



LES DOSSIERS DE LA DREES

N° 44 • novembre 2019

Les patientèles des SSR spécialisés pour les affections de l'appareil locomoteur et les affections du système nerveux

Situation en 2017

Christine de Peretti (DREES) en collaboration avec France Woimant (ARS Île-de-France)
et Alexis Schnitzler (Hôpital Raymond Poincaré, Garches)

Les patientèles des SSR spécialisés pour les affections de l'appareil locomoteur et les affections du système nerveux

Situation en 2017

Christine de Peretti (DREES) en collaboration avec France Woimant (ARS Île-de-France
et Alexis Schnitzler (Hôpital Raymond Poincaré, Garches)

Retrouvez toutes nos publications sur : drees.solidarités-sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur : data.drees.sante.gouv.fr

Sommaire

Introduction	6
En 2017, 405 000 admissions ont été réalisées dans les SSR spécialisés pour les affections de l'appareil locomoteur ou pour les affections du système nerveux	8
Les patients admis en SSR spécialisé pour les affections de l'appareil locomoteur sont deux fois plus nombreux que ceux admis en SSR spécialisé pour les affections du système nerveux	9
En SSR spécialisé pour les affections de l'appareil locomoteur, trois patients sur dix sont admis après pose d'implant articulaire et près d'un sur quatre pour une affection non traumatique du rachis	11
Le nombre de patients admis en SSR « locomoteur » a augmenté de 7 % entre 2013 et 2017	14
En SSR spécialisé pour les affections du système nerveux, la part des patients avec pathologies chroniques est plus importante	16
Le tiers des patients en SSR spécialisé pour les affections du système nerveux sont hospitalisés dans les suites d'un accident vasculaire cérébral	16
Le nombre de patients admis en SSR « système nerveux » a augmenté de 30 % entre 2013 et 2017	20
De fortes disparités régionales des taux de patients admis dans les SSR spécialisés locomoteur et système nerveux	22
Bibliographie	28
Annexes • Tableaux et graphiques complémentaires	29

SYNTHÈSE

L'activité des soins de suite et de réadaptation (SSR) a été profondément réorganisée par les décrets et circulaires de 2008 qui distinguent les services SSR polyvalents et les SSR autorisés pour une activité spécialisée, parmi lesquels les SSR spécialisés pour les affections du système nerveux et les SSR spécialisés pour les affections de l'appareil locomoteur qui représentaient à eux seuls plus du quart de l'activité SSR en 2017.

Le SSR spécialisé pour les affections de l'appareil locomoteur prend en charge 49 % des admissions en SSR pour affection ou traumatisme du système ostéo-articulaire. Les pathologies les plus fréquentes y sont les suites de pose d'implant articulaire (27 % des séjours), les affections non traumatiques du rachis (25 %), les lésions traumatiques (16 %) et les lésions articulaires et ligamentaires de l'épaule ou du genou (12 %).

Le SSR spécialisé pour les affections du système nerveux prend en charge 55 % des séjours SSR pour affection du système nerveux. Les pathologies les plus fréquentes sont les accidents vasculaires cérébraux (31 % des admissions), les maladies neurodégénératives hors démences (17 %), les « autres affections du système nerveux », qui comprennent de nombreuses séquelles neurologiques (15 %), et les lésions médullaires (13 %).

Entre 2013 et 2017, la capacité en lits ou places a augmenté dans ces deux secteurs : +16 % en SSR « locomoteur » et +25 % en SSR « système nerveux », dont la capacité demeure toutefois inférieure à celle du précédent. Parallèlement, les admissions ont respectivement augmenté de 12 % et 30 %.

En termes de répartition régionale de l'offre de soins, les disparités géographiques se sont légèrement réduites entre 2013 et 2017 pour les SSR spécialisés étudiés. Toutefois, les disparités restent très marquées en 2017 à un niveau 3 fois supérieur à celui l'ensemble du secteur SSR, pour les SSR « locomoteur » comme pour les SSR « système nerveux ».

Introduction

Le secteur hospitalier des soins de suite et de réadaptation (SSR) regroupe depuis 2008 plusieurs ensembles auparavant distincts : ceux correspondant aux soins de suite de « convalescence » et aux soins de suite « gériatriques », notamment après hospitalisation en court séjour, et celui de la médecine physique et de réadaptation. Selon le code de la santé publique, l'activité de soins de suite et de réadaptation a pour objet « de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion. Elle comprend, le cas échéant, des actes à visée diagnostique ou thérapeutique »¹. La rééducation aide les patients à recouvrer le meilleur potentiel de leurs moyens physiques, cognitifs et psychologiques et, autant que possible, la restitution intégrale de l'organe lésé ou le retour optimal à sa fonction ; la réadaptation, accompagne les patients dont les limitations s'avèrent irréversibles pour leur permettre de s'y adapter au mieux ; au-delà des soins médicaux, la réinsertion vise l'autonomie des patients et le recouvrement maximal des conditions de vie antérieures au séjour hospitalier.

L'activité SSR a été profondément réorganisée par les décrets et circulaires de 2008 qui distinguent dorénavant les services SSR polyvalents et les SSR autorisés pour une activité spécialisée. Il existe 9 spécialisations : SSR spécialisés pour les affections de l'appareil locomoteur, les affections du système nerveux, les affections cardiovasculaires, les affections respiratoires, les affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien, les affections onco-hématologiques, les affections des brûlés, les affections liées aux conduites addictives et enfin les affections de la personne âgée polyopathologique, dépendante ou à risque de dépendance.

Selon l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), 1 million de patients ont été hospitalisés en SSR en 2017, avec un nombre total de journées s'élevant à 37,5 millions². Parmi ces patients, quatre sur dix étaient hospitalisés pour une maladie de l'appareil locomoteur (catégorie majeure – CM – 08) et près de deux sur dix pour maladie de l'appareil neurologique (y compris les démences) (CM 01)³. Et parmi eux, près de la moitié a été prise en charge par une équipe spécialisée dans des lits ou places autorisés pour les affections de l'appareil locomoteur ou pour les affections du système nerveux.

La présente étude décrit les patientèles de ces SSR spécialisés pour les affections de l'appareil locomoteur d'une part et pour les affections du système nerveux d'autre part, en 2017 : les principales caractéristiques des patients et des séjours, leur morbidité, les évolutions survenues entre 2013 et 2017 dans un contexte de « virage ambulatoire », ainsi que les disparités régionales observées en 2017.

Encadré 1 • Sources et méthodes

Sources

Trois sources de données ont été utilisées :

- Les bases annuelles nationales 2013 à 2017 du PMSI SSR, produites par l'ATIH ;
- Les bases de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) produites par la Drees pour les années correspondantes (2013 à 2017). Ce n'est en effet qu'à partir de 2013 que la SAE dénombre les lits ou places SSR par mention spécialisée ;
- Les estimations localisées de population (ELP) produites par l'Insee pour les années correspondantes.

Champ de l'étude

Le champ de l'étude est l'ensemble des admissions dans le champ SSR survenues dans les établissements de santé publics et privés de France métropolitaine et des DROM, classées dans les catégories majeures (CM) 01 et 08 et pour lesquelles il y a eu un passage en unité spécialisée pour les affections du système nerveux ou pour les affections de l'appareil locomoteur. L'étude concerne les séjours en hospitalisation complète et ceux en hospitalisation partielle (en hospitalisation de jour essentiellement, mais aussi les séances, voire quelques exceptionnelles « hospitalisations de nuit »).

¹ Article R.6123-118 du Code de la santé publique.

² En court séjour, selon l'ATIH également, 12 millions de patients ont été hospitalisés en 2017, pour un total de 67 millions journées (hors séances).

³ https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2554/atih_chiffres_cles_ssr_2017.pdf

Les séjours avec anomalies de chaînage (1,7 %) et les prestations inter établissements (0,0 %) ont été exclus du champ de l'étude. La situation en 2017 concerne les admissions de l'année, c'est-à-dire l'ensemble des séjours commencés en 2017, ainsi que les quelques séjours débutés avant 2017, mais étalés sur toute l'année 2017 et non terminés en fin d'année.

Dans le premier tableau, tous les séjours en SSR spécialisés pour les affections du système nerveux (SSR « système nerveux ») et pour les affections de l'appareil locomoteur (SSR « locomoteur ») ont été dénombrés, y compris ceux correspondant à une catégorie majeure (CM) autre que celles correspondant aux affections du système nerveux (CM 01) et aux affections ou traumatismes du système ostéo-articulaire (CM 08).

Dans la suite de l'étude, seules les affections relevant respectivement de la CM 01 et de la CM 08 ont été considérées, dans la mesure où les séjours relevant d'une autre CM sont peu nombreux (5 %) et aussi parce qu'en SSR, les lits ou places ne sont pas toujours strictement répartis entre mentions spécialisées. Pour cette raison et dans la mesure où les SSR « locomoteur » et « système nerveux » sont parfois situés dans un même service, correspondant à la spécialité médicale « médecine physique et de réadaptation », les séjours de la CM 01 codés en SSR « locomoteur » et ceux de la CM 08 codés en SSR « système nerveux » ont été réattribués à la spécialité correspondant à leur pathologie principale. (Dans le PMSI, 10 % de l'ensemble des séjours de la CM 01 sont en SSR « locomoteur » alors que 6 % de ceux de la CM 08 sont en SSR « système nerveux » ; ces deux ensembles sont d'effectif comparable, correspondant chacun à 4 % des séjours étudiés.)

Unités décomptées

Les patients admis dans l'année, leurs séjours, ainsi que les journées d'hospitalisation correspondantes (en 2017) ont été décomptés en raison de la situation particulière du champ SSR. En effet, les prises en charge y sont souvent longues, éventuellement émaillées de permissions ou de modifications du mode de prise en charge. Or le contexte administratif régissant la clôture des séjours SSR diffère selon le mode d'hospitalisation (en hospitalisation complète -HC, les séjours doivent être clôturés en cas d'absence supérieure à 48 heures, alors qu'en hospitalisation partielle -HP, la règle est beaucoup plus souple) ; de plus, une modification du mode de prise en charge (par exemple lorsque qu'une prise en charge initiale en hospitalisation complète est poursuivie en hospitalisation partielle) impose la clôture du séjour.

Les motifs des admissions ont été étudiés sur la base des groupes nosologiques (GN) de la classification élaborée par l'ATIH en vigueur au cours des années étudiées.

Certains GN ont toutefois été regroupés pour fluidifier la lecture des résultats et étudier les évolutions :

CM 01

- États végétatifs chroniques -États paucirelationnels : GN 0103
- Tumeurs malignes du système nerveux : GN 0106
- Lésions cérébrales traumatiques : GN 0109
- Paralyse cérébrale : GN 0118
- Polyneuropathies et autres affections des nerfs : GN 0121, 0124
- Démences : GN 0127
- Autres affections neuro dégénératives (à l'exclusion des démences) : GN 0130
- Lésions médullaires : GN 0134, 0135, 0137, 0138, 0139
- Accidents vasculaires cérébraux (AVC) : GN 0112, 0146, 0147, 0148
- Autres affections du système nerveux : GN 0145, 0115

CM 08

- Amputations : GN 0803
- Infections ostéoarticulaires : GN 0818
- Tumeurs malignes des os et des tissus mous : GN 0821
- Fractures compliquées ou multiples : GN 0824, 0870, 0871
- Fractures de l'extrémité supérieure du fémur : GN 0830, 0831, 0832, 0872
- Lésions traumatiques de la colonne vertébrale et du bassin : GN 0835, 0873, 0874
- Autres lésions traumatiques ostéo-articulaires : GN 0833, 0836, 0837
- Lésions articulaires et ligamentaires (épaule, genou) : GN 0838, 0839
- Arthrose avec implant articulaire (hanche, genou, épaule) : GN 0840, 0841, 0843
- Complication mécanique d'implant ostéo-articulaire : GN 0827
- Affections non traumatiques du rachis : GN 0856, 0875, 0876
- Arthropathies non infectieuses et ostéopathies : GN 0863, 0865, 0877, 0878
- Autres affections du système ostéo-articulaire : GN 0869

Analyse des données

Les patients de la CM 01 et de la CM 08 admis en SSR respectivement spécialisés pour les affections du système nerveux et de l'appareil locomoteur ont été catégorisés sur la base de leur première admission de l'année considérée ; c'est le GN de cette première admission qui a été considéré pour caractériser les pathologies des patients. Le niveau de dépendance des patients a été décrit à partir des cotations de la grille d'actes de la vie quotidienne (AVQ) reportées sur le premier résumé hebdomadaire anonyme (RHA) du premier séjour de l'année⁴.

Le nombre des admissions de chaque patient sur l'année a été calculé. En raison de la durée parfois importante des séjours SSR, le cumul des jours de présence en SSR spécialisé sur l'année considérée n'a été calculé que pour les patients ayant eu une première admission au cours du premier semestre, et décliné par mode d'hospitalisation (hospitalisation complète et hospitalisation de jour). En outre, compte tenu des modifications introduites en 2017 dans le PMSI SSR pour le calcul des journées de présence⁵, une journée a été soustraite de la valeur de cette variable pour les séjours en hospitalisation complète des années antérieures (sauf en cas de décès).

Enfin, des épisodes de soins ont été définis pour chaque patient, en considérant comme nouvel épisode de soin toute nouvelle admission ayant une « date d'entrée » (telle qu'elle figure dans la PMSI) distante de plus de 30 jours de la fin du séjour précédent.

Les évolutions survenues entre 2013 et 2017 ont été étudiées d'une part en termes de capacité en lits ou place déclarée dans l'enquête annuelle SAE et d'autre part en termes d'admissions (patients, séjours, journées de présence) pour éviter les double-comptes en cas de séjours commencés en fin d'année précédente, à l'exception des séjours étalés sur la totalité de l'année, considérés également comme des admissions de l'année.

Pour l'étude des disparités régionales, les capacités régionales en lits ou places ont été dénombrées à partir de la SAE et les densités correspondantes calculées en rapportant ces capacités à la population régionale âgée de 50 ans ou plus. Des indices comparatifs des taux de patients admis en SSR spécialisé ont été calculés par standardisation indirecte sur l'âge⁶, afin de pouvoir comparer directement chaque taux régional à la valeur 100 qui représente la moyenne nationale..

