affections du système digestif, métabolique et endocrinien » et 76 ans pour les « lésions traumatiques [...] et autres conséquences de causes externes »). En outre, seulement 1,7 % des hospitalisations à temps complet pour « symptômes [...] non classés ailleurs » concernent des enfants en 2016.

Les prises en charge pour « symptômes [...] non classés ailleurs » sont associées à des dépendances à l'entrée importantes, comme les « maladies du système nerveux » et les « lésions traumatiques [...] ». Toutefois, elles présentent des gains d'autonomie⁶ moyens relativement faibles par rapport aux autres prises en charge.

De fait, le nombre d'actes réalisés par jour pour ces prises en charge est modeste par rapport à d'autres catégories de morbidité. Plus d'actes médicaux sont par exemple réalisés pour les « affections de l'appareil cardio-vasculaire » et de « [...] l'appareil respiratoire », tandis que plus d'actes de rééducation-réadaptation sont réalisés pour les « maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif » et pour les « maladies du système nerveux ».

Au vu de tous ces éléments, les patients pris en charge pour ces « symptômes [...] non classés ailleurs » se distinguent du reste de la patientèle de SSR. Ils pourraient se rapprocher de la patientèle résidant en EHPA.

L'hospitalisation partielle en SSR se développe pour toutes les catégories de morbidité et concerne une patientèle plus jeune

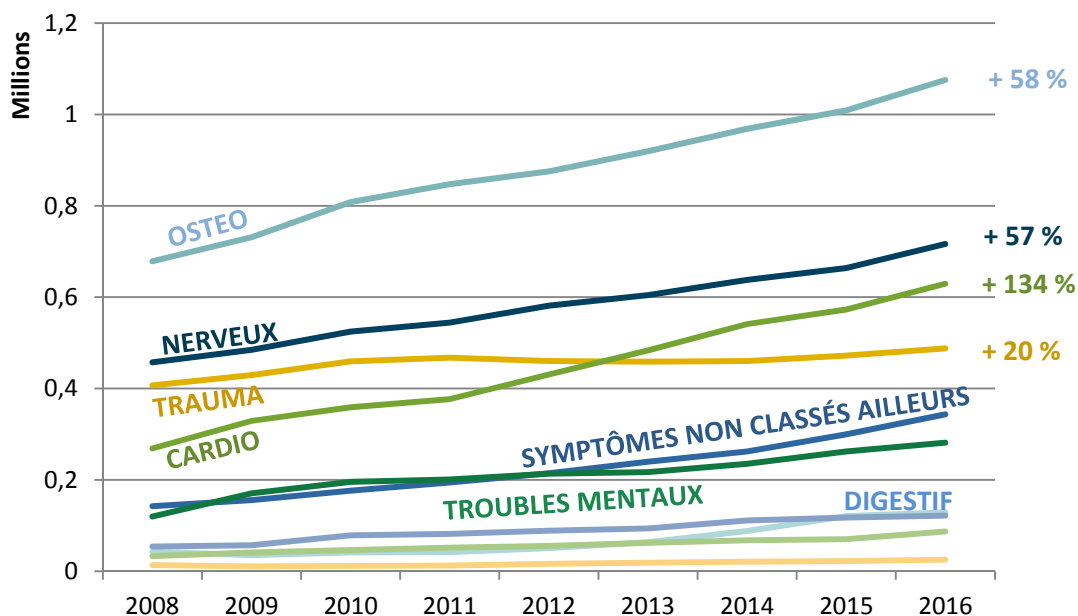
La forte croissance de l'hospitalisation à temps partiel (HP) est portée par plusieurs catégories de morbidités : les « maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif », les « affections du système nerveux » et les « affections de l'appareil cardio-vasculaire » ont les contributions les plus importantes à la progression du nombre total de journées réalisées en HP (*graphique 15*). Pour ces trois catégories, le taux d'hospitalisation partielle (part de l'ensemble des journées qui est réalisée en HP) passe de 11 % en 2008 à 16 % en 2016, signalant un développement des prises en charge ambulatoires bien plus rapide que celui de l'hospitalisation complète.

Bien que le développement de l'hospitalisation partielle concerne presque tous les types de pathologie, certaines catégories restent à l'écart de ce mouvement. C'est notamment le cas

⁶ Le gain d'autonomie correspondant à un séjour est égal à la différence entre la dépendance à l'admission et la dépendance à la sortie. Cet indicateur est une des manières d'évaluer le bénéfice pour le patient de son passage en SSR.

des séjours SSR pour « tumeurs malignes », dont le taux d'hospitalisation partielle n'a presque pas augmenté.

➤ Graphique 15 • Nombre de journées d'hospitalisation à temps partiel de 2008 à 2016, par catégorie de morbidité principale



Lecture > En 2016, 1,1 million de journées d'hospitalisation partielle ont été réalisées pour des maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors SSA, maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, établissement de Fresnes et établissements de cures thermales.

Sources > ATIH, PMSI-SSR 2008-2016.

En hospitalisation à temps partiel, la fréquence d'actes de rééducation-réadaptation augmente entre 2009 et 2011 puis entre 2014 et 2016, comme à temps complet.

Les patients admis en hospitalisation à temps partiel sont en moyenne plus jeunes que ceux admis en hospitalisation à temps complet. Mais leur âge moyen augmente de 5 ans sur la période, passant de 47 ans en 2008 à 52 ans en 2016.

