

En 2019, 1 834 établissements déclarent une activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) en France métropolitaine et dans les DOM. Ils disposent de 120 000 lits et places dédiés au moyen séjour, soit 25 % des capacités d'hospitalisations complète ou partielle offertes sur le territoire. Les activités de SSR concernent 28 % de l'activité hospitalière totale en 2019 et 37 % des capacités de SSR sont offertes par les établissements publics. Si l'hospitalisation complète reste prédominante (88 % des capacités), l'hospitalisation partielle est plus présente dans le secteur privé à but non lucratif. Le personnel non médical se compose principalement de soignants (infirmiers, aides-soignants et personnel de rééducation). L'Île-de-France et le sud de la France sont les régions les plus dotées en lits et en places.

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

L'offre en soins de suite et de réadaptation (SSR) est assurée par 1 834 établissements en France métropolitaine et dans les DOM (tableau 1). Environ un établissement sur deux relève du secteur public, la moitié restante étant répartie à parts égales entre les secteurs privés à but lucratif et à but non lucratif. En 2019, l'ensemble des établissements de SSR dispose de 120 000 lits et places, répartis pour 37 % dans le public, 29 % dans le privé à but non lucratif et 33 % dans le privé à but lucratif. Ces 120 000 lits et places représentent 25 % des capacités hospitalières totales (court, moyen et long séjours confondus).

En matière d'activité, 1,5 million de séjours, soit 37 millions de journées, ont été réalisés en SSR, ce qui correspond à 28 % de l'activité hospitalière totale. La part relative du privé à but non lucratif est un peu moins importante en journées qu'en nombre de lits et de places (27 %, contre 29 %). Cette situation est due au fait que, si l'hospitalisation complète domine encore largement l'activité de SSR (88 % des journées), l'hospitalisation partielle est plus développée dans le secteur privé à but non lucratif (16 % des journées, contre 12 % dans le privé à but lucratif et seulement 8 % dans le public).

Ces différences peuvent s'expliquer, en partie, par la diversité des patientèles prises en charge. Par exemple, les patients des établissements privés à but non lucratif sont en moyenne plus jeunes (voir fiche 19, « La patientèle des établissements de soins de suite et de réadaptation »). Enfin, la durée moyenne de séjour en hospitalisation complète est plus élevée dans les établissements privés à but lucratif où elle atteint 36,5 jours, contre 34,3 jours dans les établissements publics et 33,2 jours dans les établissements privés à but non lucratif.

Le personnel non médical est majoritairement soignant

Calculé en équivalent temps plein (ETP), le personnel non médical des établissements de SSR est en moyenne de 0,9 ETP par lit : 0,4 ETP de personnel aide-soignant, 0,3 ETP de personnel infirmier, 0,1 ETP de personnel de rééducation (masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes, psychomotriciens, diététiciens) et 0,2 ETP d'autres types de personnel (personnel administratif, technique et médico-technique, psychologues, personnel éducatif, assistants de service social) [tableau 1].

Les établissements publics allouent en moyenne plus de deux fois plus d'aides-soignants (0,5 ETP par lit ou place) que les établissements du secteur

1. La somme n'est pas exactement égale à 100 % du fait des arrondis.

privé à but lucratif (0,2 ETP par lit ou place). Aux côtés du personnel non médical, le personnel médical compte essentiellement des médecins généralistes, des médecins de médecine physique et réadaptation ainsi que des gériatres. Ils sont relativement peu nombreux en comparaison du personnel non médical (0,05 ETP par lit ou place dans l'ensemble des établissements).

L'activité de SSR est plus développée en Île-de-France et dans le sud de la France

Au niveau national, la densité moyenne des capacités en SSR s'élève à 455 lits et places pour 100 000 habitants de 50 ans ou plus².

Les régions métropolitaines qui se distinguent par les densités les plus élevées sont la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca), l'Île-de-France, l'Occitanie et la Corse (tableau 2). Pour la région Paca, le taux d'hospitalisation standardisé est également plus élevé que la moyenne. À l'opposé, la Nouvelle-Aquitaine et les Pays de la Loire sont les régions les moins équipées de la métropole en SSR, et leurs taux d'hospitalisation standardisés sont plus faibles.