En 2017, 405 000 admissions ont été réalisées dans les SSR spécialisés pour les affections de l'appareil locomoteur ou pour les affections du système nerveux

En 2017, 405 000 admissions ont été réalisées en unité SSR spécialisée pour la prise en charge soit des affections de l'appareil locomoteur soit des affections du système nerveux, soit au total près de 9 300 000 journées de présence (ou équivalent pour les hospitalisations partielles) (*tableau 1*). La part des séjours commencés et terminés dans l'année (séjours dits « complets ») était de 89 %, alors que 10 % des admissions correspondaient à des séjours non achevés fin 2017 ; les séjours étalés sur toute l'année, commencés avant 2017 et non terminés fin 2017 étaient par contre peu nombreux (0,4 %).

Concernant les motifs d'hospitalisation dans ces SSR spécialisés, deux catégories majeures (CM) prédominent : la CM 08 qui correspond aux « affections et traumatismes du système ostéo-articulaire » et la CM 01, aux « affections du système nerveux » (5 % des admissions étaient classées dans une autre CM).

Pour ces séjours en SSR spécialisés, la finalité principale de prise en charge est le plus souvent la rééducation physique ou, plus rarement, l'ergothérapie ou la rééducation professionnelle, voire d'autres thérapies concernant les activités de la vie quotidienne (85 %). Dans une bien moindre mesure, les autres finalités sont pour l'essentiel : la mise en place ou l'ajustement de prothèses – externes ou internes – ou d'autres appareils (4 %), les examens ou bilans divers (4 %), puis les traitements médicamenteux (2 %) ou les soins post-chirurgicaux (1 %).

Plus des deux tiers de ces séjours ont été réalisés dans le secteur privé : 37 % dans un établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) et 31 % dans un établissement privé à but lucratif et seulement 31,5 % dans le secteur public.

⁴ Le PMSI SSR contient des évaluations de la dépendance des patients pour six actes de la vie quotidienne, cotés chacun de 1 à 4 selon le niveau de dépendance, la valeur 1 correspondant à l'indépendance pour la réalisation de l'acte et la valeur 4, à un besoin total d'assistance humaine. Un score de dépendance physique est obtenu par sommation des cotations des quatre activités suivantes : habillage, déplacement et locomotion, alimentation et enfin continence-hygiène de l'élimination. Le score cognitif additionne pour sa part les cotations du comportement et de la communication.

⁵ Jusqu'en 2016, le jour de sortie des hospitalisations complètes était compté comme une journée de présence en SSR. La règle a changé en mars 2017 pour aligner la journée de présence sur la journée facturée (basée sur la présence du patient à minuit). À partir de 2017, la journée de sortie n'est plus comptabilisée, sauf en cas de décès.

⁶ Souvent appelé « SMR » (Standardized Morbidity Ratio).

Tableau 1 • Admissions en SSR spécialisé pour les affections de l'appareil locomoteur ou du système nerveux (2017)

	CM 01	CM 08	Autres CM	Total
Nombre de séjours débutés dans l'année	152 209	233 206	20 006	405 421
Journées d'hospitalisation en 2017	3 598 756	5 346 484	354 384	9 299 624
<i>dont journées en hospitalisation complète (%)</i>	79,2%	73,5%	74,1%	75,8%
Type d'hospitalisation (%)				
Hospitalisation complète	48,3	57,8	44,3	53,5
Hospitalisation de jour	50,9	41,1	51,4	45,3
Autres hospitalisations partielles	0,8	1,1	4,3	1,2
Catégorie d'établissement (%)				
Centre hospitalier public	22,1	18,9	21,6	20,2
Centre hospitalier régional	16,3	7,4	18,3	11,3
Privé non lucratif	40,1	35,4	38,9	37,3
Privé lucratif	21,5	38,4	21,3	31,2
Type de suite de résumés hebdomadaires anonymes (RHA) (%)				
Séjours complets	88,3	90,1	88,2	89,4
Séjours non terminés fin 2017	11,0	9,7	10,9	10,2
Séjours débutés avant 2017 et non terminés fin 2017	0,7	0,2	0,9	0,4

Champ > France entière, tous types d'hospitalisation en SSR spécialisé pour les affections de l'appareil locomoteur ou en SSR spécialisé pour les affections du système nerveux. Les séjours débutés fin 2016 ont été exclus sauf en cas d'hospitalisation prolongée sur toute l'année 2017.

Sources > Bases nationales du PMSI SSR 2017 (ATIH).

Les patients admis en SSR spécialisé pour les affections de l'appareil locomoteur sont deux fois plus nombreux que ceux admis en SSR spécialisé pour les affections du système nerveux

Le nombre de patients admis en SSR spécialisé pour les affections de l'appareil locomoteur pour une affection relevant de la catégorie majeure 08 « affections ou traumatismes du système ostéo-articulaire », s'élève à près de 173 000 patients en 2017⁷, ce qui représente 46 % de l'ensemble des patients de la CM 08 en SSR (et 49 % des séjours de la CM 08).

Les patients de la CM 08 admis en SSR « locomoteur » sont majoritairement des femmes (57 %) (tableau 2). Leur âge moyen est de 58,6 ans, 53 % ayant moins de 65 ans et 47 %, 65 ans ou plus. Ils sont plus autonomes qu'en SSR polyvalent ou en SSR spécialisé pour la personne âgée dépendante ou à risque de dépendance dans la mesure où ces derniers hospitalisent plus fréquemment les patients les plus âgés (tableau complémentaire 1). En SSR « locomoteur », le score médian de dépendance physique est égal à 6 en début de séjour, 31 % ayant un score supérieur à 8 qui témoigne d'un besoin d'aide humaine pour les activités élémentaires de la vie quoti-

⁷ Voir annexe méthodologique pour les exclusions. Les patients de la CM 08 hospitalisés en unité SSR spécialisée pour les affections du système nerveux ont été assimilés aux patients en SSR spécialisé locomoteur.

dienne (habillage, alimentation, déplacement, continence). Le score médian de dépendance cognitive (établi à partir de la cotation des comportements et de la communication) était également très favorable, égal à 2.

Si un patient sur cinq a eu plusieurs séjours administratifs, la proportion de patients ayant effectivement eu plusieurs épisodes de soins, espacés d'au moins un mois, est beaucoup plus faible : 7,5 %⁸. Près de deux tiers des patients admis en SSR locomoteur ont eu au moins un séjour en hospitalisation complète (HC), avec une médiane de 28 jours pour le nombre total de journées de présence en HC au cours de l'année 2017. Quatre patients sur 10 ont eu une hospitalisation de jour, avec une médiane du nombre de journées de présence de 17 jours. Par ailleurs, 8 % des patients ont eu plusieurs modes d'hospitalisation en 2017.

Le poids de l'hospitalisation en secteur privé est prépondérant, soit 74 % des séjours (38 % dans le privé à but lucratif et 35 % en ESPIC) (tableau 1). Seuls 26 % des séjours sont réalisés dans le secteur public (7 % en CHR et 19 % en centre hospitalier) qui de fait, selon la SAE 2017, ne recouvre qu'à peine le quart des lits ou places de SSR spécialisé pour les affections de l'appareil locomoteur (24 %).

Pour ces séjours de la CM 08 hospitalisés en SSR spécialisé pour les affections de l'appareil locomoteur, les finalités principales de prise en charge les plus fréquentes sont la rééducation physique, voire l'ergothérapie, la rééducation professionnelle ou encore d'autres thérapies relatives aux activités de la vie quotidienne (89 %), la mise en place ou l'ajustement de prothèses ou d'autres appareils (5 %) ou, moins souvent, le besoin d'exams de suivi (2 %) (tableau complémentaire 3).

Tableau 2 • Caractéristiques des patients relevant de la CM 01 et de la CM 08 admis en SSR spécialisés pour les affections de l'appareil locomoteur ou du système nerveux en 2017

Patients admis en 2017 en SSR spécialisés pour les affections de l'appareil locomoteur ou du système nerveux	CM au premier séjour de l'année	
	CM 01	CM 08
Tous patients (N)	88 695	172 754
Âge moyen des patients (ans)	55,3	58,6
Distribution par classe d'âge (%)		
0-17 ans	7,6	4,4
18-64 ans	53,5	48,8
65-84 ans	34,7	40,7
≥ 85 ans	4,2	6,1
Sexe (%)		
Femmes	43,5	57,4
Hommes	56,5	42,6
Mode d'hospitalisation		
Patients avec séjour en hospitalisation complète (%)	57,3	65,4
Patients avec séjour en hospitalisation de jour (%)	53,7	41,4
Patients avec plusieurs modes d'hospitalisation* (%)	11,9	7,9
Journées de présence en 2017 (cumul sur l'année**)		
En hospitalisation complète : médiane (Q25, Q75)	40 (22, 82)	28 (20, 44)

⁸ Les règles administratives imposent de clôturer les séjours d'hospitalisation complète en cas d'absence d'une durée supérieure à 2 jours, en raison par exemple de transferts transitoires en court séjour ou de permissions. De plus, le séjour administratif doit être clôturé lorsqu'il y a un changement de mode d'hospitalisation (par exemple en cas de relais d'une hospitalisation complète par une hospitalisation de jour). Ces situations concourent à l'augmentation somme toute artificielle du nombre de séjours en SSR, et des réhospitalisations, au regard de la notion d'épisodes de soins définie ici par un délai de plus de 30 jours. En hospitalisation de jour, les règles administratives sont plus souples, acceptant des interruptions plus longues.

En hospitalisation de jour : médiane (Q25, Q75)	7 (2, 22)	17 (6, 28)
Chirurgie au cours des 30 jours précédents (%)	5,2	50,8
Provenance : transfert ou mutation depuis le court séjour (%)		
1 ^{ère} admission de l'année en hospitalisation complète	67,6	81,5
1 ^{ère} admission de l'année en hospitalisation de jour	0,6	7,7
Séjours antérieurs en rééducation fonctionnelle (2012-2016)*** (%)	46,0	24,6
Plusieurs épisodes de soins en 2017 (%)	16,9	7,5
Plusieurs admissions en 2017 (%)	34,2	19,9
Scores de dépendance à l'entrée (1^{er} séjour de l'année)		
Dépendance physique : médiane (Q25, Q75)	8 (5, 13)	6 (4, 9)
Dépendance cognitive : médiane (Q25, Q75)	3 (2, 5)	2 (2, 3)
Score RR (1^{er} RHA du séjour) : médiane (Q25, Q75)	88 (47, 135)	78 (51, 114)

* Parmi les 4 modes d'hospitalisation (hospitalisation complète, hospitalisation de jour, hospitalisation de nuit, séances).

** Cumul des journées de présence sur l'année des patients ayant eu une première admission au cours du premier semestre 2017.

*** En SSR spécialisé pour les affections de l'appareil locomoteur ou pour les affections du système nerveux.

Champ > France entière, patients admis pour affection de la CM 08 ou de la CM 01 en SSR spécialisé pour les affections de l'appareil locomoteur ou pour les affections du système nerveux.

Sources > Bases nationales du PMSI SSR 2017 (ATIH).

En SSR spécialisé pour les affections de l'appareil locomoteur, trois patients sur dix sont admis après pose d'implant articulaire et près d'un sur quatre pour une affection non traumatique du rachis

Selon la classification en vigueur en SSR, les pathologies prises en charge sont regroupées en groupes nosologiques (GN) selon la morbidité principale, qui prend en compte la finalité principale de prise en charge (FPP), la manifestation morbide principale (MMP) et l'affection étiologique (AE) voire, dans certains cas, les diagnostics associés. Pour cette étude, les GN ont fait l'objet de regroupements.

En SSR spécialisé pour les affections de l'appareil locomoteur, le groupe de patients numériquement le plus important concerne les suites de pose d'implant articulaire, au niveau du genou, de la hanche ou de l'épaule (*tableau 3*). Ce groupe représente trois patients en SSR locomoteur sur dix, et même le tiers si l'on y ajoute les patients avec complication mécanique d'implant. Dans ce groupe, prédominent les patients avec prothèse de genou (70 % des cas) qui sont presque trois fois plus nombreux que ceux avec prothèse de hanche (24 %), bien que ces dernières soient plus fréquentes en court séjour (+42 % en 2017).

Le deuxième groupe comprend les patients hospitalisés pour affections non traumatiques du rachis (24 %, mais 16 % en termes de jours de présence). Dans ce groupe, c'est le GN « scolioses, hernies discales et autres dorsalgies » qui prédomine, son poids étant plus important dans les SSR « locomoteur » situés dans des CHR/CHRU, où ils représentent 30 % des patients de la CM 08 hospitalisés en SSR locomoteur.

Les suites de lésions traumatiques de l'appareil locomoteur représentent le troisième groupe de patients (16 %), mais le second en termes de journées d'hospitalisation (24,5 %). Ce groupe comprend principalement des patients hospitalisés à la suite de fractures de l'extrémité supérieure du fémur (4,3 % des patients de la CM 08 admis en SSR « locomoteur ») qui représentent une population en moyenne plus âgée (77,2 ans), plus féminine (69 % de femmes) et plus dépendante (score médian de dépendance physique égal à 11) que l'ensemble des patients en SSR « locomoteur » ; viennent ensuite les patients avec fractures multiples ou compliquées (3 % des patients, mais 6 % en termes de journées) qui concernent une population à la fois plus jeune (53,7 ans) et un peu plus masculine (52 % d'hommes), puis ceux avec lésion traumatique du bassin ou de la colonne vertébrale (2 %). (Les autres lésions traumatiques ostéo-articulaires concernent près de 6 % des patients de la CM 08 en SSR « locomoteur », 3 % pour autres fractures du membre inférieur.)