La dépendance totale à l'admission est en moyenne beaucoup plus faible en hospitalisation partielle qu'en hospitalisation complète, et elle n'augmente pas entre 2008 et 2016. Ceci peut s'expliquer par le fait que les patients concernés doivent être en capacité de se déplacer, parfois quotidiennement, entre l'établissement et leur lieu de résidence, ce qui les distingue des patients hospitalisés à temps complet.

Les disparités territoriales importantes se résorbent peu à peu

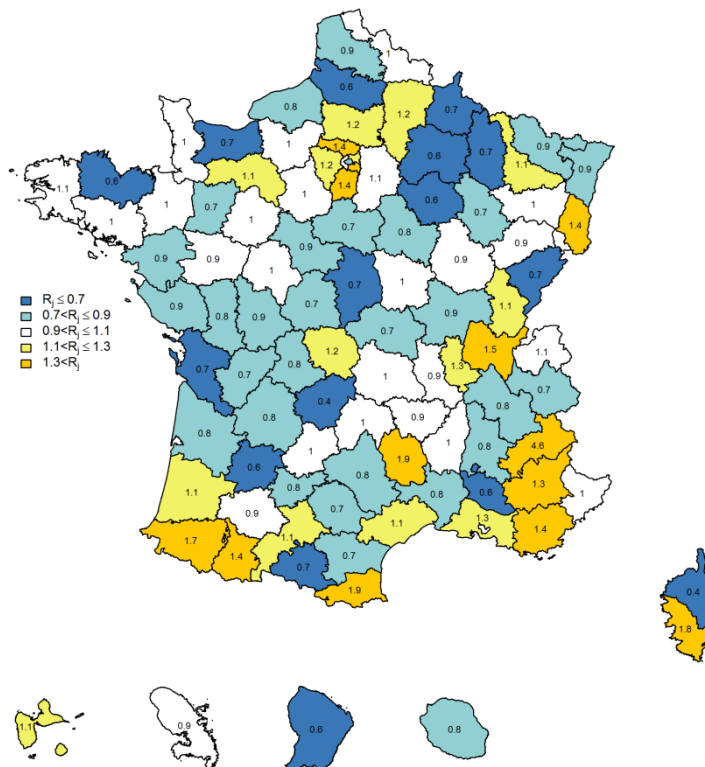
Pour explorer les disparités territoriales de l'offre en SSR, cette étude mobilise le calcul d'une densité départementale standardisée de capacités d'accueil en SSR : il s'agit de rapporter, pour chaque département, le nombre de lits et places offerts en SSR par les établissements du département au nombre d'habitant du département. Pour tenir compte des caractéristiques démographiques différentes de chaque département, une méthode de standardisation selon l'âge et le sexe a été appliquée (*annexe 5*).

L'activité de soins de suite et de réadaptation est historiquement répartie de manière inégale sur le territoire français. L'étude « *Gain SSR* » conduite par l'Assurance maladie en 1995 et 1996 relevait un nombre de structures élevé dans le Sud de la France, par rapport au reste du pays, en lien avec les activités traditionnelles de cures, maisons de repos et lutte contre la tuberculose des établissements de moyen séjour (Schwach, 2014). Cette étude a fait ressortir la nécessité de réorganiser l'offre de soins de suite et de réadaptation. La décennie suivante a ainsi connu la fin des établissements de convalescence (fermeture ou médicalisation), ainsi que la fermeture de lits dans les régions excédentaires, pour les rouvrir dans les régions sous-équipées.

Des disparités territoriales d'offre de soins existent néanmoins toujours en 2008 (*carte 1*). Les disparités sont parfois de forte amplitude entre départements. Par exemple, la densité standardisée de capacités d'accueil dans les Hautes-Alpes est 11 fois plus importante qu'en Corrèze. Des disparités départementales subsistent aussi pour les taux d'hospitalisation, qui rapportent le nombre d'hospitalisations de patients résidant dans le département au nombre d'habitants. Ces disparités sont moindres que pour les capacités d'accueil : le rapport entre le taux d'hospitalisation des Hautes-Alpes et celui de la Corrèze est de 1 à 3 en 2008, par exemple. Le diagnostic, posé dans les années 1990, d'une offre plus abondante dans le sud de la France est confirmé par l'étude des densités départementales standardisées.

Entre 2008 et 2016, les disparités territoriales ont diminué (*carte 2*). Le rapport entre la densité standardisée de capacités d'accueil des Hautes-Alpes et celle de la Corrèze a diminué de moitié par rapport à 2008, passant de 11 à 6 par exemple. Les valeurs extrêmes de densités standardisées (identifiées par un écart de plus de 30 % à la densité nationale) sont également moins nombreuses en 2016 qu'en 2008. En même temps, le nombre de départements avec un écart de moins de 10 % à la densité nationale (en blanc sur les cartes) a augmenté.

