



## Etat des lieux sur l'activité des Soins de suite et réadaptation

Analyse nationale et régionale  
Données 2010

### Contexte

Cette analyse s'inscrit dans le cadre du programme de « gestion du risque » (GDR) portant sur les Soins de suite et réadaptation (SSR). Des indicateurs à destination des agences régionales de santé (ARS) ont été définis par le groupe de travail<sup>1</sup> puis validés par le comité de pilotage du programme GDR-SSR. Ils constituent notamment un outil d'aide aux ARS dans l'élaboration des volets SSR des schémas régionaux d'organisation des soins issus du programme régional de santé (SROS-PRS) et des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des établissements exerçant une activité SSR.

Ces indicateurs ont été calculés à partir des données 2009 et 2010 issues du PMSI. Ils sont déclinés par « spécialité » de l'activité au sens des décrets du 17 avril 2008. Pour procéder à cette déclinaison, il a été demandé à l'ATIH d'utiliser la méthodologie élaborée en 2009 par le ministère de la santé<sup>2</sup> sur laquelle se sont appuyées certaines ARS pour la délivrance des autorisations en SSR. Une déclinaison par tranches d'âge a été également réalisée.

Sur la base de ces indicateurs, cette analyse brosse un état des lieux 2010 national et régional ; l'évolution 2010/2009 n'est pas analysée. En effet, les données 2010 étant plus exhaustives que celles de 2009 (en nombre de séjours transmis mais également en nombre d'établissements), une comparaison 2009/2010 n'est pas réalisable au niveau national. Il a donc été fait le choix de procéder à une analyse fondée uniquement sur les données de l'année 2010 ; données jugées de meilleure qualité par rapport à celles de 2009. .

Ces données sont déclinées par territoire de santé et par établissement afin que les ARS soient en capacité d'analyser, à l'appui de cet état des lieux national, les résultats de leurs établissements au regard notamment des mentions attribuées dans le cadre des autorisations issues de la révision du volet SSR du SROS. L'ensemble des données sont mises à disposition des ARS sur le site de l'agence.

### **A signaler :**

Dans cette analyse, il est utilisé le terme de « séjour » (les séances sont donc exclues). Il est important de souligner que cette notion renvoie à celle du PMSI qui ne correspond pas à celle du séjour administratif. Le séjour est identifié par le numéro administratif et les dates de début et de fin de séjour renseignées dans les résumés hebdomadaires de sortie (RHS) et répond à des règles d'interruption qui lui sont propres (cf. guide méthodologique de production PMSI-SSR p.4)

Le recueil de l'activité médicale étant hebdomadaire, cette notion doit donc être utilisée avec grande prudence. Elle ne reflète pas la réalité de la durée de prise en charge. Pour ces raisons, il a été décidé de calculer un indicateur de durée de prise en charge (cf. indicateur 1) basée sur le nombre de journée de présence plutôt que sur la durée du séjour au sens date de sortie – date d'entrée.

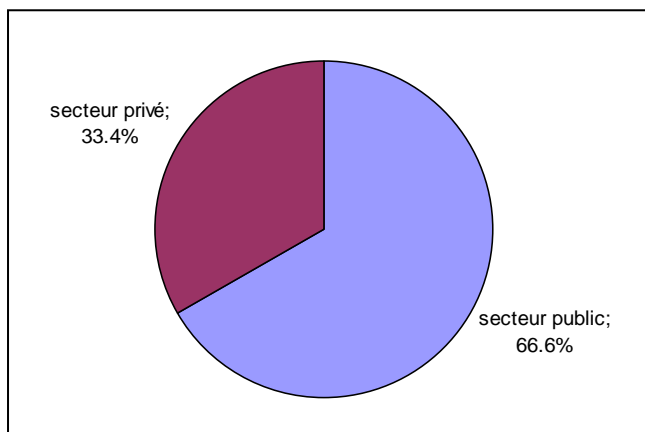
<sup>1</sup> Ce groupe est composé de représentants de la DGOS, DSS, DGCS, HAS, ATIH, CNAMTS, CNSA et d'ARS (Ile de France, Languedoc Roussillon, Midi-Pyrénées, Nord pas de Calais et Rhône Alpes)