Tableau 3 • Hospitalisations en SSR locomoteur : principales caractéristiques des patients de la CM 08 admis en 2017 selon les pathologies

	Patients				Séjours			
	Nombre de patients	Sexe		Âge moyen	Plusieurs épisodes de soins en 2017	Séjours en hospitalisation complète	Nombre d'admissions	Journées de présence en 2017
	% (col)	Femmes	Hommes		%	%	% (col)	% (col)
Arthrose avec implant articulaire (hanche, genou, épaule)	31,2	65,9	34,1	71,1	3,0	81,1	26,6	27,6
Complication mécanique d'implant ostéoarticulaire	2,7	62,8	37,2	68,6	5,6	77,6	2,8	3,6
Affections non traumatiques du rachis	24,3	59,6	40,4	49,5	11,3	40,5	25,2	16,4
Fractures de l'extrémité supérieure du fémur	4,3	69,4	30,6	77,2	2,6	91,3	3,8	6,2
Fractures compliquées ou multiples	2,9	47,7	52,3	53,7	6,1	66,9	3,4	5,7
Lésions traumatiques de la colonne vertébrale et du bassin	2,1	50,3	49,7	58,3	4,2	74,3	2,1	3,0
Autres lésions traumatiques ostéo-articulaires	6,3	54,4	45,6	56,7	6,2	54,5	6,8	9,6
Lésions articulaires et ligamentaires (épaule, genou)	11,7	43,4	56,6	42,6	9,7	34,8	11,7	10,4
Arthropathies non infectieuses et ostéopathies	5,5	59,9	40,1	52,9	10,7	49,4	6,3	5,3
Amputations	4,3	23,8	76,2	61,3	15,8	51,1	5,5	6,8
Autres affections du système ostéoarticulaire	3,4	55,8	44,3	46,3	11,6	36,5	3,9	3,0
Infections ostéoarticulaires	1,1	42,1	57,9	63,8	7,4	77,6	1,5	2,1
Tumeurs malignes des os et des tissus mous	0,2	48,3	51,7	50,1	11,1	61,9	0,3	0,3
Toute la CM 08	172 754	57,4	42,6	58,6	7,5	57,8	233 206	5 346 484

Champ > France entière, patients admis en 2017 pour affection de la CM 08 en SSR spécialisé pour les affections de l'appareil locomoteur.

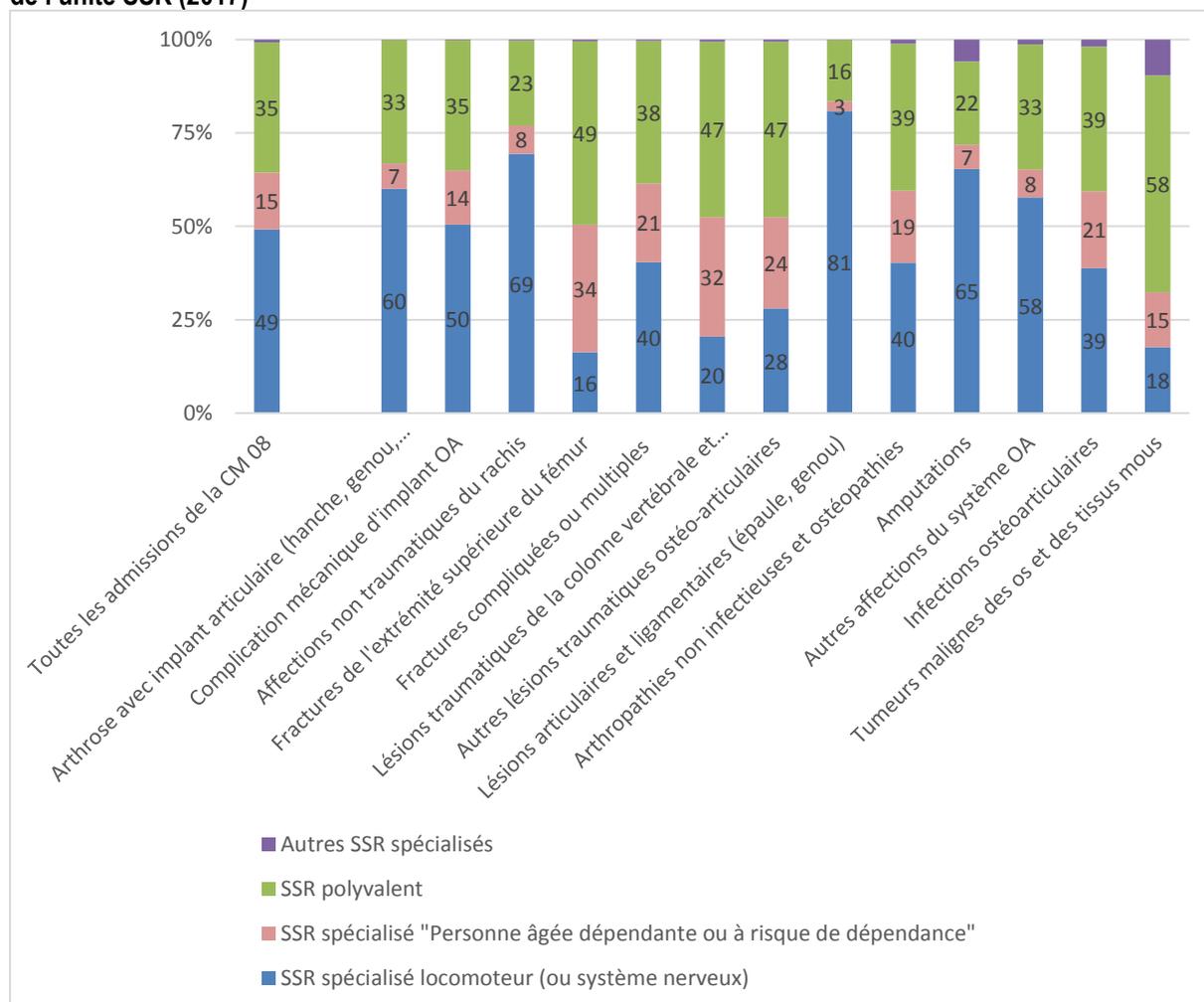
Sources > Bases nationales du PMSI SSR 2017 (ATIH).

Le quatrième groupe, en termes d'importance numérique, concerne les patients avec lésions articulaires et ligamentaires de l'épaule ou du genou qui représentent 12 % des patients et le cinquième, les arthropathies non infectieuses et les ostéopathies, 5,5 %.

Enfin, 4 % des patients (7 % des journées), dont une majorité d'hommes (76 %) sont hospitalisés pour des suites d'amputation. Leurs réhospitalisations sont plus fréquentes, ce groupe ayant aussi la proportion la plus élevée (dans la CM 08) de patients hospitalisés au cours des années précédentes (50 %). Les finalités principales des séjours de ces patients se démarquent nettement des autres groupes, avec une prééminence des séjours pour mise en place ou ajustement de prothèse ou appareil orthopédique (48 %), sur ceux pour rééducation physique ou ergothérapie (42 %). Dans près des deux tiers des cas (63 %), ces patients sont pris en charge en ESPIC.

Les affections de la CM 08 surreprésentées en SSR locomoteur, comparativement aux autres SSR, sont en premier lieu les lésions articulaires et ligamentaires de l'épaule ou du genou pour lesquels huit admissions sur dix sont en SSR « locomoteur » (graphique 1). Viennent ensuite les affections non traumatiques du rachis (sept sur dix), les amputations (deux sur trois) ainsi que les suites de pose d'implant articulaire (six sur dix). À l'opposé, les patients avec tumeurs malignes des os ou des tissus mous et ceux avec lésions traumatiques de l'appareil locomoteur, autres que les fractures multiples ou compliquées, y sont assez peu représentés : parmi les séjours SSR, seuls 18 % de ceux avec tumeur des os ou tissus mous, 16 % de ceux avec fracture du col du fémur, 20,5 % de ceux avec fracture de la colonne vertébrale ou du bassin se déroulent en SSR spécialisé locomoteur.

Graphique 1 • Distributions des admissions pour affection de la CM 08 selon la spécialisation de l'unité SSR (2017)



Champ > France entière, admissions en SSR pour affection de la CM 08.
Sources > Bases nationales du PMSI SSR 2017 (ATIH).

Le nombre de patients admis en SSR « locomoteur » a augmenté de 7 % entre 2013 et 2017

Selon la statistique annuelle des établissements de santé (SAE), le nombre de lits SSR correspondant à la mention spécialisée « affections de l'appareil locomoteur » a augmenté de 12 % entre 2013 et 2017, et celui des places pour l'hospitalisation partielle de 32 %, soit 16 % pour le nombre global de lits ou places.

Parallèlement, le nombre de patients admis en SSR locomoteur pour affection de la CM 08, en cours d'année, a augmenté de 7 % durant cette même période, alors que le nombre des admissions (séjours débutés dans l'année) augmentait de 12 % et celui des journées de présence correspondantes, de 10 % (*graphique 2*). La hausse des admissions est essentiellement due au développement de l'hospitalisation partielle qui a augmenté de 35 %, alors qu'il y a eu quasi stabilité des admissions en hospitalisation complète entre 2013 et 2017 (-1 %).

La hausse des admissions varie selon le statut de l'établissement. En termes d'évolution relative, elle prédomine dans les centres hospitaliers régionaux (CHR :: +40 %), contre 20 % dans le privé lucratif, 10 % dans les centres hospitaliers (CH) et 1 % dans les ESPIC. Toutefois, du fait d'un fort développement initial du secteur privé lucratif, l'évolution dans ce secteur est responsable de 61 % de l'augmentation globale du nombre d'admissions observée sur la période (20 % pour les CHR, 17 % pour les CH et 2,1 % pour les ESPIC).

Ces évolutions varient aussi selon les pathologies. Compte tenu de leur poids en SSR locomoteur, ainsi que de leurs évolutions respectives, cinq groupes de pathologies expliquent l'essentiel de l'augmentation du nombre de journées d'hospitalisation des affections de la CM 08 dans ce SSR spécialisé.

Il s'agit en premier lieu des affections non traumatiques du rachis, pour lesquelles on observe une augmentation conjuguée des patients (+28,5 %), des séjours en hospitalisation complète (+17,4 %) et plus encore en hospitalisation partielle (+55,5 %), soit une augmentation du nombre de journées de 33 %, qui représente 44 % de l'augmentation globale des journées observées pour la CM 08 en SSR locomoteur. Ces séjours concernent pour l'essentiel le reconditionnement musculaire et la rééducation à l'effort de patients lombalgiques chroniques.

Un cinquième de l'augmentation du nombre de journées est dû aux suites de pose d'implant articulaire, pour lesquelles l'évolution est plus contrastée : le nombre des patients admis a peu évolué sur la période considérée (+1 %). Les séjours en HC ont diminué de 3 %, alors que ceux en HP ont augmenté de 35 %. Parallèlement, les interventions pour prothèse de hanche ou de genou ont augmenté de 13 % entre 2013 et 2017. Ce constat suggère des suites davantage orientées vers le secteur ambulatoire⁹, du fait notamment du développement progressif du programme PRADO orthopédique, initié en 2012 par l'Assurance maladie pour organiser et faciliter le retour à domicile des patients après intervention chirurgicale. On peut aussi invoquer l'effet de l'incitation à davantage d'orientation vers l'ambulatoire de la procédure de « mise sous accord préalable » (MSAP), mise en place par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) dans les établissements de court séjour ayant un taux élevé de transfert en SSR.

Le troisième groupe concerne les patients avec lésions traumatiques, ce groupe n'étant pas homogène. L'augmentation est particulièrement importante pour les lésions traumatiques localisées à la colonne vertébrale ou au bassin, avec une augmentation marquée des séjours en HP, mais aussi en HC. Il est probable que les modifications de la classification introduites en 2017, expliquent une part de cette augmentation, avec en miroir une baisse pour les fractures compliquées ou multiples ; mais une partie de cette hausse pourrait aussi être liée à celle des hospitalisations pour fracture « de la colonne vertébrale ou des os du tronc » observée en court séjour (+25 % entre 2013 et 2017¹⁰). Il y a également une augmentation du groupe « autres lésions traumatiques ostéo-articulaire », dont une part provient d'une évolution du recrutement de patients aux dépens du SSR polyvalent. Il y a, par contre, une nette diminution de la prise en charge des fractures du col du fémur en SSR locomoteur, tant en termes de patients que d'admissions et de journées de présence¹¹.

⁹ D'autant que la part du SSR spécialisé pour les affections de l'appareil locomoteur dans la prise en charge de ces patients, comparativement aux autres types de SSR, a très légèrement augmenté durant la période.

¹⁰ L'essentiel de cette hausse (78 %) concerne la population âgée de 65 ans ou plus.

