

En 2016, les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) ont réalisé 1,4 million de séjours, soit 38 millions de journées d'hospitalisation, pour 1 million de patients. Les patients en SSR sont âgés (la moitié d'entre eux ont 71 ans ou plus) et sont un peu plus souvent des femmes. Les soins interviennent fréquemment à la suite de lésions traumatiques, de pathologies cardio-vasculaires, de syndromes paralytiques ou d'arthropathies (pose de prothèses).

Une patientèle plutôt âgée et féminine

En 2016, l'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) atteint 1,4 million de séjours et 38 millions de journées (*tableau 1*). L'hospitalisation complète reste la principale modalité de soin, mais la part de l'hospitalisation à temps partiel augmente légèrement tous les ans pour atteindre 26 % des séjours en 2016 (contre 19 % en 2010). Les patients de SSR sont majoritairement des femmes (55 %), notamment en hospitalisation complète (58 %). Les séjours en SSR à temps partiel sont toutefois plus souvent effectués par des hommes (54 %).

L'âge moyen des patients de SSR est stable (66 ans), tout comme l'âge médian (71 ans). L'âge moyen des femmes reste plus élevé que celui des hommes (69 ans, contre 61 ans), notamment en hospitalisation complète (74 ans, contre 66 ans). En hospitalisation complète, la durée moyenne des séjours est de 35 jours (voir fiche 22, « Les établissements de soins de suite et de réadaptation »). Elle augmente avec l'âge, pour atteindre 37 jours pour les séjours des personnes âgées de 85 ans ou plus. C'est dans le secteur public que les patients sont les plus âgés (71 ans en moyenne, contre 68 ans dans le privé à but lucratif et 57 ans dans le privé à but non lucratif).

Des patients en majorité autonomes ou faiblement dépendants lors de leur admission en SSR

Les patients qui bénéficient de séjours en hospitalisation à temps partiel présentent moins fréquemment de dépendance, au sens de la grille des activités de la vie quotidienne (AVQ, voir rubrique Définitions dans l'encadré Sources et méthodes). Ainsi, pour 88 % des séjours en hospitalisation

partielle, les patients sont autonomes ou faiblement dépendants à leur admission (contre 53 % des séjours en hospitalisation complète).

La dépendance globale s'améliore entre l'admission et la sortie. Cette évolution repose sur l'amélioration de la dépendance physique, la dépendance cognitive évoluant peu. En hospitalisation complète, le gain d'autonomie est plus élevé pour les patients moyennement dépendants. En hospitalisation à temps partiel, ce gain est plus important pour les patients faiblement dépendants (*graphique 1*).

Les motifs de prise en charge varient selon l'âge du patient et le statut de l'établissement

Les séjours sont majoritairement motivés par des maladies du système ostéo-articulaire (19 %, dont les suites de pose de prothèses pour arthropathie), des lésions traumatiques (14 %, dont les fractures du membre inférieur, du membre supérieur, du rachis mais aussi, parfois, des complications de prothèses ou d'implants) ou encore des affections de l'appareil cardio-vasculaire (12 %, dont l'insuffisance cardiaque, les cardiopathies ischémiques) ou du système nerveux (13 %, dont les syndromes paralytiques). Les troubles de la marche, les démences, les troubles mentaux liés à la consommation d'alcool ou de substances psychoactives, ainsi que l'obésité, sont à l'origine de 16 % des séjours (*tableau 2*).

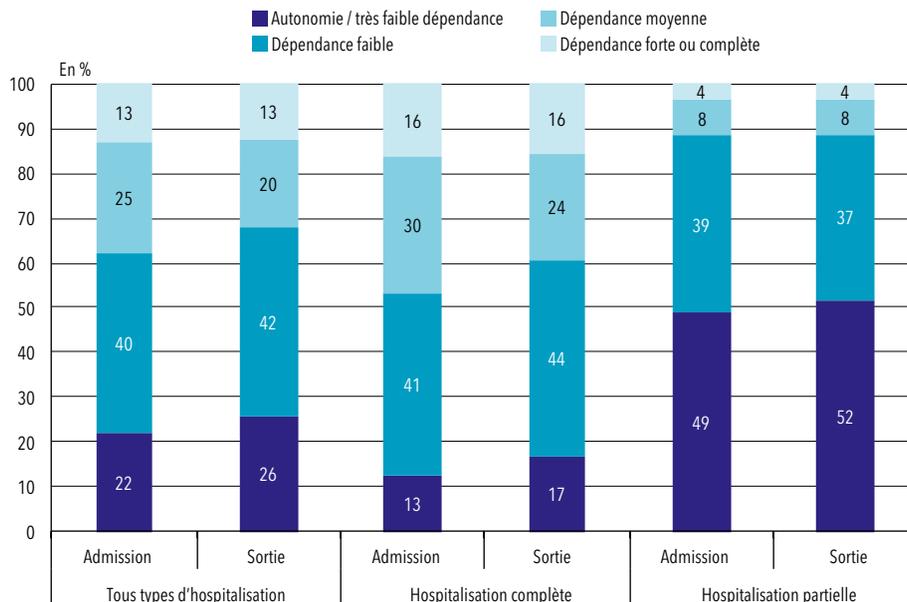
La répartition des séjours varie selon l'âge des patients. Les séjours des patients de moins de 18 ans sont plutôt motivés par la prise en charge de l'obésité, des paralysies d'origine cérébrale et des scolioses. Entre 18 et 34 ans, les séjours concernent davantage les lésions traumatiques (notamment du