<sup>2</sup> Cf. annexe 1

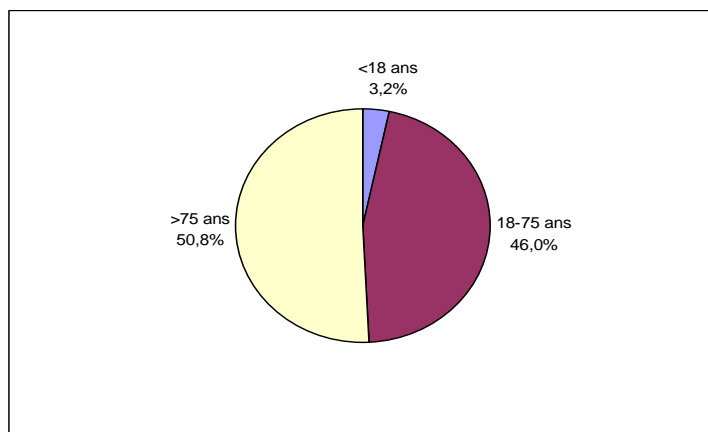
## INTRODUCTION

En 2010, les établissements SSR ont produit 34,5 millions de journées<sup>3</sup> dont 31,8 millions de journées de prises en charge en hospitalisation complète, correspondant à près d'1 million de séjours. Près d'un tiers des journées en hospitalisation complète ont été prises en charge dans le secteur privé et les deux tiers dans le secteur public. Ces journées ont concerné environ pour moitié des patients adultes âgés de 18 à 75 ans et pour moitié des patients de 75 ans et plus. Seules 3,2% des journées ont concerné des patients de moins de 18 ans.

**Figure 2 Répartition du nombre de journées en hospitalisation complète, par secteur**



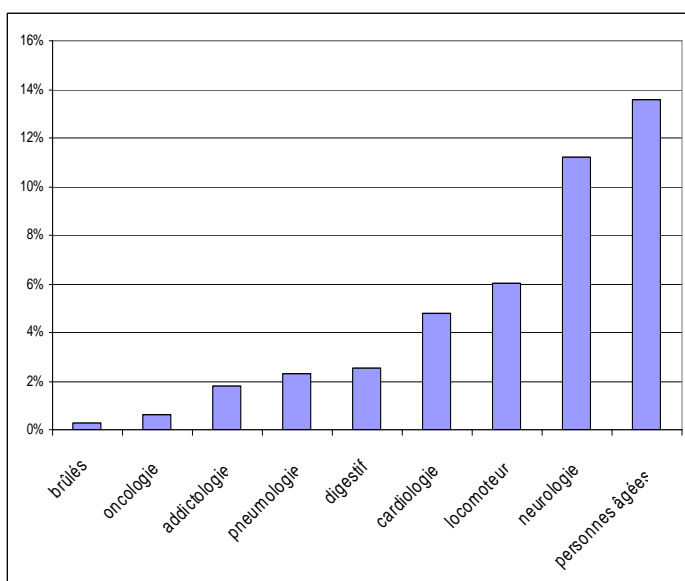
**Figure 1 Répartition du nombre de journées en hospitalisation complète, par tranche d'âge**



S'agissant de l'identification des journées par « spécialité », 61,6% des journées en hospitalisation complète sont identifiées « sans spécialité ».

Les spécialités auxquelles est rattaché le plus grand nombre de séjours sont la spécialité « personnes âgées », avec 13,6% des journées, puis la « neurologie » avec 11,2% des journées, le « locomoteur » avec 6% des journées et la « cardiologie » avec 4,8% des journées. Les autres spécialités concernent chacune moins de 3% des journées.