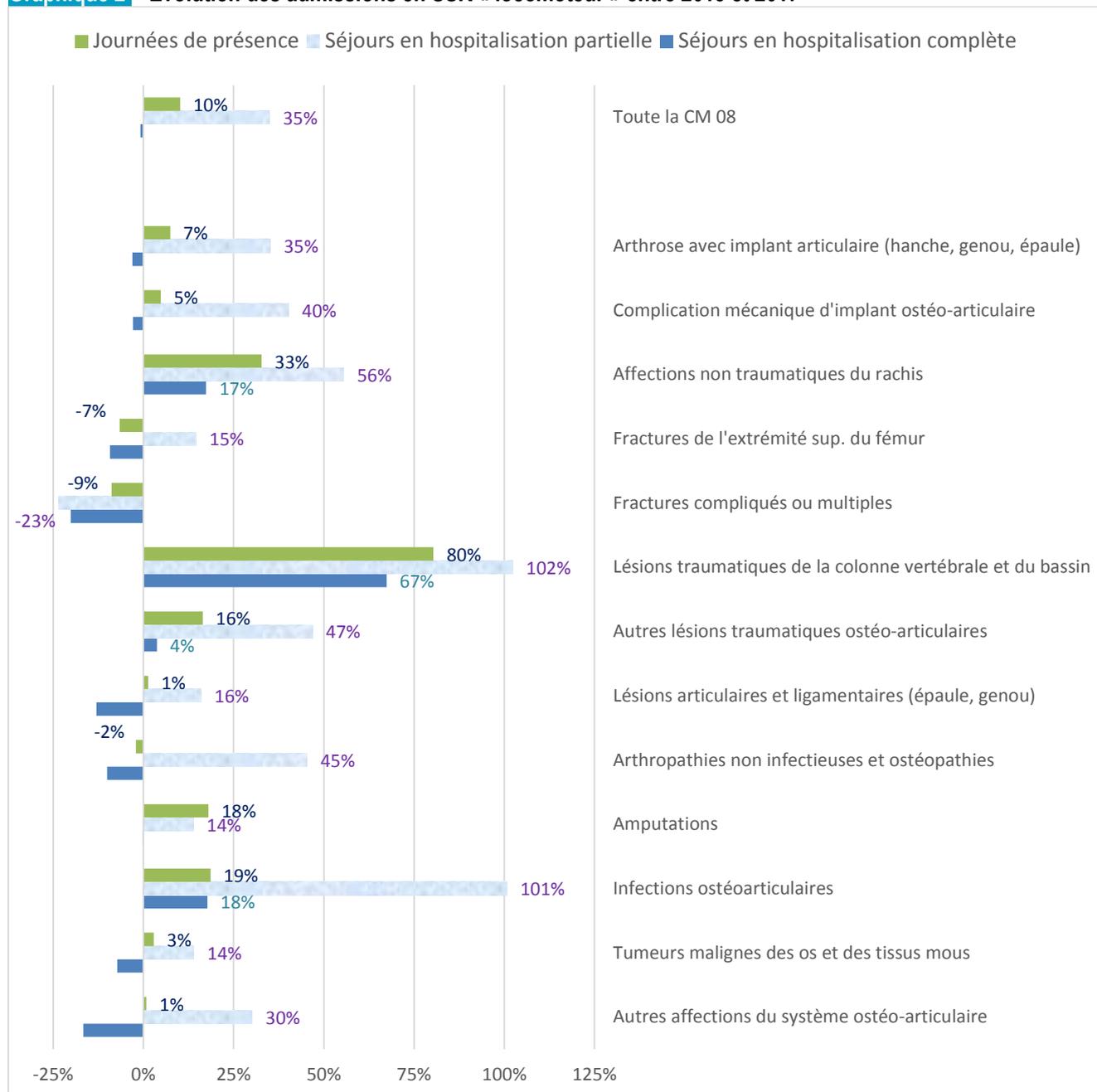
¹¹ Selon les données en ligne sur le site « Datadrees », le nombre de séjours MCO pour fracture du col du fémur a augmenté de 7 % entre 2013 et 2017.

Le quatrième groupe pesant sur l'augmentation des journées en SSR locomoteur correspond aux suites d'amputations, pour lesquelles il y a une croissance de 18 % pour les journées, due à l'augmentation des patients (+9 %) et des séjours en HP (+14 %).

Le cinquième groupe correspond aux infections ostéo-articulaires dont la croissance est de 19 % en termes de journées, et de 101 % pour les séjours en hospitalisation partielle (patients +21 %, séjours en HC +18 %).

L'impact sur l'évolution globale du nombre de journées est par contre plus marginal pour les lésions articulaires et ligamentaires de l'épaule et du genou, les tumeurs malignes des os et des tissus mous, les complications mécaniques d'implant et les ostéopathies non infectieuses et ostéopathies. Il y a en outre décroissance, comme indiqué ci-dessus, du nombre de journées pour les fractures de l'extrémité supérieures du fémur et pour les fractures compliquées ou multiples.

Graphique 2 • Évolution des admissions en SSR « locomoteur » entre 2013 et 2017



Champ > France entière, patients admis en cours d'année pour affection de la CM 08 en SSR spécialisé pour les affections de l'appareil locomoteur.
Sources > Bases nationales 2013 et 2017 du PMSI SSR (ATIH).

En SSR spécialisé pour les affections du système nerveux, la part des patients avec pathologies chroniques est plus importante

Le nombre de patients admis pour une affection du système nerveux en SSR spécialisé pour les affections du système nerveux en 2017 est de près de 89 000, ce qui représente 49 % de l'ensemble des patients de la CM 01 admis en SSR et 55 % des séjours. Les patients de ce SSR spécialisé sont majoritairement des hommes (56,5 %) et ils sont plus jeunes qu'en SSR « locomoteur » : l'âge moyen est de 55,3 ans, 61 % ayant moins de 65 ans et 39 % étant plus âgés (35 % ont entre 65 ans et 84 ans) (*tableau 2*). Leur score initial médian de dépendance physique est plus élevé (8) et la part de patients avec un score supérieur à 8, égale à 49 %. Le score cognitif est aussi moins favorable qu'en SSR locomoteur, avec une valeur médiane à 3.

Les patients en SSR spécialisé « système nerveux » sont par contre plus jeunes et plus autonomes que ceux hospitalisés en SSR polyvalent ou en SSR spécialisé pour la personne âgée dépendante ou à risque de dépendance pour affection de la CM 01. Leur score médian de rééducation réadaptation en première semaine, qui représente le volume de rééducation, est en outre plus élevé (*tableau complémentaire 2*).

Pour ces séjours en SSR spécialisé « système nerveux », la finalité principale de prise en charge la plus fréquente est la rééducation physique (75,5 %) à laquelle on peut rapprocher les séjours pour réadaptation (ergothérapie, rééducation professionnelle ou pour autres thérapies concernant les activités de la vie quotidienne : 6 %) (*tableau complémentaire 4*). Viennent ensuite les recours pour examens ou avis divers (5 %) et ceux pour traitement médicamenteux, notamment de la spasticité (« chimiothérapie non tumorale » : 4 %).

En effet, les patients sont souvent atteints de pathologies neurologiques chroniques nécessitant un suivi spécialisé. Ainsi, la part des patients ayant eu plusieurs épisodes de soins espacés d'au moins un mois est de 17 % (celle des patients ayant eu plusieurs admissions en 2017, de 34 %).

Près de six patients sur dix ont eu une hospitalisation complète, avec des hospitalisations généralement plus longues que pour les patients en locomoteur, soit 40 jours pour le nombre médian de l'ensemble journées de présence en HC au cours de l'année 2017, le premier quartile correspondant à une durée inférieure à 22 jours et le quatrième, à une durée d'au moins 82 jours.

Les hospitalisations de jour sont à la fois plus fréquentes et plus courtes qu'en SSR locomoteur : la moitié des patients ont eu au moins un séjour en HJ, mais avec une médiane du nombre de journées de présence sur l'année égale à 7 jours pour ce mode d'hospitalisation (contre 17 en locomoteur) et une part élevée de séjours très brefs (un seul jour sur l'année : 21 %). De plus, 12 % des patients ont eu plusieurs modes d'hospitalisation.

La part du privé reste prépondérante (*tableau 1*) : 62 % des admissions, mais avec une prédominance des ESPIC (40 %, contre 21,5 % dans le secteur privé à but lucratif). La part du secteur public, minoritaire, est toutefois plus élevée que pour les affections de l'appareil locomoteur, puisqu'il concerne 38 % des séjours (16 % en CHR et 22 % en centre hospitalier général)¹².

Le tiers des patients en SSR spécialisé pour les affections du système nerveux sont hospitalisés dans les suites d'un accident vasculaire cérébral

En SSR spécialisé pour les affections du système nerveux, les patients les plus nombreux sont les victimes d'accident vasculaire cérébral (AVC : 32 % des patients et 41 % des journées) (*tableau 4*). Ces patients sont proportionnellement plus nombreux dans les centres hospitaliers (38 %) et les établissements privés lucratifs (39,5 %) que dans les autres secteurs. Leur âge moyen est de 64,8 ans et la majorité d'entre eux sont des hommes (59 %). Leur score initial de dépendance physique est assez élevé (médiane à 10), ainsi que leur score cognitif (4). La finalité principale de prise en charge prédominante est la rééducation-réadaptation (90 % des séjours). Plus du tiers de ces patients ont eu plusieurs séjours SSR en 2017 et 12,5 %, plusieurs épisodes de soins. À ce groupe, pourraient être rapprochés les patients hospitalisés pour hémiplégié (voire monoplégie...),

¹² Selon la SAE 2017, 31 % des lits ou places en SSR spécialisé pour les affections du système nerveux se trouvent dans le secteur public, 44 % dans le secteur privé non lucratif et 25 % dans le secteur privé lucratif.

c'est-à-dire pour une possible séquelle d'AVC¹³, qui sont classés dans le groupe « autres affections du système nerveux » où ils représentent plus de la moitié des patients.

Les patients hospitalisés pour maladies neurodégénératives (hors démences), telles la sclérose en plaque, la maladie de Parkinson, la sclérose latérale amyotrophique, *etc.* représentent le deuxième groupe de patients neurologiques en termes d'importance numérique. Leur âge moyen (58 ans) est plus jeune que celui des patients hospitalisés après AVC et la majorité d'entre eux sont des femmes (54 %). Six patients sur dix avaient déjà été hospitalisés en SSR au cours des années précédentes (60 %) et près du tiers ont eu plusieurs séjours en 2017, 20 % ayant effectivement eu plusieurs épisodes de soins.

En troisième position se situe le regroupement « autres affections du système nerveux » qui regroupe les GN « certaines affections cérébrales » et « autres affections du système nerveux » dont on a vu plus haut qu'il comprend de nombreux patients avec séquelles neurologiques. Ce groupe est assez jeune (55 ans) et majoritairement masculin (56 %).

Viennent ensuite les patients atteints de lésions ou affections médullaires (12 % des patients, 13,5 % des journées), dont 51 % sont atteints de paraplégie et 37 % de tétraplégie. Ce groupe est relativement jeune, avec un âge moyen de 51 ans, et majoritairement masculin (63 %). Plus de la moitié d'entre eux avaient été hospitalisés au cours des années précédentes et quatre sur dix ont eu plusieurs séjours en 2017 (plusieurs épisodes de soins : 20 %).

La part de patients hospitalisés pour polyneuropathies ou pour autres affections des nerfs est de 8 % (journées de présence : 7 %). Dans ce groupe, les réhospitalisations sont moins fréquentes (26 %) et les scores médians de dépendance plus favorables (7 pour la dépendance physique et 2 pour la dépendance cognitive).

Les patients avec paralysie cérébrale représentent 6 % de la patientèle (10 % en ESPIC où plus de la moitié d'entre eux, 54 %, sont hospitalisés), mais seulement 3 % des journées de présence. Ils constituent le groupe le plus jeune, avec un âge moyen de 21,7 ans. Les deux tiers d'entre eux ont déjà eu une hospitalisation en réadaptation fonctionnelle entre 2012 et 2016 (67 %) et 43 % ont eu plusieurs séjours courant 2017. Si la finalité principale la plus fréquente reste la rééducation ou la réadaptation fonctionnelle (49 %), la part des recours pour autre finalité est importante : 17 % pour examens, 10,5 % pour mise en place ou ajustement de prothèse ou autre matériel et 10 % pour thérapeutique médicamenteuse.

Les lésions cérébrales traumatiques concernent près de 5 % des patients et 6 % en termes de journées de présence. Ce groupe est très majoritairement masculin (73 %) et relativement jeune (44,4 ans en moyenne). Ces patients ont un score physique médian (8) identique à celui de la CM 01, mais un score cognitif plus défavorable (4 *versus* 3).

En SSR spécialisés pour les affections du système nerveux, les groupes les moins nombreux, sont les patients atteints de tumeurs malignes du système nerveux (2 %), les patients atteints de démences (1 %) et ceux en états végétatifs chroniques ou pauci-relationnels (0,4 %).

¹³ Mais pas seulement, d'autres étiologies neurologiques sont possibles.

Tableau 4 • Hospitalisations en SSR « système nerveux » : principales caractéristiques des patients de la CM 01 admis en 2017 selon les pathologies

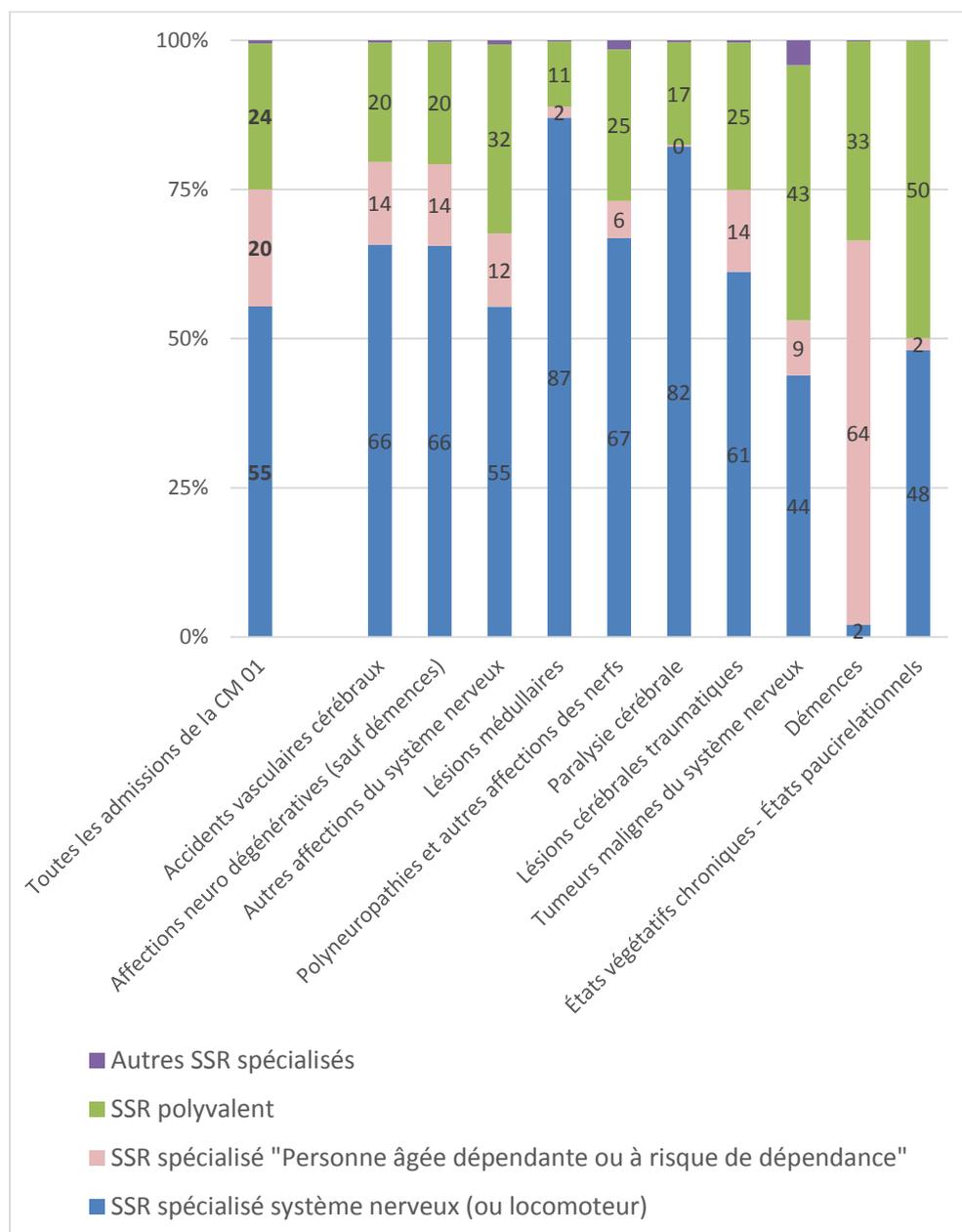
	Patients					Séjours		
	Nombre de patients	Sexe		Âge moyen	Plusieurs épisodes de soins en 2017	Séjours en hospitalisation complète	Nombre d'admissions	Journées de présence en 2017
	% (col)	Femmes (%)	Hommes (%)		%	%	% (col)	% (col)
Accidents vasculaires cérébraux	32,0	40,9	59,1	64,8	12,5	57,8	30,9	41,3
Affections neurodégénératives (sauf démences)	18,1	54,1	45,9	58,0	19,6	41,7	17,3	11,5
Autres affections du système nerveux	15,2	43,8	56,2	55,0	20,0	41,1	15,2	12,1
Lésions médullaires	11,9	36,9	63,1	51,0	20,1	49,1	13,0	13,5
Polyneuropathies et autres affections des nerfs	8,3	45,5	54,5	51,2	10,0	48,0	7,7	6,7
Paralysie cérébrale	6,4	46,0	54,0	21,7	32,4	25,2	7,6	3,4
Lésions cérébrales traumatiques	4,9	26,6	73,4	44,4	13,6	57,5	5,1	6,4
Tumeurs malignes du système nerveux	1,9	48,9	51,1	49,7	14,7	53,9	1,9	2,0
Démences	0,9	50,0	50,0	77,5	6,6	74,1	0,6	0,8
États végétatifs chroniques - États paucirelationnels	0,4	38,1	61,9	43,6	6,4	94,2	0,6	2,4
Toute la CM 01	88 695	43,5	56,5	55,3	16,9	48,29	152 209	3 598 756