Tableau 1 Nombre de séjours et âge moyen à l'admission par sexe et type de séjour en 2016

	Femmes	Hommes	Ensemble
Ensemble des séjours			
Nombre de séjours (en milliers)	790	658	1 448
Nombre de séjours (en %)	55	45	100
Âge moyen (à l'admission)	69	61	66
Âge médian (à l'admission)	76	65	71
Séjours d'hospitalisation complète			
Nombre de séjours (en milliers)	617	455	1 073
Nombre de séjours (en %)	58	42	100
Âge moyen (à l'admission)	74	66	71
Séjours d'hospitalisation partielle			
Nombre de séjours en milliers	173	202	375
Nombre de séjours (en %)	46	54	100
Âge moyen (à l'admission)	52	51	52

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

Source > ATIH, PMSI-SSR 2016, traitements DREES.

Graphique 1 Répartition des séjours selon le degré de dépendance globale des patients à l'admission et à la sortie, et d'après le type d'hospitalisation, en 2016

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

Source > ATIH, PMSI-SSR 2016, traitements DREES.

Tableau 2 Répartition des séjours de SSR réalisés en 2016, selon la morbidité enregistrée à l'admission

Morbidité	Nombre de séjours (en milliers)	Part de la pathologie (en %)						Part des séjours en hospitalisation complète (en %)
		Tous les âges	Séjours des moins de 18 ans	Séjours des 18-34 ans	Séjours des 35-69 ans	Séjours des 70-84 ans	Séjours des 85 ans ou plus	
Affection de l'appareil cardio-vasculaire, dont :	175	12	0	2	15	12	12	65
cardiopathies ischémiques	69	5	0	1	9	4	1	40
insuffisance cardiaque	36	2	0	0	1	2	6	85
atteintes non rhumatismales des valvules cardiaques	19	1	0	0	2	2	1	77
Affections de l'appareil respiratoire	59	4	4	1	4	5	5	84
Affections du système digestif, métabolique et endocrinien, dont :	113	8	20	10	10	5	5	72
diabète	17	1	3	0	2	1	0	80
obésité et autres excès d'apport	60	4	16	9	7	1	0	55
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes, dont :	209	14	9	21	9	15	23	85
lésions traumatiques	180	12	4	20	7	13	22	86
Maladies du système nerveux, dont :	182	13	22	20	16	10	6	62
maladies cérébro-vasculaires ¹	18	1	0	0	1	2	2	87
paralysies cérébrales et autres syndromes paralytiques	123	8	15	16	12	6	3	57
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif, dont :	274	19	17	23	22	21	9	68
arthropathies	151	10	5	10	11	15	5	78
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs, dont :	171	12	9	7	7	13	20	78
chutes, anomalies de la démarche et de la motilité	94	7	4	3	3	7	13	78
Troubles mentaux, dont :	120	8	10	10	8	7	9	76
démences (y compris maladie d'Alzheimer)	39	3	0	0	0	4	6	76
troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool ou de substances psychoactives	36	2	0	7	6	0	0	89
Tumeurs malignes, dont :	69	5	2	1	5	7	4	97
organes digestifs	19	1	0	0	1	2	2	99
tumeurs malignes de sièges mal définis, secondaires et non précisés	11	1	0	0	1	1	1	99
organes respiratoires et intrathoraciques	10	1	0	0	1	1	0	95
Autres pathologies²	75	5	8	4	4	5	7	75
Non précisé	1	0	0	0	0	0	0	77
Total	1 448	100	100	100	100	100	100	74

1. Y compris les accidents ischémiques transitoires et les syndromes vasculaires au cours de maladies cérébro-vasculaires.

2. Affections des organes génito-urinaires, de la peau ; maladies infectieuses et parasitaires, du sang ; tumeurs bénignes, etc.