➤ Carte 1 • Rapports entre les densités départementales standardisées de capacités d'accueil en SSR et la densité nationale, en 2008

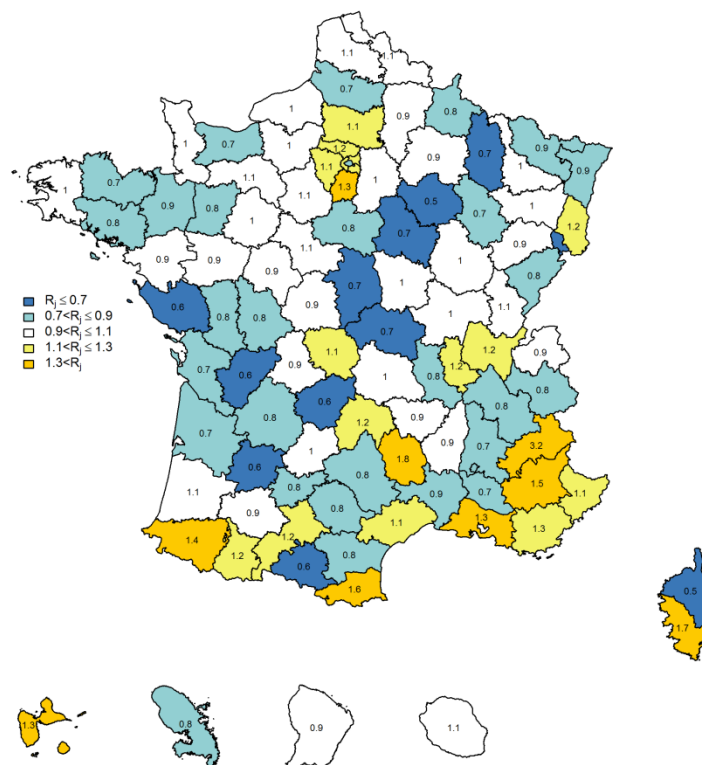


Lecture > En 2008, le département du Rhône possède 1,3 fois plus de lits et places par habitant que la moyenne nationale, à structure démographique identique.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors SSA, maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, établissement de Fresnes et établissements de cures thermales.

Sources > Insee, estimations de la population au 1^{er} Janvier 2008 ; DREES, SAE 2008 ; ATIH, PMSI-SSR 2008.

➤ Carte 2 • Rapports entre les densités départementales standardisées de capacités d'accueil en SSR et la densité nationale, en 2016



Note > Il faut comparer les deux cartes avec prudence. La carte de 2008 (carte 1) comptabilise les capacités d'accueil en SSR du secteur public au niveau des entités juridiques (à l'exception de l'AP-HP), alors que celle de 2016 le fait au niveau des entités géographiques, contrainte imposée par la refonte de la SAE en 2013. Or, quelques entités juridiques publiques ont un établissement dans un département autre que le département donné par les deux premiers caractères de leur numéro FINESS. Sur la carte de 2008, toutes les capacités de l'EJ sont attribuées à ce dernier département, alors que sur la carte de 2016 elles sont réparties dans chaque département d'implantation. Ceci occasionne quelques légers biais, en particulier dans les DROM.

Lecture > En 2016, le département du Rhône possède 1,2 fois plus de lits et places par habitant que la moyenne nationale, à structure démographique identique.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors SSA, maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, établissement de Fresnes et établissements de cures thermales.

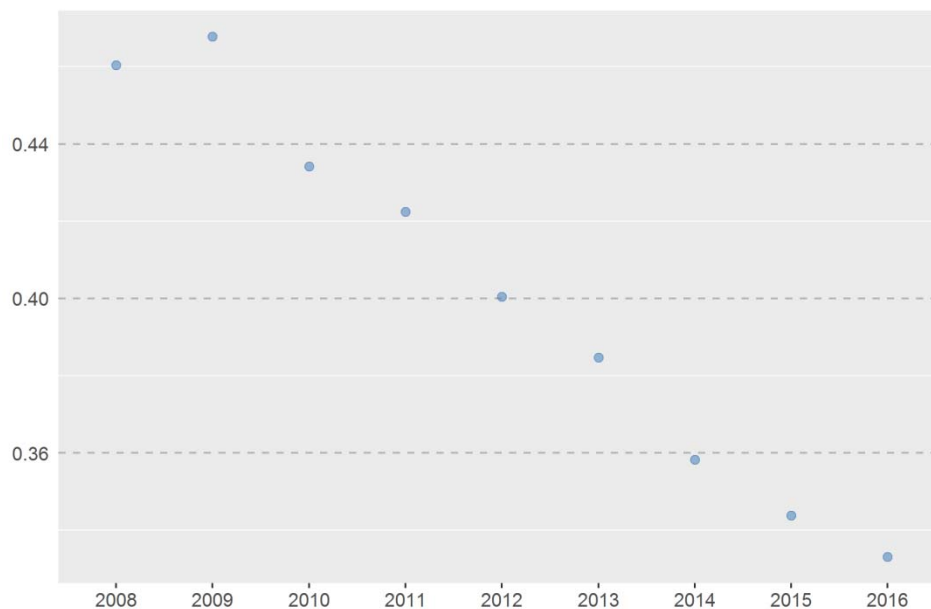
Sources > Insee, estimations de la population au 1^{er} Janvier 2016 ; DREES, SAE 2016; ATIH, PMSI-SSR 2016.

Globalement, l'écart-type⁷ des rapports entre les densités standardisées départementales et la densité nationale, qui constitue une mesure globale des inégalités de répartition de l'offre de soins en SSR, décroît de 0,50 en 2009 à 0,35 en 2016 (*graphique 16*). Les départements qui avaient une densité standardisée élevée en 2008 ont globalement perdu plus de lits et places, tandis que ceux qui avaient une faible densité en 2008 ont, depuis, gagné des capacités d'accueil (*annexe 5, graphique C*).

Tous ces éléments indiquent une tendance à une répartition territoriale de plus en plus homogène de l'offre soins en SSR, ce qui fait écho à l'un des objectifs d'amélioration de la réforme de 2008.

⁷ L'écart-type des R_i est un indicateur de leur dispersion. Plus il est bas, plus ils sont homogènes sur tout le territoire.