*Champ > France entière, patients hospitalisés pour affection de la CM 01 en SSR spécialisé pour les affections du système nerveux.

Sources > Bases nationales du PMSI SSR 2017 (ATIH).

Les affections de la CM 01 surreprésentées en SSR « système nerveux », comparativement aux autres SSR, sont en premier lieu les lésions médullaires pour lesquelles 87 % des admissions se font en SSR « système nerveux » et les paralysies cérébrales (82 %) (*graphique 3*). Viennent ensuite les polyneuropathies et autres affections des nerfs (67 %), les AVC (66 %) et les maladies neurodégénératives autres que la démence (65,5 %). Les démences y sont par contre très peu représentées (2 %), le secteur SSR prédominant pour leur prise en charge étant les SSR pour personne âgée dépendante ou à risque de dépendance (64 %).

➤ **Graphique 3** • Distributions des admissions pour affection de la CM 01 selon la spécialisation de l'unité SSR (2017)



Champ > France entière, admissions en SSR pour affection de la CM 01.
Sources > Bases nationales du PMSI SSR 2017 (ATIH).

Le nombre de patients admis en SSR « système nerveux » a augmenté de 30 % entre 2013 et 2017

Dans un contexte démographique caractérisé par le vieillissement de la population, la capacité des SSR spécialisés pour les affections du système nerveux a augmenté notablement entre 2013 et 2017 : +20 % pour les lits et +48 % pour les places d'hospitalisation partielle, soit globalement +25 %. Ces évolutions ont eu pour effet d'augmenter le poids de ce SSR dans la prise en charge des affections relevant de la CM 01 avec une réduction en miroir des séjours en SSR « polyvalent ».

Le nombre de patients admis dans l'année a augmenté de 30 % (*graphique 4*). C'est également le cas pour le nombre de séjours débutés dans l'année, mais avec une différenciation selon le mode d'hospitalisation : +12 % pour l'hospitalisation complète et +51 % pour l'hospitalisation partielle. L'augmentation du nombre de journées de présence sur l'année est de 19 %.

La hausse relative des admissions est plus marquée dans le secteur privé lucratif (+50 %) et dans les CHR (+45 %), mais avec une certaine homogénéité de la distribution du nombre d'admissions supplémentaires dans les différents secteurs, dont la part s'échelonne entre 22 % (en CHR) et 31,5 % (dans le privé lucratif), avec 23 % pour les CH et aussi les ESPIC.

Avec le développement de l'hospitalisation partielle, on observe une évolution des finalités principale de prise en charge (FPP), avec une augmentation notable des séjours dont la FPP traduit les parcours de patients chroniques, notamment les séjours pour « chimiothérapie non tumorales » +190 %¹⁴, pour examen (+79 %) ou encore pour bilan ou ajustements de prothèses ou autres matériels (+72 %).

Les évolutions à la hausse sont observées pour tous les regroupements de pathologies. Quatre groupes de pathologies expliquent à eux seuls 80 % de l'augmentation des journées observée entre 2013 et 2017. Les accidents vasculaires cérébraux (41 %), les affections dégénératives autres que les démences (17,5 %), les « autres affections du système nerveux » (15 %), et les polyneuropathies et autres affections des nerfs (7 %).

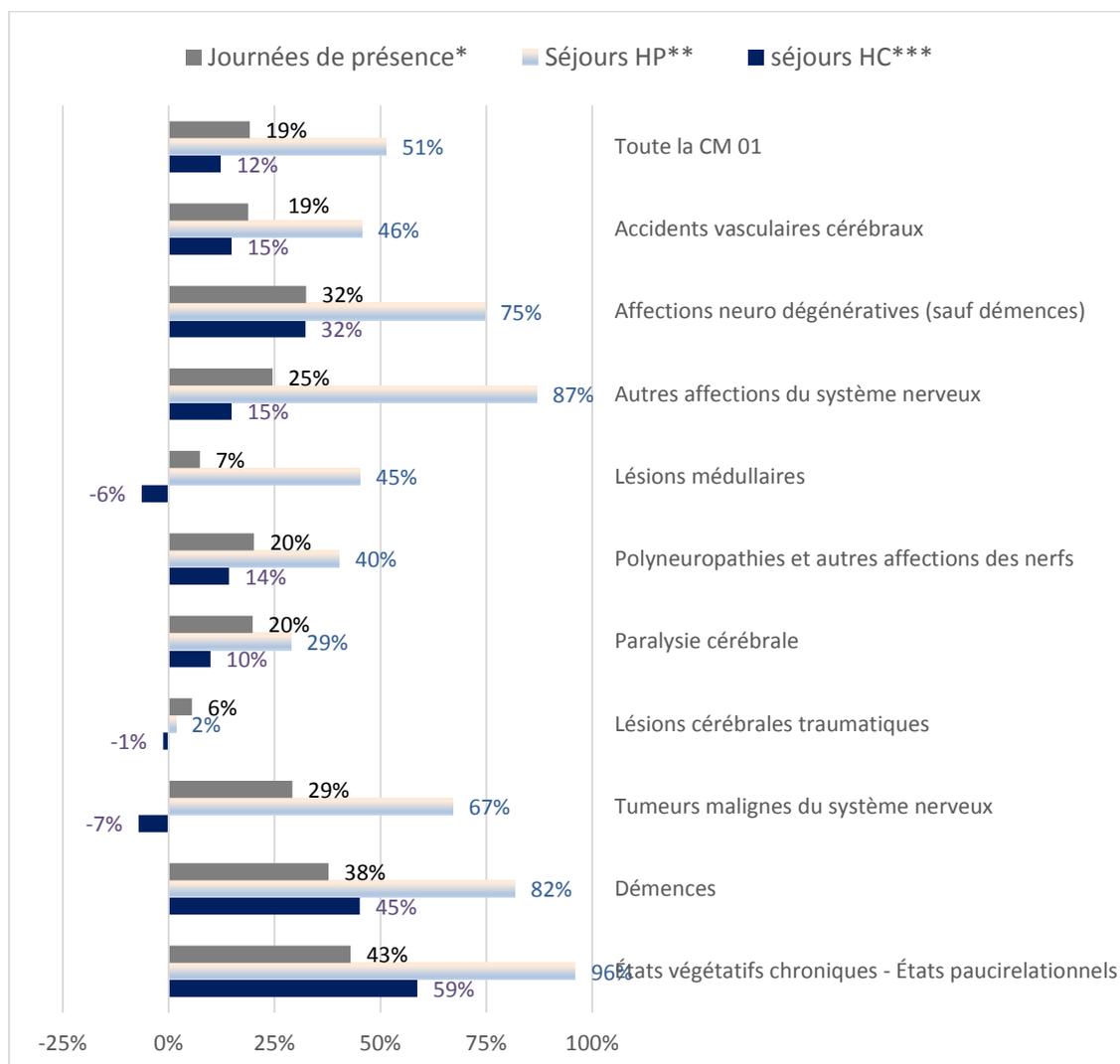
L'évolution relative de la prise en charge des patients admis après accident vasculaire cérébral (AVC) est assez comparable à celle de l'ensemble de la CM 01 : elle est un peu plus faible en termes de patients (+23 %) et de séjours en hospitalisation partielle (+46 %), mais comparable pour les admissions en hospitalisation complète (+15 %) et pour les journées de présence (+19 %). Ces évolutions sont dues à la hausse du nombre d'AVC dans la population (compte tenu de son augmentation et de son vieillissement), à la progression du taux de patients AVC transférés en SSR après l'hospitalisation en court séjour, mais aussi au poids croissant du SSR spécialisé pour les affections du système nerveux dans la prise en charge des AVC en SSR (59 % en 2013 et 66 % en 2017).

Une augmentation notable des admissions est observée pour les patients avec affections neurodégénératives, hors démences, en hospitalisation complète et en hospitalisation partielle : +44 % pour les patients, +32 % pour les séjours en HC, +75 % pour ceux en HP et +32,5 % pour les journées de présence.

L'augmentation est également marquée pour les patients admis pour une affection relevant du regroupement « autres affections du système nerveux » qui comprend de nombreux patients avec séquelles neurologiques, susceptibles d'avoir besoin de séjours pour bilan, pour traitement de la spasticité ou pour réinduction de la rééducation ou de la réadaptation. Ce groupe a augmenté de 51,5 % en termes de patients et de 25 % en termes de journées : cette évolution est essentiellement portée par les séjours en hospitalisation partielle, dont le nombre a augmenté de 87 % durant la période.

¹⁴ Les évolutions du financement des médicaments peuvent également avoir un impact sur cette évolution du codage de la FPP. Les principaux groupes pesant sur cette augmentation sont les « autres affections du système nerveux », les lésions médullaires, les affections neurodégénératives (hors démences), les paralysies cérébrales et les accidents vasculaires cérébraux.

Graphique 4 – Évolution des admissions en SSR spécialisé pour les affections du système nerveux entre 2013 et 2017



*Journées de présence en 2017 des admissions de l'année.

** Admissions en hospitalisation partielle (de jour essentiellement, de nuit, séances).

*** Admissions en hospitalisation complète.

Champ > France entière, patients admis pour affection de la CM 01 en SSR spécialisé pour les affections du système nerveux.

Sources> Bases nationales 2013 et 2017 du PMSI SSR (ATIH).

Concernant les polyneuropathies et autres affections des nerfs, l'augmentation est de 26 % pour les patients, 14 % pour les admissions en hospitalisation complète, 40 % pour celles en HP et 20 % pour les journées.

Viennent ensuite les patients avec lésions médullaires, dont le nombre a augmenté de 22 % et les journées de 7 %, cette hausse étant due à celle de l'hospitalisation partielle (+45 %), tandis que les admissions en HC ont diminué sur la période (-6,4 %). On observe aussi une forte augmentation des séjours et journées de patients en état « végétatif chronique ou pauci-relationnels » (+60,5 % et +43 %) dont le poids sur les évolutions des journées en SSR « système nerveux » est plus réduit en raison de leur faible nombre. L'évolution est également d'impact global limité pour les patients avec paralysie cérébrale (séjours : +23,5 %, journées +20 %) et surtout pour ceux avec lésion cérébrale traumatique (+3 % en termes de patients, mais stabilité du nombre de séjours, avec augmentation de 5,5 % pour les journées de présence dans l'année).