Dans les DROM, la Guadeloupe et La Réunion font partie des départements les mieux dotés en lits et places de SSR, alors que la Martinique est beaucoup moins pourvue que les départements

Tableau 1 Capacités, activité et personnel des établissements offrant des capacités de SSR selon leur statut juridique en 2019

	Secteur public	Secteur privé à but non lucratif	Secteur privé à but lucratif	Ensemble
Nombre d'établissements¹	900	460	474	1 834
Nombre de lits et places, dont :	44 926	34 916	40 000	119 842
hospitalisation partielle (part en %)	3 843 (9 %)	5 788 (17 %)	5 530 (14 %)	15 161 (13 %)
Nombre de séjours (en milliers), dont :	573	433	466	1 472
hospitalisation partielle (part en %)	161 (28 %)	155 (36 %)	118 (25 %)	434 (29 %)
Nombre de journées de présence (en milliers), dont :	13 739	10 044	13 599	37 382
hospitalisation partielle (part en %)	1 041 (8 %)	1 643 (16 %)	1 909 (14 %)	4 593 (12 %)
Durée moyenne des séjours d'hospitalisation complète terminés² en 2019 (en journées)	34,3	33,2	36,5	34,7
Ratio moyen de personnel aide soignant (ETP par lit)	0,5	0,3	0,2	0,4
Ratio moyen de personnel infirmier (ETP par lit)	0,3	0,2	0,2	0,3
Ratio moyen de personnel de rééducation³ (ETP par lit)	0,1	0,1	0,1	0,1
Ratio moyen d'autres types de personnel⁴ (ETP par lit)	0,2	0,2	0,1	0,2

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

2. Environ 955 000 séjours d'hospitalisation complète terminés sont comptabilisés en 2019, soit 92 % des séjours de SSR à temps complet. Le jour de sortie d'hospitalisation n'est en général plus compté comme un jour de présence à partir de 2017. La durée moyenne de séjour ne peut donc pas être comparée directement avec celle de 2016 et des années antérieures.

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

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

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

Sources > ATIH : PMSI-SSR 2019 pour l'activité, traitements DREES ; SAE 2019 pour la capacité et le personnel, traitements DREES.

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

métropolitains. Mayotte ne dispose d'aucun établissement de SSR. Si les disparités géographiques d'offre de soins restent importantes, elles sont en baisse depuis une dizaine d'années [Charavel, Mauro, Seimandi, 2018].

Les flux de patients entre régions peuvent contribuer à compenser ces disparités territoriales d'offre. Plusieurs régions faiblement dotées en SSR présentent ainsi un solde négatif entre taux d'entrée et taux de fuite. En d'autres termes, ces régions voient plus souvent leurs résidents être pris en charge dans d'autres régions qu'elles n'accueillent de patients non résidents. C'est notamment le cas de la région Bourgogne-Franche-Comté, qui a tendance à « perdre » des patients³. À l'opposé, les régions Occitanie

et Paca ont un solde positif lié à des capacités d'accueil plus élevées que la moyenne nationale. Toutefois, l'analyse des capacités d'accueil en SSR par région administrative peut être trompeuse : dans certaines d'entre elles, l'offre de SSR est plutôt homogène ; dans d'autres, de fortes disparités départementales existent (*carte 7*). Ainsi, la région Occitanie occupe la troisième place des régions les mieux dotées en lits et en places de SSR, mais les densités infrarégionales sont très hétérogènes : parmi les 13 départements qui la composent, 4 ont des densités supérieures à 532 lits et places pour 100 000 habitants de 50 ans ou plus (correspondant au dernier quintile), alors que 5 autres ont des densités inférieures à 412 lits et places pour 100 000 habitants de 50 ans ou plus. ■

Tableau 2 Solde entre les taux de fuite et les taux d'entrée en SSR en 2019 selon la région d'hospitalisation

	Densité de lits et de places ¹	Solde sur l'ensemble de l'activité ²	Rapport du taux d'hospitalisation standardisé au taux national ³
Paca	565	2,4	1,09
Île-de-France	508	-0,3	1,00
Occitanie	486	3,3	1,02
Corse	474	-10,3	1,02
Hauts-de-France	451	0,5	1,07
Bourgogne-Franche-Comté	450	-2,6	0,98
Auvergne-Rhône-Alpes	449	-1,0	1,01
Normandie	445	-0,8	1,01
Centre-Val de Loire	431	-1,5	0,86
Grand-Est	410	-0,2	1,05
Bretagne	402	0,5	1,01
Nouvelle-Aquitaine	398	1,7	0,93
Pays de la Loire	383	-1,7	0,80
Guadeloupe	492	-5,7	1,71
La Réunion	457	0,0	1,26
Guyane	418	-30,0	0,84
Martinique	349	-4,5	0,79
Mayotte	0	-	-
France entière	455	-	1,00