➤ Graphique 16 • Évolution de l'écart-type des rapports entre la densité standardisée de capacités d'accueil en SSR et la densité nationale de 2008 à 2016



Champ > France métropolitaine et DROM, hors SSA, maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, établissement de Fresnes et établissements de cures thermales.

Sources > ATIH, PMSI-SSR 2008-2016 ; DREES, SAE 2008-2016.

De la même manière, la dispersion des taux de recours départementaux standardisés⁸ décroît continûment entre 2008 et 2016. L'offre de SSR est corrélée au taux de recours au niveau départemental (*annexe 5, graphique D*). Ainsi, dans les départements sous-dotés en lits et places de SSR en 2008, les taux de recours ont eu tendance à augmenter entre 2008 et 2016, en même temps que le nombre de lits et de places (et inversement).

⁸ Le taux de recours du département j est défini ici comme le rapport entre le nombre de journées de SSR de patients résidant dans le département j et la population résidant dans le département j. La standardisation se fait ensuite de manière directe selon l'âge et le sexe.

Bibliographie

ATIH (2017, octobre). *Analyse de l'activité hospitalière 2016*. Rapport annuel (synthèse et chiffres clés thématiques).

ATIH (2017, avril). *Hospitalisation à temps partiel en SSR*. Réunion groupe technique DGOS - Fédérations.

Coquelet F. et Valdelièvre H. (2011, décembre). *Les soins de suite et de réadaptation en 2008 : patientèle traitée et offre de soins*. DREES coll. Dossier Solidarité et Santé, n°23.

Coquelet F. et Valdelièvre H. (2013, décembre). *Les enfants en soins de suite et de réadaptation en 2010*. DREES coll. *Études et résultats*, n°861.

Coquelet F. (2015, décembre). *Soins de suite et de réadaptation : les personnes de 70 ans ou plus effectuent la moitié des séjours*. DREES coll. *Études et résultats*, n°943.

Cour des Comptes (2012, septembre). *Les activités de soins de suite et de réadaptation*. Chapitre XII. Rapport.

De Peretti C. et al (2017, mai). *Disparités régionales de prise en charge hospitalière des accidents vasculaires cérébraux en 2015*. DREES coll. *Études et résultats*, n°1010.

Muller M. (2017, juillet). *728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015*. DREES coll. *Études et résultats*, n°1015.

Toutlemonde F. (dir) (2017, juin). *Le panorama des établissements de santé - édition 2016*. DREES, coll. Panoramas de la DREES.

Schwach V. (2014). *Les SSR : hier, aujourd'hui...et demain ?* Fondation Arc-en-Ciel.

Annexe 1 • Historique et réglementations

1956-1970 : Naissance des futures structures de soins de suite et de réadaptation (SSR)

Le décret du 9 mars 1956 est considéré comme le décret fondateur d'une nomenclature des futures structures de SSR puisqu'il définit, entre autre, les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention. Entre 1950 et 1970, le système hospitalier français connaît de profonds bouleversements. Le secteur des établissements de cure et de prévention en particulier subit une importante reconfiguration due à l'évolution des besoins, des pratiques et des techniques médicales.

1970-1991 : Naissance des centres de moyen séjour

Les années 1970 sont marquées par différentes lois qui ont permis de structurer une offre hospitalière jusqu'ici indifférenciée. La loi du 31 décembre 1970, complétée par la loi du 30 juin 1975, distingue le secteur médico-social (structures de prise en charge des enfants, des personnes âgées etc.) des établissements sanitaires. La loi met également en place une typologie des activités hospitalières dont les unités d'hospitalisation de moyen séjour pour convalescence, cure, réadaptation ou traitement des maladies mentales. Dans le décret n°80-284 du 17 avril 1980, les centres de moyen séjour sont définis comme « des établissements composés d'unités de moyen séjour pour convalescence, cure, réadaptation, ou traitement des maladies mentales (...) Ils sont destinés à assurer, après la phase aigüe de la maladie, le prolongement des soins actifs ainsi que les traitements nécessaires à la réadaptation en vue du retour à une existence autonome ».

1991 : Création des structures de SSR

Si la loi de 1970 a marqué la naissance des centres de moyen séjour, c'est la loi hospitalière de 1991 qui définit les missions de l'ensemble des établissements de santé, à savoir : « assurer les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques des patients ». Les soins sont à présent définis selon leur durée avec, d'une part, les soins de longue durée, et d'autre part, les autres soins, eux-mêmes subdivisés en soins de courte durée ou concernant des affections graves, et en soins de suite ou de réadaptation dispensés dans le but de réinsertion du patient.

Depuis la naissance des futures structures de SSR, deux types majeurs de prises en charge émergent progressivement : la réadaptation fonctionnelle et les soins de suite plus ou moins médicalisés, que la réforme de 2008 va permettre de réunir afin d'assurer l'homogénéité des prises en charge en SSR.

2008 : Réforme des SSR

Plusieurs textes publiés en 2008 réforment les SSR. Ils effacent la distinction entre soins de suite d'une part et réadaptation fonctionnelle d'autre part, qui existait auparavant. Les établissements doivent dorénavant satisfaire à plusieurs critères pour obtenir une autorisation de SSR polyvalente. Ils peuvent ensuite prétendre à une autorisation spécialisée pour la prise en charge d'affections particulières :

- affections de l'appareil locomoteur ;
- affections du système nerveux ;
- affections cardio-vasculaires ;
- affections respiratoires ;
- affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien ;
- affections onco-hématologiques ;
- affections des brûlés ;
- affections liées aux conduites addictives ;
- affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance.