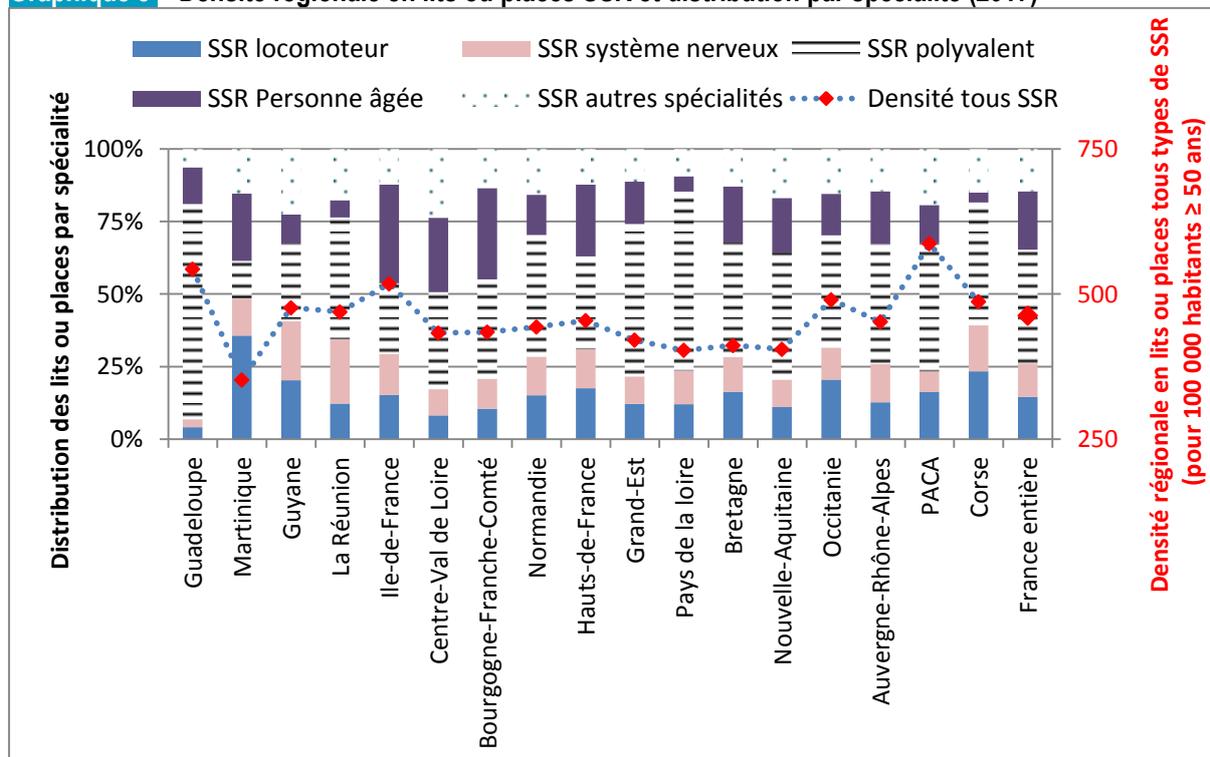
De fortes disparités régionales des taux de patients admis dans les SSR spécialisés locomoteur et système nerveux

Les disparités de l'offre régionale globale en lits ou places de soins de suite et de réadaptation (tous SSR, polyvalents et spécialisés) pour 100 000 habitants de 50 ans ou plus sont patentées¹⁵. Au niveau régional, les capacités d'accueil inférieures d'au moins 10 % par rapport à la moyenne nationale ont été observées dans les régions Bretagne, Pays de la Loire, Nouvelle-Aquitaine, Martinique (-24 %) et surtout à Mayotte, où il n'y avait pas d'établissement SSR en 2017. Elles sont par contre supérieures d'au moins 10 % dans les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA : +27 %), Guadeloupe et Île-de-France. Des disparités infrarégionales sont de plus fréquentes¹⁶.

Outre la capacité globale en SSR, la répartition des lits ou places entre spécialités SSR peut différer entre régions, induisant des cartographies variables selon les spécialités SSR (*graphique 5*). De fait, le coefficient de variation des densités régionales en lits ou places, qui reflète l'hétérogénéité entre régions, est beaucoup plus élevé pour les deux SSR spécialisés étudiés que pour l'offre SSR globale (39 % pour le SSR « locomoteur » et 38 % pour le SSR « système nerveux en 2017, versus 12 % pour l'ensemble de l'offre SSR¹⁷).

Ainsi, pour les SSR spécialisés pour les affections de l'appareil locomoteur, la densité nationale est de 68 lits ou places pour 100 000 habitants de 50 ans ou plus en 2017. Les densités régionales varient de 36 à 114 pour 100 000 habitants de 50 ans ou plus en métropole, et de 0 à 126 pour 100 000 dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) (*graphique 6*). Les écarts à la densité nationale se distribuent en métropole entre -47 % (région Centre-Val de Loire) et +68 % (Corse) et dans les DROM, de l'absence de lits à Mayotte, à une densité augmentée de 85% en Martinique.

Graphique 5 • Densité régionale en lits ou places SSR et distribution par spécialité (2017)



¹⁵ Voir le panorama de la DREES sur « les établissements de santé, éditions 2018 », fiche 22 sur les établissements de soins de suite et de réadaptation.

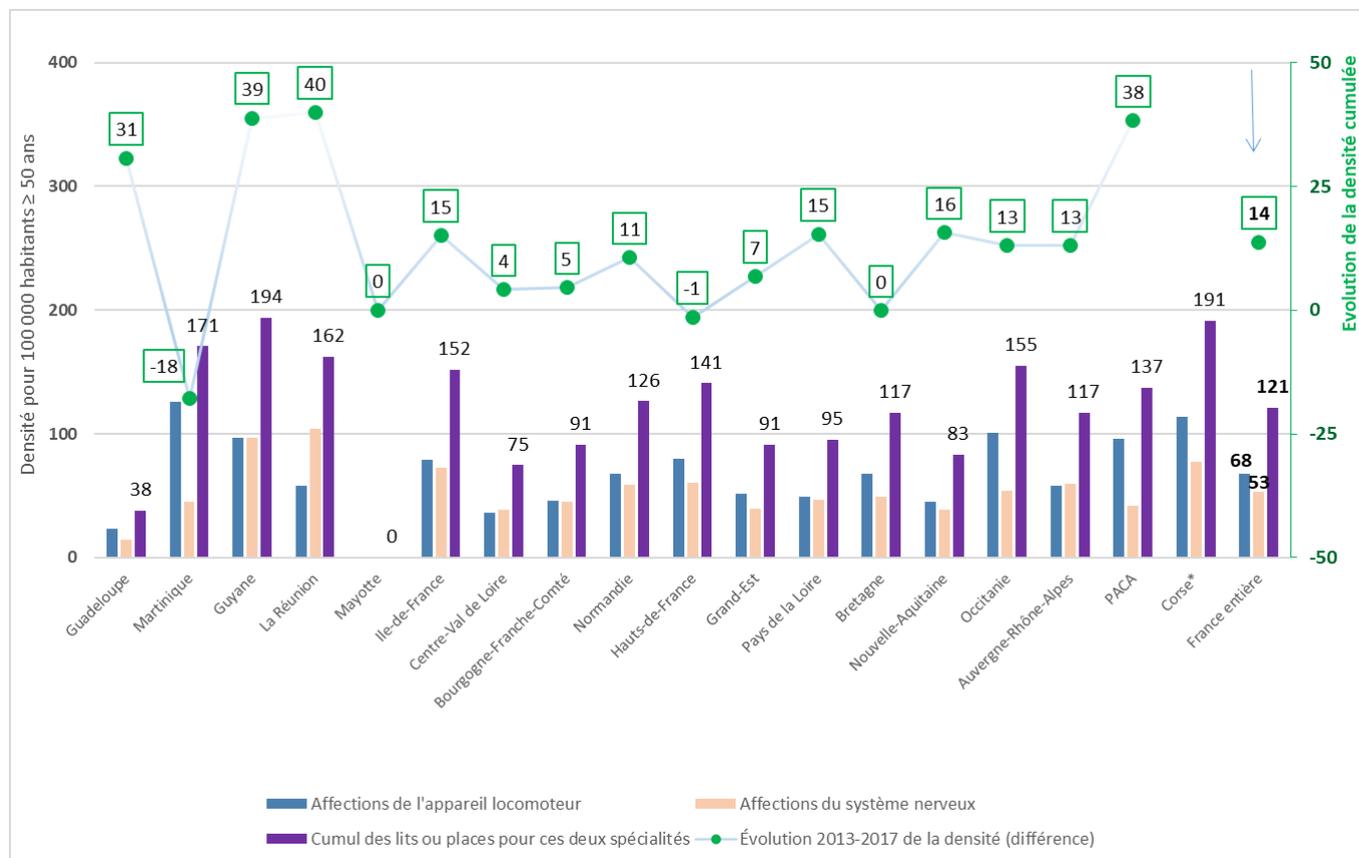
¹⁶ Voir le dossier DREES n°30 2018 sur les « Soins de suite et de réadaptation entre 2008 et 2016 ».

¹⁷ Après exclusion de Mayotte qui n'avait pas d'activité SSR en 2017.

Champ > France entière.

Sources > Bases statistiques SAE 2017 (DREES).

Graphique 6 • Densité régionale en lits ou places en SSR spécialisés pour les affections de l'appareil locomoteur et du système nerveux en 2017 (pour 100 000 habitants de 50 ans ou plus) et évolution de la densité cumulée de ces deux spécialités entre 2013 et 2017



*L'évolution de la densité n'est pas disponible pour la Corse (pas de donnée en 2013).

Champ > France entière.

Sources > Bases statistiques SAE 2013 et SAE 2017 (DREES).

Les disparités régionales sont également observées pour les SSR spécialisés pour les affections du système nerveux, mais avec un profil régional différent. La densité nationale est de 53 lits ou places pour 100 000 habitants de 50 ans ou plus en 2017. Les densités régionales varient en métropole de 38 pour 100 000 habitants de 50 ans ou plus en Nouvelle-Aquitaine (écart à la densité nationale de -28 %) à 77 pour 100 000 habitants de 50 ans ou plus en Corse (+45 %), et dans les DOM, de 0 lit-place à Mayotte, à 104 pour 100 000 à la Réunion (+95 %).

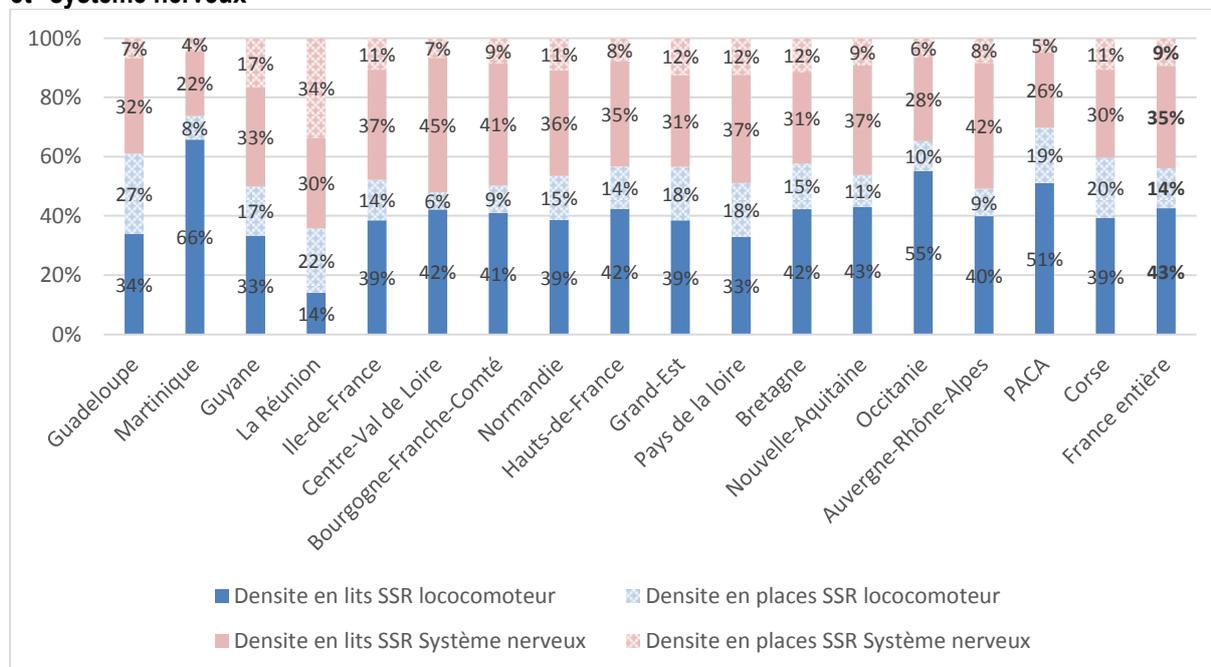
Certaines régions cumulent ainsi une faible densité de lits-places, tant pour le SSR « locomoteur » que pour le SSR « système nerveux ». C'est le cas de Mayotte, de la Guadeloupe¹⁸, du Centre-Val de Loire, de la Nouvelle-Aquitaine, de la Bourgogne-Franche-Comté, du Grand-Est et des Pays de la Loire.

Entre 2013 et 2017, l'évolution dans ces régions à faible densité présente un profil variable. L'écart à la moyenne nationale de la densité de l'offre cumulée sur ces deux secteurs a diminué en Guadeloupe et s'est maintenu dans les régions Nouvelle-Aquitaine et Pays de la Loire ; mais il a augmenté (en valeur absolue), dans les régions Centre-Val de Loire, Bourgogne-Franche-Comté et Grand-Est en raison d'une évolution de la densité inférieure à celle observée au niveau national et ce, alors que les densités initiales y étaient déjà basses en 2013. Au niveau national, le coefficient de variation des densités régionales d'offre globale pour l'une ou l'autre de ces spécialités a toutefois légèrement diminué (de 36 à 32 %).

¹⁸ Où pourtant la densité globale en lits ou places SSR, toutes spécialités confondues, est élevée.

Dans d'autres régions la situation est plus contrastée, avec un cumul de lits ou places supérieur à la moyenne, mais avec un déséquilibre entre ces deux entités : c'est notamment le cas dans les régions PACA et Martinique, qui présente une densité élevée de lits-places en SSR locomoteur, contrastant avec une faible densité pour le SSR « système nerveux », alors que c'est l'inverse à la Réunion (*graphique 7*).