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

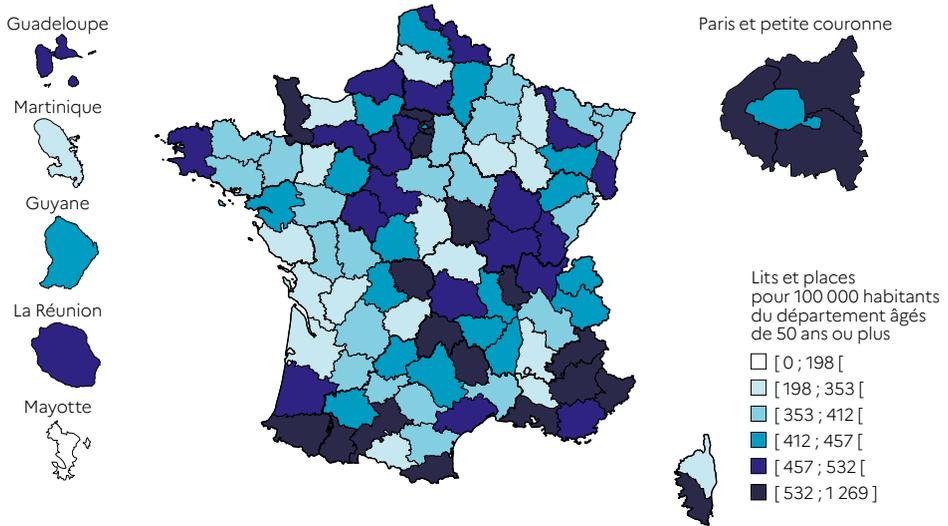
2. Le solde est la différence entre le taux d'entrée et le taux de fuite.

3. Méthode de standardisation directe selon le sexe et l'âge.

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

Sources > ATIH : PMSI-SSR 2019, traitements DREES ; DREES : SAE 2019, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2019.

3. La Corse, les DROM (hormis La Réunion), les Pays de la Loire et le Centre-Val de Loire ont également tendance à « perdre » des patients.

Carte 1 Densité de capacités en lits et places de SSR en 2019

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

Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA et les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires exerçant une activité de SSR en 2019. L'activité comprend des prises en charge polyvalentes ou spécialisées, soit pour les conséquences fonctionnelles de certaines affections (appareil locomoteur, système nerveux, cardio-vasculaires, etc.), soit pour des populations particulières (personnes âgées à polyopathologies, enfants, etc.). Le total des capacités d'accueil est déclaré dans la Statistique annuelle des établissements (SAE) et l'activité enregistrée dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Les séjours comprennent ceux commencés avant 2019 et ceux non terminés fin 2019. Les journées sont celles de l'année 2019 (sont exclues les journées antérieures à 2019 pour les séjours ayant déjà commencé).

Sources > DREES : SAE 2019, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2019.

Encadré Sources et méthodes**Champ**

Établissements de santé en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA) et les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires exerçant une activité de SSR en 2019. L'activité comprend des prises en charge polyvalentes ou spécialisées, soit pour les conséquences fonctionnelles de certaines affections (appareil locomoteur, système nerveux, cardio-vasculaires, etc.), soit pour des populations particulières (personnes âgées à polyopathologies, enfants, etc.). Le total des capacités d'accueil est déclaré dans la Statistique annuelle des établissements (SAE) et l'activité enregistrée dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Les séjours comprennent ceux commencés avant 2019 et ceux non terminés fin 2019. Les journées sont celles de l'année 2019 (sont exclues les journées antérieures à 2019 pour les séjours ayant déjà commencé).

Sources

Le PMSI, mis en place par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), fournit une description médico-économique de l'activité des établissements de santé. Le PMSI-SSR, créé en 2003, s'est développé progressivement. Depuis 2013, on considère que le recueil est exhaustif et les données ne sont plus pondérées. En fin d'année 2019, une rétention de données a affecté les remontées du PMSI de certains établissements, qui ont pu remonter les informations liées à certains séjours avec retard : la base du PMSI-SSR utilisée dans cette fiche a été consolidée par l'ATIH au 11 mai 2020, il est possible que certains séjours affectés par cette rétention de données n'aient pas été remontés dans cette base. La SAE de la DREES décrit l'activité des établissements et les facteurs de production associés (capacités, personnel, etc.). ●●●



Définitions

- > **Taux d'entrée** : proportion des séjours des non-résidents d'une région pris en charge dans la région.
- > **Taux de fuite** : proportion des séjours des résidents d'une région pris en charge dans une autre région.
- > **Taux d'hospitalisation standardisé** : rapport, pour une région donnée, du nombre de patients résidents hospitalisés (dans la région ou dans une autre région) à la population de la région (taux brut). La standardisation consiste à affecter à la région la structure par sexe et par âge de la France entière.

Pour en savoir plus

> **Charavel C., Mauro L., Seimandi T.** (2018, novembre). Les soins de suite et de réadaptation entre 2008 et 2016 : forte progression de l'activité, en réponse au vieillissement de la population. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 30.