Des conditions techniques sont nécessaires à l'obtention de ces autorisations spécialisées. La mission des SSR est redéfinie comme celle d'une prise en charge médicale pluri-professionnelle. En outre, les textes insistent sur quelques points comme la mise en place de coordinations territoriales en SSR, l'organisation des filières avec des réseaux de partenariat ou encore l'évaluation des besoins médicaux préalablement à l'admission, qui permet de définir un objectif thérapeutique.

2016-2017 : Dotation modulée à l'activité pour les SSR

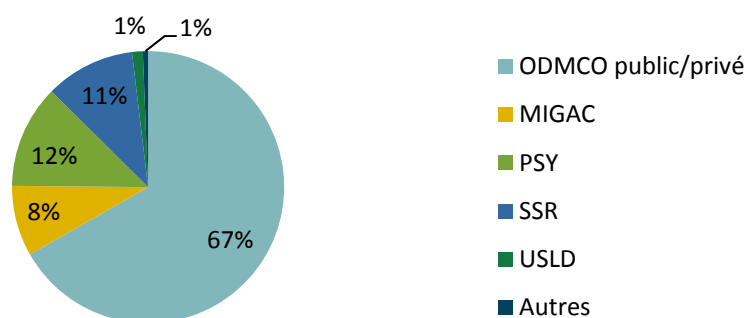
La tarification à l'activité (T2A) a été mise en place à partir de 2005 pour les activités de MCO et d'HAD (hospitalisation à domicile). Pour l'activité de SSR, de 2008 à 2016, deux modes de financement coexistent. La dotation annuelle de financement (DAF) concerne les établissements publics, ainsi qu'une partie des établissements privés à but non lucratif. C'est une enveloppe budgétaire globale attribuée par année civile. Les autres établissements (l'autre partie des établissements privés à but non lucratif ainsi que tous les établissements privés à but lucratif) bénéficient d'un financement à la journée dans le cadre de l'objectif quantifié national (OQN), qui est alloué à la journée à l'aide de tarifs définis par prestation et discipline médico-tarifaire.

Une réforme du financement des établissements de SSR est prévue par l'article 78 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2017. À terme, le financement cible prendra la forme, pour tous les établissements, d'une dotation modulée à l'activité (DMA), c'est-à-dire un financement à l'activité par séjour (similaire à la T2A), complété par un compartiment plateaux techniques spécialisés (PTS) et un compartiment molécules onéreuses (MO). La transition vers le nouveau modèle se fait progressivement à partir de 2017, où seulement 10 % des tarifs sont pris en compte à des fins de valorisation, le reste du financement se faisant sur la base des anciennes modalités (DAF ou OQN).

Annexe 2 • La part des SSR dans l'offre de soins hospitalière

En 2016, les SSR constituent le troisième poste de dépense de l'Ondam hospitalier, après les établissements tarifés à l'activité (MCO et HAD, MIGAC incluses) et la psychiatrie, avec 8,3 milliards d'euros dépensés (*graphique A*). En 2016, ils représentent la deuxième activité de soins la plus importante au sein des établissements de santé derrière le secteur MCO. Avec 117 000 lits et places pour 38 millions de journées réalisées, ils représentent 27 % du nombre total de journées d'hospitalisation tous champs confondus et 24 % des capacités hospitalières totales (*graphique B*). Ces parts sont en augmentation depuis 2008, où elles étaient de 21 % pour l'activité et de 20 % pour les capacités d'accueil.

➤ **Graphique A • Parts des différents postes de dépense dans l'exécution de l'Ondam établissements de santé 2016, en %**



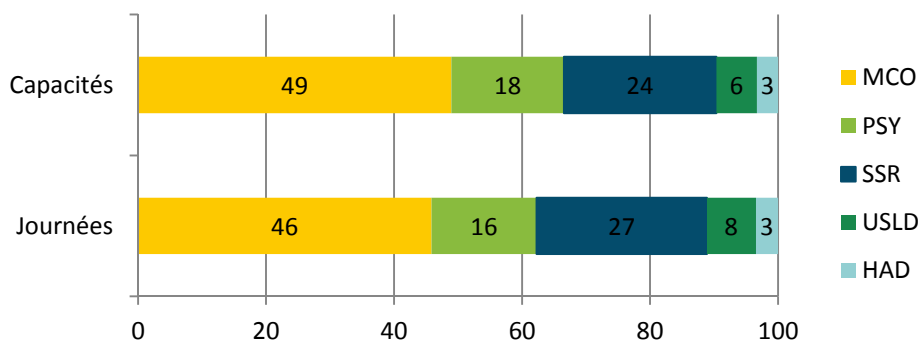
ODMCO : objectif de dépenses en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (inclut l'hospitalisation à domicile, ou HAD) ; MIGAC : missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ; PSY : psychiatrie ; SSR : soins de suite et réadaptation ; USLD : unités de soins longue durée ; Autres : inclus les dépenses de Mayotte, de Saint Pierre et Miquelon et de l'Institut National des Invalides, ainsi que les dépenses non régulées et les dépenses relatives au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP).

Lecture > En 2016, 11 % de l'Ondam hospitalier était destiné au financement des SSR.

Champ > Établissements de santé en France métropolitaine et DROM.

Source > Rapport de Juin 2017 de l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée.