Graphique 7 • Distributions régionales des lits et des places dans les SSR "locomoteur" et "système nerveux"

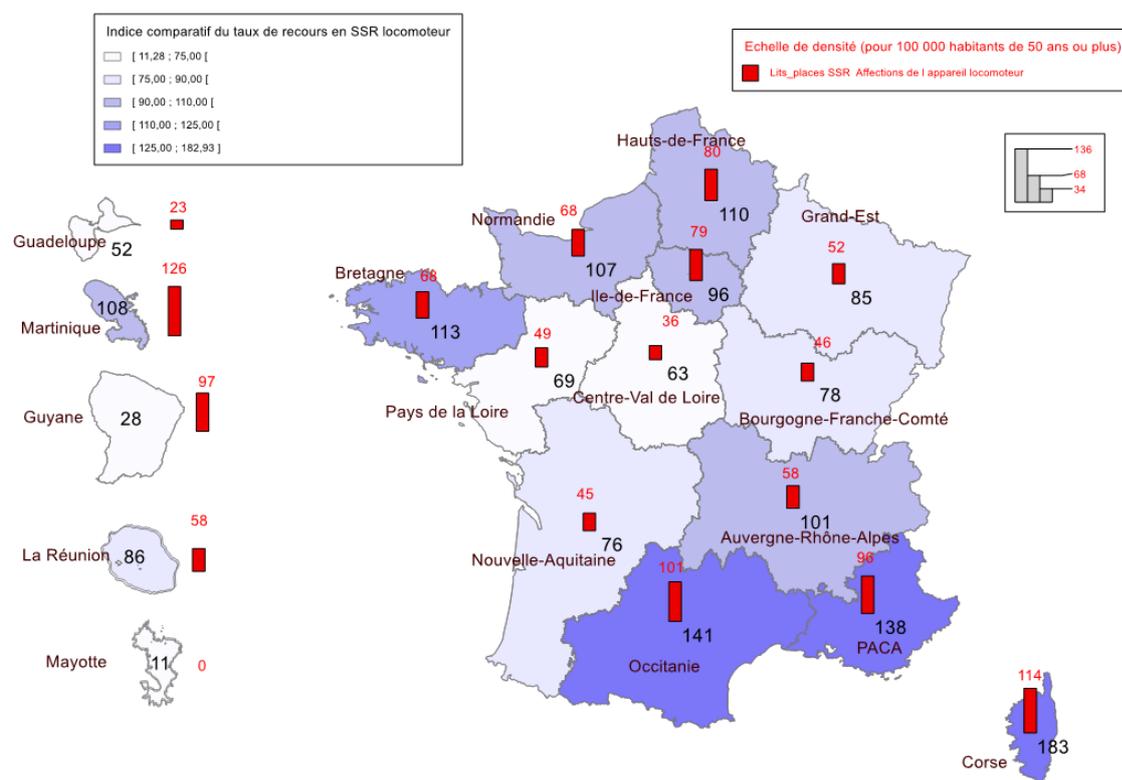


Champ > France entière.

Sources > Bases statistiques SAE 2017 (DREES).

Ces disparités de l'offre régionale sont corrélées aux taux de recours des résidents. À cet égard, les indices comparatifs (IC) permettent de comparer directement les taux régionaux des patients admis en SSR spécialisé « locomoteur » pour une affection de la CM 08 à la valeur 100, qui correspond à la moyenne nationale, en prenant en compte les structures régionales d'âge par standardisation indirecte (standardized morbidity ratios dits « SMR ») (carte 1). En métropole, les indices comparatifs les plus bas sont observés dans les régions Centre-Val de Loire (IC=63), Pays-de la Loire (IC=69), Nouvelle-Aquitaine (IC=76) et Bourgogne-Franche-Comté (78) ; dans les DROM, les taux de recours sont faibles à Mayotte (IC=11), en Guyane (IC=28) et en Guadeloupe (IC=52). Dans toutes ces régions, à l'exception de la Guyane, la capacité en SSR « locomoteur » est effectivement plus faible que la moyenne nationale. On observe en outre des variations assez notables de la distribution des séjours par groupe de pathologie : ainsi la part des patients admis pour affection non traumatique du rachis varie selon les régions de résidence de 15 à 41 % (graphique complémentaire 1).

Carte 1 • Indice comparatif régional du taux de patients admis en SSR spécialisé pour les affections de l'appareil locomoteur et densité correspondante en lits ou places pour 100 000 habitants d'âge supérieur ou égal à 50 ans – 2017

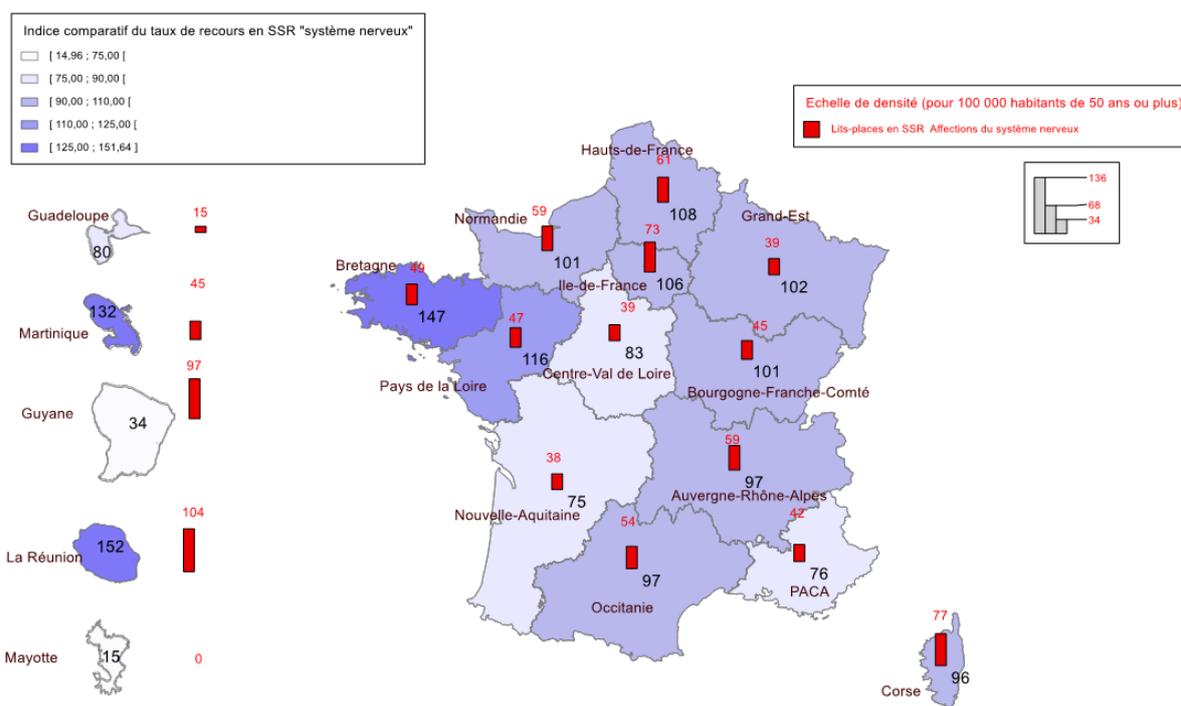


Champ > France entière.

Sources > Bases statistiques SAE 2017 (DREES), Bases nationales du PMSI SSR du 2017 (ATIH) et estimations localisées de populations de l'année 2017 (INSEE).

Les indices comparatifs des taux de patient admis en SSR « système nerveux » sont également particulièrement bas pour les résidents de Mayotte (IC=15) et de Guyane (IC=34), ainsi que dans les régions Nouvelle-Aquitaine (75) et PACA (76) (Carte 2). Les indices élevés observés en Bretagne sont dus à un taux d'hospitalisation partielle très élevé (IC=205), assorti d'un taux de recours en hospitalisation complète proche de la moyenne nationale (IC=97). Comme en SSR « locomoteur », la distribution des admissions en SSR « système nerveux » par groupe de pathologies varie selon la région de résidence ; la part des AVC s'étalant notamment de 23 à 51 % (graphique complémentaire 2).

Carte 2 • Indice comparatif régional du taux de patients admis en SSR spécialisé pour les affections du système nerveux et densité correspondante en lits ou places pour 100 000 habitants d'âge supérieur ou égal à 50 ans – 2017



Champ > France entière.

Sources > Bases statistiques SAE 2017 (DREES), Bases nationales du PMSI SSR du 2017 (ATIH) et estimations localisées de populations de l'année 2017 (INSEE).

Bibliographie

ATIH (2018, octobre). *Analyse de l'activité hospitalière 2017*. Rapport annuel (synthèse et chiffres clés thématiques).

Charavel C., Mauro L. et 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, coll. Les dossiers de la DREES, n°30.

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.

Toutlemonde F. (dir.) (2018, juillet). *Le panorama des établissements de santé - édition 2018*. DREES, coll. Panoramas de la DREES.

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

Annexes • Tableaux et graphiques complémentaires

Tableau complémentaire 1 • Affections de la CM 08 : distribution des admissions par spécialisation SSR selon le sexe, l'âge, la catégorie d'établissement, le type d'hospitalisation et les pathologies et évolutions entre 2013 et 2017

%

	2013				2017			
	SSR spécialisé locomoteur (ou système nerveux)	SSR spécialisé "Personne âgée dépendante**"	SSR polyvalent	Autres SSR spécialisés	SSR Spécialisé locomoteur (ou système nerveux)	SSR spécialisé "Personne âgée dépendante**"	SSR polyvalent	Autres SSR spécialisés
CM 08	46,8	12,5	39,9	0,8	49,1	15,3	34,8	0,8
Sexe								
Femmes	40,9	15,1	43,4	0,6	43,2	18,3	38,0	0,5
Hommes	56,9	8,1	34,0	1,0	59,4	10,1	29,4	1,2
Âge								
0-17 ans	72,4	0,0	25,4	2,2	81,8	0,0	16,2	2,0
18-64 ans	71,2	1,3	26,8	0,7	77,3	1,0	21,0	0,8
65-84 ans	39,8	14,0	45,5	0,7	42,7	15,9	40,6	0,8
≥ 85 ans	13,3	32,2	53,8	0,7	12,2	39,1	48,3	0,5
Type d'hospitalisation du séjour								
Hospitalisation complète	38,7	15,3	45,1	0,9	37,9	19,3	42,0	0,8
Hospitalisation partielle	76,7	2,2	20,8	0,3	82,4	3,5	13,5	0,6
Catégorie d'établissement								
Centre hospitalier public	32,0	20,1	47,6	0,3	33,8	23,9	42,2	0,2
Centre hospitalier régional	45,4	28,6	24,3	1,7	53,3	30,0	14,6	2,1
Privé non lucratif	63,0	6,9	29,1	1,0	63,2	7,9	27,7	1,1
Privé lucratif	45,4	8,6	45,2	0,8	49,3	11,7	38,2	0,7
Score RR** (médiane)	nd	nd	nd	nd	79	37	39	48
Score de dépendance physique (médiane)	6	11	8	8	6	11	9	8
Score de dépendance cognitive (médiane)	2	4	2	2	2	3	2	2
Pathologies								
Arthrose avec implant articulaire (hanche, genou, épaule)	57,5	5,3	36,9	0,2	60,1	6,8	33,0	0,1
Complication mécanique d'implant ostéo-articulaire	49,3	11,1	39,3	0,3	50,5	14,5	34,9	0,2
Affections non traumatiques du rachis	63,0	6,3	30,4	0,3	69,4	7,6	22,7	0,3

Fractures de l'extrémité sup. du fémur	17,4	29,4	52,7	0,5	16,3	34,2	49,1	0,4
Fractures compliquées ou multiples	41,7	18,0	39,8	0,6	40,4	21,1	38,1	0,4
Lésions traumatiques de la colonne vertébrale et du bassin	19,7	25,9	53,7	0,8	20,5	32,1	46,9	0,6
Autres lésions traumatiques ostéo-articulaires	24,7	20,6	54,1	0,7	28,1	24,4	47,0	0,6
Lésions articulaires et ligamentaires (épaule, genou)	77,1	1,8	21,0	0,1	80,9	2,7	16,4	0,1
Arthropathies non infectieuses et ostéopathies	41,5	13,1	44,3	1,1	40,3	19,3	39,3	1,1
Amputations	64,6	6,2	24,9	4,3	65,3	6,6	22,3	5,9
Autres affections du système ostéo-articulaire	47,4	9,2	42,2	1,3	57,8	7,5	33,4	1,3
Infections ostéo-articulaires	39,2	17,0	41,9	1,9	38,8	20,5	38,7	1,9
Tumeurs malignes des os et des tissus mous	20,0	14,5	53,5	12,0	17,7	14,7	58,0	9,7

*SSR spécialisé pour la personne âgée dépendante ou à risque de dépendance.

***1^{er} RHA du séjour.

Champ > France entière, toutes admissions en SSR pour affection de la CM 08.

Sources > Bases nationales du PMSI SSR, années 2013 et 2017 (ATIH).

Tableau complémentaire 2 • Affections de la CM 01 : distribution des admissions par spécialisation SSR selon le sexe, l'âge, la catégorie d'établissement, le type d'hospitalisation et les pathologies et évolutions entre 2013 et 2017

%

	2013				2017			
	SSR spécialisé système nerveux (ou locomoteur)	SSR spécialisé "Personne âgée**	SSR polyvalent	Autres SSR spécialisés	SSR spécialisé système nerveux (ou locomoteur)	SSR spécialisé "Personne âgée »*	SSR polyvalent	Autres SSR spécialisés
Tous séjours CM 01	49,1	19,6	30,5	0,9	55,4	19,6	24,5	0,5
Sexe								
Femmes	41,8	24,5	32,9	0,9	48,9	24,3	26,4	0,4
Hommes	56,2	14,9	28,1	0,9	61,4	15,3	22,7	0,6
Âge								
0-17 ans	67,0	0,0	31,1	1,9	67,3	0,0	31,4	1,3
18-64 ans	77,5	2,0	19,8	0,7	83,3	1,2	15,0	0,5
65-84 ans	35,6	28,5	35,1	0,8	45,8	26,5	27,2	0,5
≥ 85 ans	7,5	48,6	43,1	0,8	9,7	54,2	35,8	0,3
Type d'hospitalisation du séjour								
Hospitalisation complète	40,3	23,3	35,3	1,1	43,0	25,2	31,1	0,7
Hospitalisation partielle	67,7	11,7	20,3	0,3	75,8	10,4	13,5	0,2
Catégorie d'établissement								
Centre hospitalier public	31,4	29,2	39,1	0,3	38,4	28,0	33,3	0,2
Centre hospitalier régional	44,3	30,6	24,8	0,4	53,8	30,6	15,2	0,3
Privé non lucratif	69,9	7,4	21,6	1,1	71,6	8,7	18,9	0,8
Privé lucratif	50,4	13,0	34,8	1,9	58,6	13,9	26,8	0,7
Score RR** (médiane)	nd	nd	nd	nd	86	29	33	45
Score de dépendance physique (médiane)	8	11	10	10	8	11	11	9
Score de dépendance cognitive (médiane)	3	5	4	4	3	5	4	4
Groupe de séjours								
AVC	59,2	13,7	26,6	0,5	65,8	13,8	20,0	0,4
Affections neurodégénératives (sauf démences)	57,2	14,1	27,8	0,8	65,5	13,7	20,5	0,3
Autres affections du système nerveux	49,3	13,3	36,3	1,1	55,4	12,3	31,7	0,7
Lésions médullaires	81,6	2,1	15,9	0,4	87,0	1,8	10,9	0,2
Polyneuropathies et autres affections des nerfs	59,7	6,2	32,8	1,3	66,8	6,2	25,4	1,5
Paralysie cérébrale	82,1	0,2	17,1	0,6	82,2	0,3	17,2	0,3
Lésions cérébrales traumatiques	65,2	9,3	25,0	0,5	61,2	13,7	24,7	0,4
Tumeurs malignes du système nerveux	40,0	8,8	44,1	7,2	43,8	9,2	42,8	4,2

Démences	1,3	56,3	41,7	0,7	2,1	64,3	33,4	0,2
États végétatifs chroniques - États paucirelationnels	48,3	3,8	47,8	0,1	48,1	2,0	49,9	0,1

*SSR spécialisé pour la personne âgée dépendante ou à risque de dépendance.