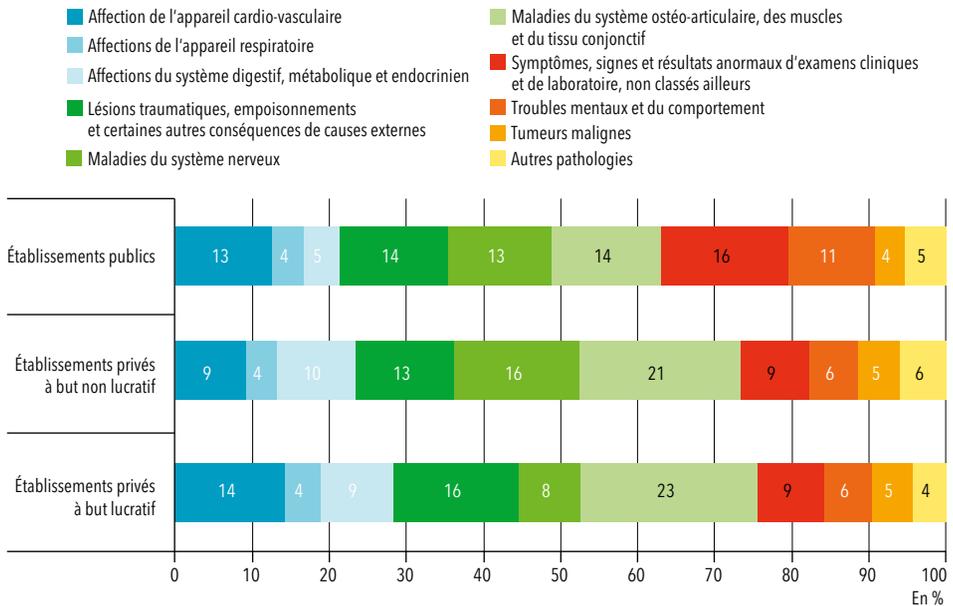
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA, y compris les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, tous types d'hospitalisation confondus.

Source > ATIH, PMSI-SSR 2016, traitements DREES.

genou), dorsalgies et paralysies d'origine traumatique, mais aussi vasculaire et cérébrale. De 35 à 69 ans, ce sont les soins pour les suites de pose de prothèses pour arthropathie (hanche ou genou) qui prédominent, ainsi que ceux pour les suites d'hémiplégie après des accidents vasculaires cérébraux ou les cardiopathies ischémiques. Les établissements privés, à but lucratif ou non, et les établissements publics ont des motifs de prise en charge différents (graphique 2). Les séjours pour

suites de lésions traumatiques ou de maladies du système ostéo-articulaire sont un peu plus répandus dans le secteur privé à but lucratif. Le secteur privé à but non lucratif, lui, prend plus souvent en charge des séjours pour suite de maladies du système nerveux, tandis que dans le secteur public, les séjours relèvent plus souvent des soins de troubles mentaux et du comportement, ainsi que des suites de symptômes divers (dont les chutes et anomalies de la démarche et de la motilité). ■

Graphique 2 Répartition des séjours selon la morbidité enregistrée à l'admission et le statut juridique des établissements de SSR



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

Source > ATIH, PMSI-SSR 2016, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes**Champ**

Établissements de santé en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), y compris les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, exerçant une activité de SSR en 2016. L'activité comprend des prises en charge polyvalentes ou spécialisées, soit pour les conséquences fonctionnelles de certaines affections (appareil locomoteur, système nerveux, cardio-vasculaire, etc.), soit pour des populations particulières (personnes âgées à polypathologies, enfants, etc.). Le total des places est déclaré dans la SAE et l'activité enregistrée dans le PMSI. Les séjours comprennent ceux commencés avant 2016 et ceux non terminés fin 2016. Les journées sont celles de l'année 2016 (sont exclues les journées antérieures à 2016 pour les séjours ayant déjà commencé).

Sources

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), mis en place par la DGOS et l'ATIH, fournit une description médico-économique de l'activité des établissements de santé. Le PMSI-SSR, créé en 2008, s'est développé progressivement. Depuis 2013, le recueil est considéré comme exhaustif et les données ne sont plus pondérées. La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements et les facteurs de production associés (capacités, personnel, etc.).

Définitions

Les informations médicales du PMSI-SSR sont la morbidité, principale et secondaire, les actes (de rééducation et médico-techniques) et l'approche de la dépendance des patients.

> **Appréciation de la morbidité principale** : elle repose sur l'association de la finalité principale de prise en charge (FPPC, la nature de la prise en charge qui a motivé l'essentiel des soins), de la manifestation morbide principale (MMP, le problème de santé sur lequel s'exerce le soin) et éventuellement de l'affection étiologique (AE, qui est le problème de santé à l'origine de la MMP).

> **Degré de dépendance** : il est évalué d'après la grille des activités de la vie quotidienne (AVQ), selon six dimensions : habillage, déplacement et locomotion, alimentation, continence, comportement, relation et communication. La dépendance physique est mesurée par les scores des quatre premières dimensions, la dépendance cognitive par les scores des deux dernières. Le score global est regroupé en quatre classes : totalement autonome, faiblement, moyennement, fortement ou complètement dépendant.

Pour en savoir plus

> **Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)** (2017, octobre). *Analyse de l'activité hospitalière 2016 - édition 2017*.

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

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