➤ Graphique B • Activité et capacités d'accueil des établissements de santé par type d'activité en 2016 (parts en %)



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; PSY : psychiatrie ; SSR : soins de suite et réadaptation ; USLD : unités de soins longue durée ; HAD : hospitalisation à domicile.

Lecture > En 2016, les SSR représentent 27 % de l'activité hospitalière totale (en journées) et concentrent 24 % des capacités hospitalières totales.

Champ > Établissements de santé en France métropolitaine et DROM.

Sources > ATIH, PMSI 2016 (MCO, HAD, SSR et RIM-P) ; DREES, SAE 2016, traitements DREES.

Annexe 3 • Compléments méthodologiques sur les données utilisées

Niveau d'interrogation des deux sources

En 2013, le mode d'interrogation des établissements a été modifié dans les deux sources mobilisées dans cette étude (PMSI-SSR et SAE). Pour la période 2008-2012, les établissements privés étaient interrogés directement. Pour les établissements du secteur public, dans le PMSI, c'est l'entité juridique qui transmettait les données de l'ensemble de ses établissements, à l'exception des établissements de l'AP-HP et de l'AP-HM pour lesquels les données sont détaillées par entité géographique depuis 2009.

Dans la SAE, avant 2013, toutes les entités juridiques sanitaires répondaient à l'enquête. En outre, dans le cas des entités juridiques ayant plusieurs établissements d'hospitalisation complète de court séjour, les établissements géographiques de l'entité juridique devaient également répondre à l'enquête. Quant aux établissements sanitaires publics appartenant à une entité juridique non-sanitaire, ils étaient interrogés directement (pas d'interrogation au niveau de l'entité juridique).

Depuis 2013, dans les deux sources, les données sont détaillées par établissements géographiques, que ce soit pour le public ou le privé.

Estimation du nombre d'établissements géographiques publics de 2008 à 2012

Avant 2013, le mode d'interrogation des établissements du secteur public dans la SAE a conduit à réaliser un travail de reconstitution du nombre d'établissements géographiques publics pour la période 2008-2012. En effet, dans la SAE, seuls certains établissements géographiques publics étaient interrogés directement. Le plus souvent, c'était l'entité juridique qui devait renseigner l'enquête pour l'ensemble de ses établissements.

Les établissements devaient renseigner un bordereau spécifique lié à l'activité de SSR. Lorsque l'entité juridique renseignait l'enquête, elle devait remplir un bordereau par établissement géographique en indiquant le numéro Finess concerné. Néanmoins, ce bordereau n'était pas systématiquement renseigné.

Afin d'obtenir une estimation du nombre d'établissements géographiques publics ayant une activité de SSR, nous avons donc reconstitué le nombre d'établissements par entité juridique.

Annexe 4 • Compléments méthodologiques sur les morbidités et les actes

Actes pratiqués pendant un séjour

Deux types d'actes sont recensés dans le recueil du PMSI-SSR : les actes médicaux d'une part et les actes de rééducation-réadaptation. Les actes médicaux sont codés selon la version en vigueur de la classification commune des actes médicaux (CCAM). Les actes de rééducation-réadaptation sont codés à l'aide du catalogue des actes de rééducation et réadaptation (CdARR) jusqu'à 2011, avant le passage progressif au catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation (CSARR). Le passage au CSARR est définitif pour tous les établissements à partir de 2014. Les données sur les actes de rééducation-réadaptation ne sont donc pas exploitables en 2012 et 2013.

Les actes médicaux ne sont pas étudiés ici car très peu fréquents (un acte médical est réalisé tous les 20 jours environ en moyenne). Classification des morbidités

Afin de pouvoir distinguer les prises en charge de manière plus fine qu'avec le simple type d'hospitalisation par exemple, il faut tenir compte du type de problème de santé des patients. Trois variables caractérisent la morbidité principale au sein du PMSI-SSR (qui contient aussi des informations sur les comorbidités, non-étudiées ici) :

1. La finalité principale de prise en charge (FPPC) indique la nature de la prise en charge qui motive l'hospitalisation. Elle est codée à l'aide de la Classification internationale des maladies (CIM-10), avec un code du chapitre Z : « Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » (sauf dans le cas d'une affection aiguë intercurrente). Les codes les plus utilisés en 2016 sont « Z501 : Autres thérapies physiques », « Z5188 : Autres formes précisées de soins médicaux, non classées ailleurs » et « Z508 : Soins impliquant d'autres activités de rééducation ».
2. La manifestation morbide principale (MMP) décrit le problème de santé qui a mobilisé l'essentiel des soins. Les codes CIM-10 de MMP les plus utilisés en 2016 sont « Z966 : Présence d'implants d'articulations orthopédiques » (qui concernent les séjours consécutifs à une pose de prothèse articulaire), « Z967 : Présence d'autres implants osseux et tendineux » (qui concernent par exemple les séjours consécutifs à la pose d'une plaque ou de vis suite à une fracture), « R262 : Difficulté à la marche, non classée ailleurs » ou encore « G811 : hémiplégie spastique ».
3. Enfin, l'affection étiologique est une troisième variable qui, lorsqu'elle est présente, indique la cause de la manifestation morbide principale. Par exemple, le code « S7200 : Fracture du col du fémur » est souvent associé à une présence d'implants indiquée en MMP. De même, la catégorie de code « I63 : Infarctus cérébral » est souvent associée à la MMP « G8100 : hémiplégie flasque récente, persistant au-delà de 24 heures ».