**1^{er} RHA du séjour.

Champ > France entière, toutes admissions en SSR pour affection de la CM 01.

Sources > Bases nationales du PMSI SSR, années 2013 et 2017 (ATIH).

Tableau complémentaire 3 • Admissions en SSR « locomoteur » pour affection de la CM 08 : Finalités principales de prise en charge

%

	Rééducation	Ergothérapie, rééducation professionnelle	Examens	Chimiothérapie	Soins post chirurgicaux	Mise en place, ajustement de prothèses...	Autres
Arthrose avec implant articulaire (hanche, genou, épaule)	97,5	0,5	0,1	0,0	0,8	0,0	1,2
Complication mécanique d'implant ostéo-articulaire	96,6	0,4	0,5	0,1	0,9	0,1	1,4
Affections non traumatiques du rachis	82,8	2,2	4,6	0,1	0,3	8,0	2,1
Fractures de l'extrémité supérieure du fémur	95,1	1,0	0,3	0,0	1,2	0,0	2,4
Fractures compliquées ou multiples	95,3	1,0	0,5	0,0	0,9	0,2	2,2
Lésions traumatiques de la colonne vertébrale et du bassin	93,0	1,5	0,9	0,0	0,7	0,4	3,5
Autres lésions traumatiques ostéo-articulaires	94,7	1,4	0,7	0,0	0,6	0,7	1,9
Lésions articulaires et ligamentaires (épaule, genou)	93,7	0,7	4,7	0,0	0,3	0,1	0,6
Arthropathies non infectieuses et ostéopathies	79,7	3,0	3,1	1,0	0,9	7,3	5,1
Amputations	39,8	2,1	2,6	0,1	4,2	48,4	2,9
Autres affections du système ostéo-articulaire	83,8	3,9	3,9	1,0	0,7	2,2	4,5
Infections ostéo-articulaires	90,1	1,2	0,4	0,0	3,9	0,7	3,8
Tumeurs malignes des os et des tissus mous	87,9	1,4	2,3	0,0	1,7	2,7	4,0
Toutes admissions	87,9	1,5	2,3	0,1	0,8	5,3	2,1
- Hospitalisations complètes	93,0	1,1	0,1	0,0	1,4	2,3	2,2
- Hospitalisations de jour	81,0	1,8	5,3	0,3	0,2	9,5	2,0

Champ > France entière, admissions pour affection de la CM 08 en SSR spécialisé pour les affections de l'appareil locomoteur.
Sources > Bases nationales du PMSI SSR 2017 (ATIH).

Tableau complémentaire 4 • Admissions en SSR « système nerveux » pour affection de la CM 01 : Finalités principales de prise en charge

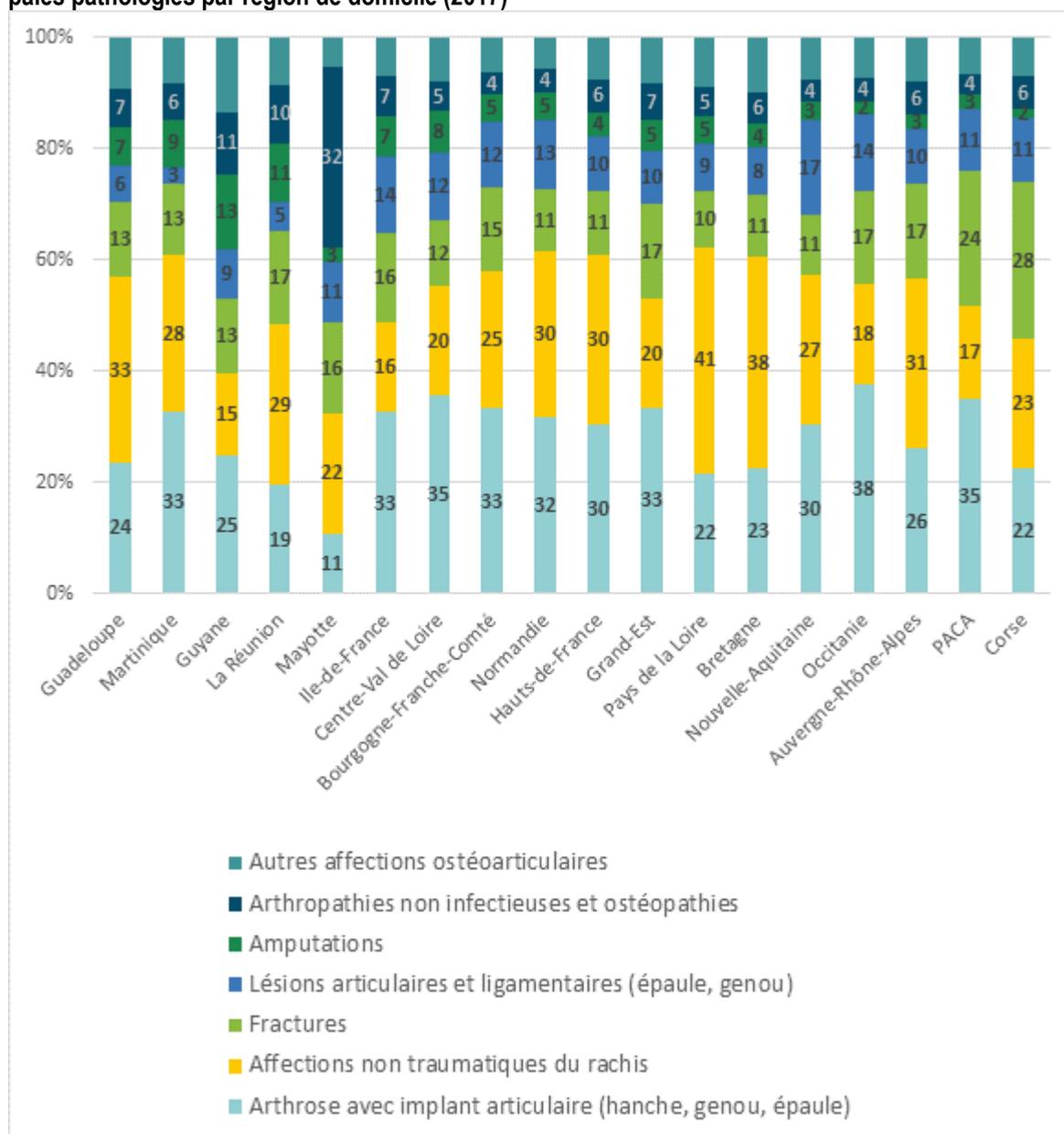
%

	Rééducation	Ergothérapie, rééducation professionnelle	Examens	Chimiothérapie	Soins post chirurgicaux	Mise en place, ajustement de prothèses,...	Autres
Accidents vasculaires cérébraux	86,1	3,8	2,6	3,1	0,1	0,5	3,8
Affections neuro dégénératives (sauf démences)	79,6	5,0	4,0	3,5	0,1	3,8	4,0
Autres affections du système nerveux	66,1	8,0	6,2	8,6	0,2	2,6	8,3
Lésions médullaires	72,0	5,7	6,2	2,8	1,4	6,5	5,4
Polyneuropathies et autres affections des nerfs	81,3	4,7	6,1	0,6	0,3	2,1	5,0
Paralysie cérébrale	42,2	7,1	17,2	10,4	0,4	10,5	12,3
Lésions cérébrales traumatiques	78,5	9,5	4,4	2,4	0,1	0,8	4,4
Tumeurs malignes du système nerveux	82,6	6,2	4,0	1,8	0,7	0,9	3,8
Démences	42,7	9,3	2,7	2,1	0,2	0,9	42,1
États végétatifs chroniques - États paucirelationnels	57,0	11,4	0,5	0,1	0,1	2,3	28,7
Toutes admissions	75,5	5,6	5,3	4,2	0,3	3,1	5,9
Hospitalisations complètes	88,4	4,5	0,6	0,2	0,7	0,2	5,3
Hospitalisations de jour	63,6	6,6	9,6	8,1	0,0	5,8	6,4

Champ > France entière, admissions pour affection de la CM 01 en SSR spécialisé pour les affections du système nerveux.

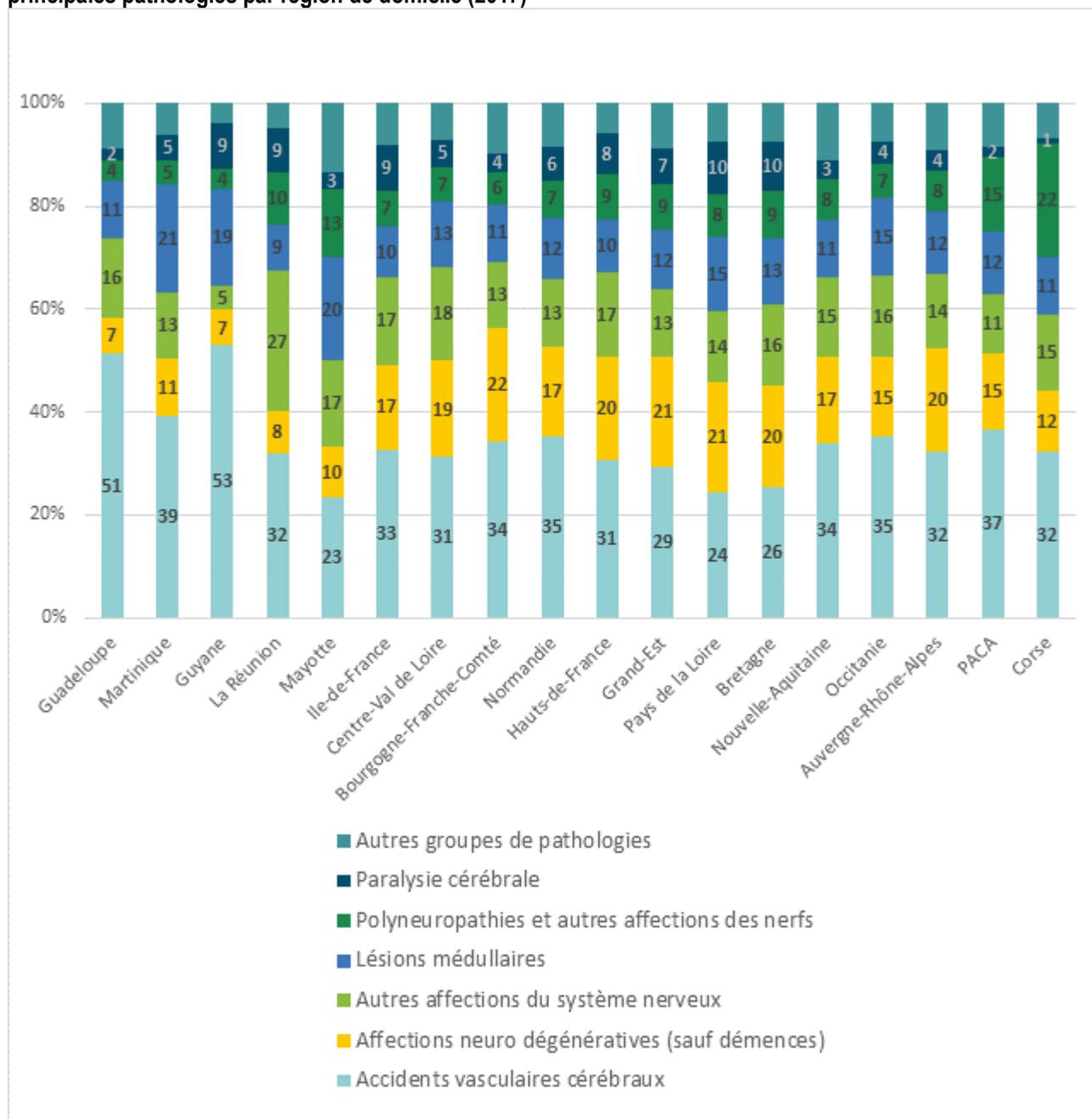
Sources > Bases nationales du PMSI SSR 2017 (ATIH).

Graphique complémentaire 1 • Patients admis pour affection de la CM 08 en SSR « locomoteur » : principales pathologies par région de domicile (2017)



Champ > France entière, patients hospitalisés pour affection de la CM 08 en SSR spécialisé pour les affections de l'appareil locomoteur.
Sources > Bases nationales du PMSI SSR 2017 (ATIH).

Graphique complémentaire 2 • Patients admis pour affection de la CM 01 en SSR « système nerveux » : principales pathologies par région de domicile (2017)



Champ > France entière, patients hospitalisés pour affection de la CM 01 en SSR spécialisé pour les affections du système nerveux.

Sources > Bases nationales du PMSI SSR 2017 (ATIH).

Les dossiers de la DREES

N° 44 • novembre 2019

Les patientèles des SSR spécialisés pour les affections de l'appareil locomoteur et les affections du système nerveux

Directeur de la publication
Jean-Marc AUBERT

Responsable d'édition
Souphaphone Douangdara

ISSN
2495-120X



La DREES fait partie
du Service statistique public
pilote par l'Insee.

Ministère des Solidarités et de la Santé

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

14 avenue Duquesne - 75 350 paris 07 SP

Retrouvez toutes nos publications sur drees.solidarites-sante.gouv.fr et nos données sur www.data.drees.sante.fr