**Figure 3 Part en 2010 des différentes spécialités dans le nombre total de journées en HC**



### A signaler

Comme indiqué dans l'annexe 1 relative à la méthode, la déclinaison par spécialité repose sur la méthode nationale élaborée en 2009 qui s'appuie sur des marqueurs de prises en charge lourdes et/ ou complexes identifiés dans le PMSI.

De ce fait, les séjours inclus dans chaque spécialité ne représentent pas l'intégralité des séjours de ladite spécialité. Cette notion est donc plus restrictive que celle de « mention » utilisée dans le cadre des nouvelles autorisations. A l'inverse, le nombre de séjours classés dans aucune spécialité est plus important (61,6%) que les séjours « polyvalents », ce qui justifie la non présentation de cette rubrique dans cette analyse.

Aussi, il est nécessaire d'être vigilant dans l'interprétation des résultats portant sur les autres spécialités ; l'objectif recherché ici est de fournir une base d'informations minimale sur l'activité SSR et non de procéder à une analyse comparative entre les régions ou entre les établissements

Remarque : Il convient de rappeler qu'une même prise en charge peut correspondre à une ou plusieurs spécialité(s), par conséquent les pourcentages présentés ne peuvent pas faire l'objet d'une addition.

<sup>3</sup> Journées de présence PMSI

## 1 – La durée moyenne de prise en charge est de près de 31 jours

En moyenne, pour les prises en charge réalisées en hospitalisation complète en 2010<sup>4</sup>, les patients restent 31 jours hospitalisés. Aussi, il est constaté que 50% des prises en charge ont une durée inférieure ou supérieure à 23 jours. Enfin, 25% des prises en charge ont une durée inférieure ou égale à 14 jours (1<sup>er</sup> quartile) et 25% ont une durée supérieure à 37 jours (3eme quartile). L'écart interquartile constaté est donc de 23 jours.