Pour les besoins de cette étude, nous avons construit une classification afin de se ramener à une unique variable de morbidité principale (MP), en combinant les trois variables ci-dessus. Par défaut, la MP est égale à la MMP. Néanmoins, lorsque le code de la MMP appartient au chapitre Z, nous utilisons l'affection étiologique comme MP. Si toutefois elle n'est pas indiquée, alors c'est la FPPC qui fera office de morbidité principale. Dans une seconde étape, nous regroupons les codes CIM-10 de la MP en 10 grandes catégories de morbidités. Ces catégories sont proches des chapitres de la CIM-10 à quelques exceptions près :

- La catégorie « Troubles mentaux et du comportement » inclut le chapitre F de la CIM-10 (« Troubles mentaux et du comportement ») mais aussi le code « G30 : Maladie d'Alzheimer » ;
- La catégorie « Maladies du système nerveux » inclut le chapitre G de la CIM-10 (« Maladies du système nerveux ») à l'exception des codes G45 à G46z (« Accidents ischémiques cérébraux transitoires et syndromes apparentés ») et « Syndromes vasculaires cérébraux au cours de maladies cérébrovasculaires ». Elle inclut aussi les codes I60 à I69z : « Maladies cérébrovasculaires » ;
- La catégorie « Affections de l'appareil cardio-vasculaire » inclut le chapitre I de la CIM-10 (« Maladies de l'appareil circulatoire ») à l'exception des codes I60 à I69z. Elle inclut aussi les codes G45 à G46z ;
- La catégorie « Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs » inclut le chapitre R de la CIM-10 qui porte le même intitulé mais aussi les codes U04 à U04z : « Syndromes respiratoires aigus sévères ».

La classification que nous utilisons est ainsi différente de la classification en catégories majeures de l'ATIH.

Le tableau suivant donne les intitulés de chaque catégorie, les pourcentages du nombre de journées ainsi que les trois codes de morbidité associés les plus fréquents en 2016.

➤ Tableau • Les 10 catégories de morbidité étudiées et leurs caractéristiques

Catégorie de morbidité	Abréviation	Pourcentage de l'activité en 2016	Codes CIM-10 principaux en 2016	Durée moyenne de séjour en hospitalisation complète en 2016	Taux d'hospitalisation à temps partiel en 2016
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	OSTEO	16 %	Arthrose du genou	26,8 jours	18 %
			Arthrose de la hanche		
			Dorsalgies		
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	TRAUMA	19 %	Fracture du fémur	38,5 jours	7 %
			Fracture de la jambe, y compris la cheville		
			Fracture du rachis lombaire et du bassin		
Affections de l'appareil cardio-vasculaire	CARDIO	10 %	Insuffisance cardiaque	26,0 jours	18 %
			Cardiopathie ischémique chronique		
			Infarctus aigu du myocarde		
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	SYMPTÔMES NON CLASSES AILLEURS	13 %	Anomalies de la démarche et de la motilité	31,6 jours	7 %
			Malaise et fatigue		
			Autres symptômes et signes relatifs aux systèmes nerveux et ostéo-musculaire		
Troubles mentaux et du comportement	TROUBLES MENTAUX	9 %	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool	33,7 jours	8 %
			Démence de la maladie d'Alzheimer		
			Épisodes dépressifs		
Maladies du système nerveux	NERVEUX	14 %	Hémiplégie	36,4 jours	14 %
			Paraplégie et tétraplégie		

			Paralyse cérébrale infantile		
Affections du système digestif, métabolique et endocrinien	DIGESTIF	6 %	Obésité	26,3 jours	6 %
			Diabète sucré non-insulino-dépendant		
			Diabète sucré insulino-dépendant		
Tumeurs malignes	TUMEURS	5 %	Tumeur maligne des bronches et du poumon	28,1 jours	1 %
			Tumeur maligne du côlon		
			Tumeurs malignes secondaires d'autres sièges		
Affections de l'appareil respiratoire	RESPI	4 %	Insuffisance respiratoire non classée ailleurs	29,2 jours	6 %
			Autres maladies pulmonaires obstructives chroniques		
			Pneumopathie à micro-organisme non précisé		
Autres pathologies	AUTRES	5 %	Soins impliquant une rééducation	29,5 jours	7 %
			Ulcère de décubitus		
			Ulcère du membre inférieur, non classé ailleurs		

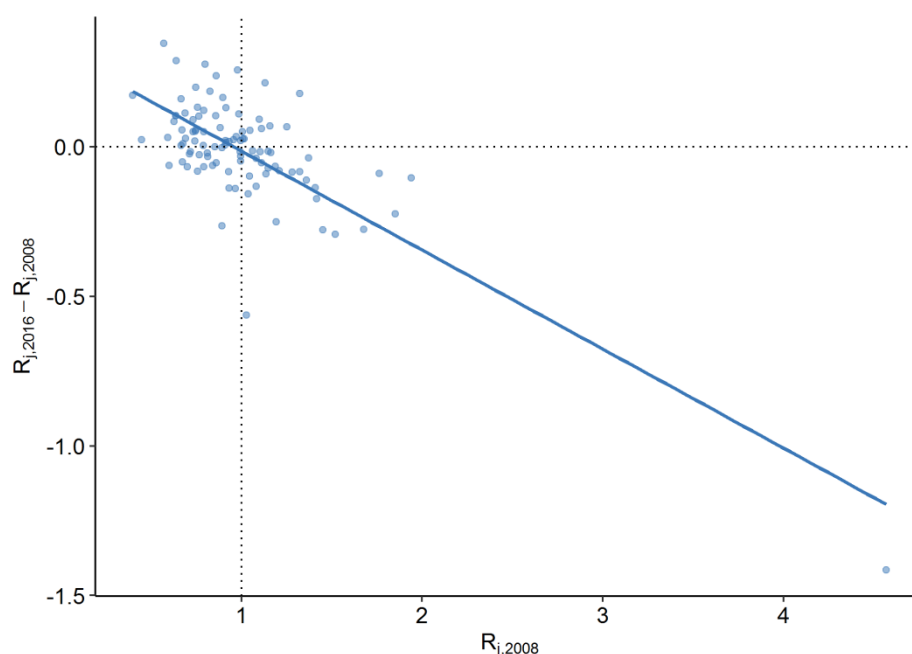
Champ > France métropolitaine et DROM, hors SSA, maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, établissement de Fresnes et établissements de cures thermales.
Source > ATIH, PMSI-SSR 2016.