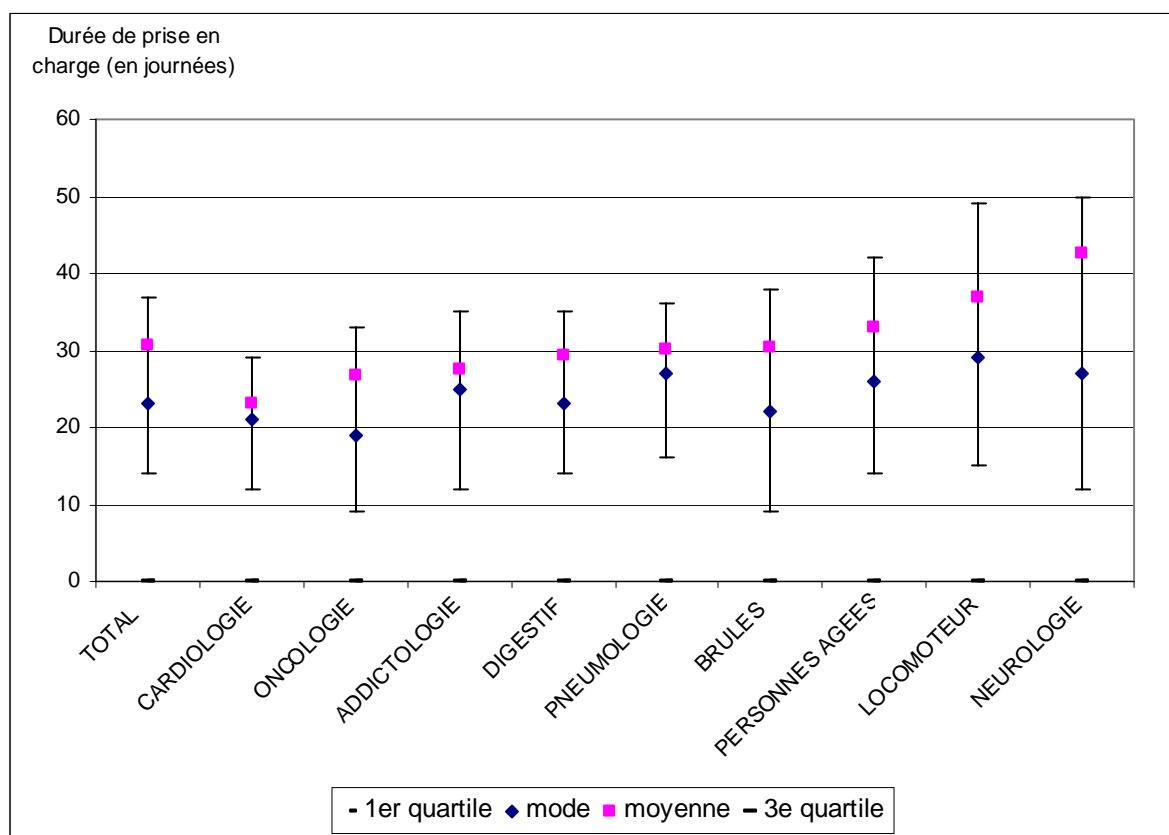
### ➤ Analyse par spécialité

Les prises en charge les plus courtes sont observées en « oncologie », où 25% d'entre elles ont une durée inférieure ou égale à 9 jours. En revanche, les plus longues sont observées en « locomoteur » et en « neurologie » où 25% d'entre elles ont une durée supérieure à 50 jours.

L'écart interquartile est très variable selon les spécialités. Alors qu'il n'est que de 19 jours en cardiologie, il est de 38 jours pour l'activité de neurologie. Cette différence témoigne d'une dispersion importante dans les durées de prises en charge en SSR en fonction de la spécialité, sachant par ailleurs que certaines spécialités présentent davantage d'interruption de séjour supérieure à 48H, ce qui peut « artificiellement » diminuer leur durée de prise en charge.

Pour deux spécialités ayant des durées moyennes de prise en charge assez proches, la réalité de la répartition des durées de séjours peut s'avérer très différente. Ainsi, les spécialités de « pneumologie » et de « neurologie » ont toutes deux une durée de moyenne de séjours à 27 jours, or en « neurologie » les durées des séjours les plus longues sont plus élevées qu'en « pneumologie » : 25% des séjours de « neurologie » ont une durée supérieure à 50 jours, contre 36 jours pour la « pneumologie ».

**Figure 4 Répartition de la durée de prise en charge par spécialité**



<sup>4</sup> Cf. annexe 1 : précision sur le calcul de la durée de prise en charge