Annexe 5 • Méthodologie de construction d'une densité standardisée de capacité d'accueil en SSR

Pour explorer les disparités territoriales de l'offre de soins en SSR, cette étude mobilise le calcul d'une densité départementale standardisée de capacités d'accueil en SSR. Il s'agit de rapporter, pour chaque département, le nombre de lits et places offerts par les établissements du département au nombre d'habitants du département, en prenant en compte les caractéristiques démographiques de ce dernier.

En effet, la population n'a pas la même structure par âge dans tous les départements. Ceci influe sur l'offre de soins proposée au niveau local, qui vise à s'adapter aux besoins de la population. Pour tenir compte des caractéristiques démographiques différentes de chaque département, une méthode de standardisation selon l'âge et le sexe a été appliquée. Tout d'abord, pour chaque année, des poids par classe d'âge et sexe sont calculés. Ces poids sont égaux aux nombres de journées moyens par individu de chaque classe, rapportés au nombre de journées moyen pour l'ensemble de la population. Ces poids sont ensuite utilisés pour calculer des populations standardisées dans chaque département, à partir desquelles sont calculées des densités standardisées de capacités d'accueil en SSR. Enfin, ces densités sont rapportées à la densité nationale de capacités d'accueil, pour donner les rapports R_j .

➤ Graphique C • Différence des R_j entre 2008 et 2016, en fonction des niveaux en 2008



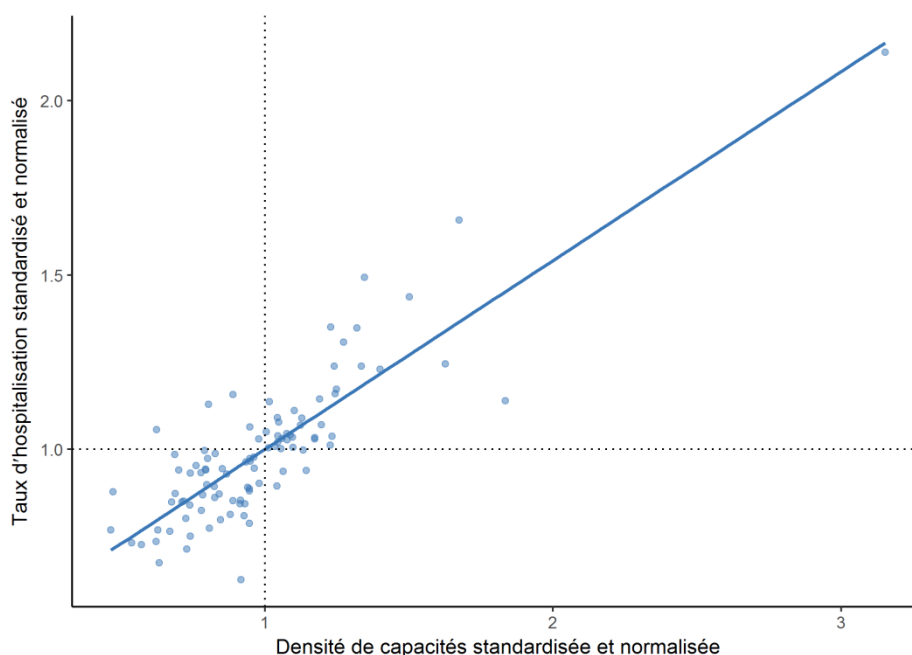
Champ > France métropolitaine et DROM, hors SSA, maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, établissement de Fresnes et établissements de cures thermales.

Sources > ATIH, PMSI-SSR 2008-2016 ; DREES, SAE 2008-2016.

Des taux de recours standardisés aux soins de SSR peuvent aussi être calculés. Pour chaque département, le nombre de journées de SSR des patients résidant dans le département est rapporté au nombre d'habitants du département, en prenant en compte les disparités de caractéristiques de la population grâce à la standardisation.

Densité standardisée des capacités d'accueil et taux de recours standardisé sont corrélés positivement, comme l'indique le graphique D ci-après. Plus un département offre de capacités d'accueil par habitant, plus le taux de recours a tendance à y être élevé.

➤ Graphique D • Recours départemental en fonction de l'offre en 2016



Champ > France métropolitaine et DROM, hors SSA, maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, établissement de Fresnes et établissements de cures thermales.

Sources > ATIH, PMSI-SSR 2016 ; DREES, SAE 2016

Les dossiers de la DREES

Novembre 2018 /// N° 30

Les soins de suite et de réadaptation entre 2008 et 2016

Directeur de la publication

Jean-Marc AUBERT

Responsable d'édition

Souphaphone Douangdara

Création graphique

Philippe Brulin

ISSN

2495-120X