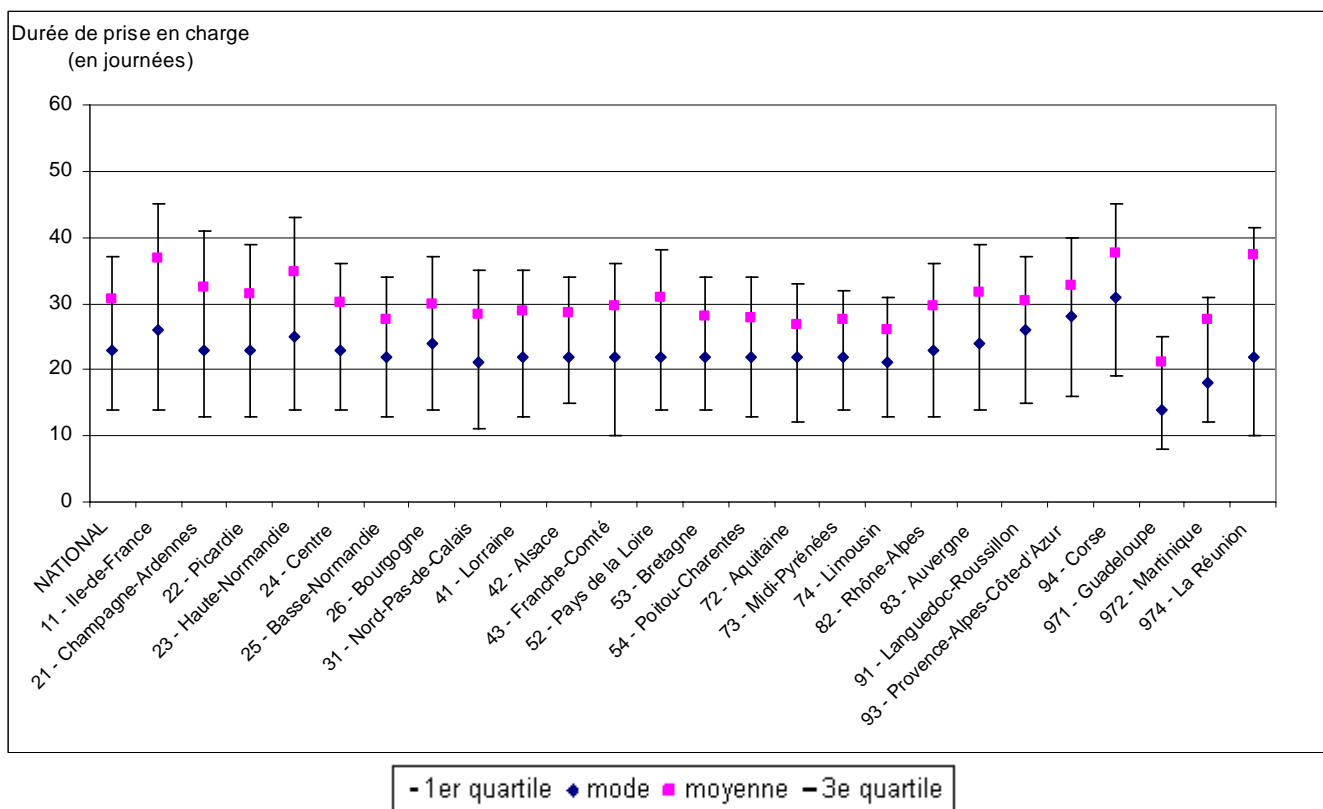
➤ Analyse par région

Les prises en charge les plus courtes sont observées en Guadeloupe et à La Réunion, où 25% des séjours ont une durée inférieure ou égale à 8 jours. Les prises en charges les plus longues sont observées en Ile-de-France et Corse, où 25% des séjours ont une durée supérieure à 45 jours.

La distribution des prises en charge par spécialité entre les régions est quasi identique à celle constatée au niveau national, les prises en charge les plus longues sont constatées en neurologie et les plus courtes en oncologie.

L'amplitude de l'intervalle interquartile est peu variable entre les régions ; il est de 17 jours en Guadeloupe et de 31 jours en Ile-de-France, soit une différence de 14 jours.

**Figure 5 Répartition de la durée de séjour par région**



## 2. Un taux d'entrée directe en SSR proche de 20%

La loi HPST a fixé un objectif d'amélioration du taux d'entrée directe en SSR. L'entrée directe correspond aux entrées en provenance du domicile du patient (incluant les structures d'hébergement médico-social) ou d'un service d'urgence. En 2010, ce taux est de 20,8% au niveau national. Il est très variable d'une région à l'autre : il est supérieur à 30% en Martinique, en Corse et à la Réunion alors qu'il est inférieur à 15% en Bourgogne, Pays de Loire et Poitou-Charentes, ce qui permet de supposer qu'une amélioration peut être attendue sachant néanmoins que la variabilité de ce taux dépend également du type de prise et de l'âge. En tout état de cause, le constat de cette amélioration ne pourra se fonder que sur une analyse de la progression ; l'analyse 2010 n'étant qu'un point de départ. Le taux d'entrée directe en SSR est également très variable selon les tranches d'âge et les spécialités.

### ➤ Une disparité très forte entre tranches d'âge

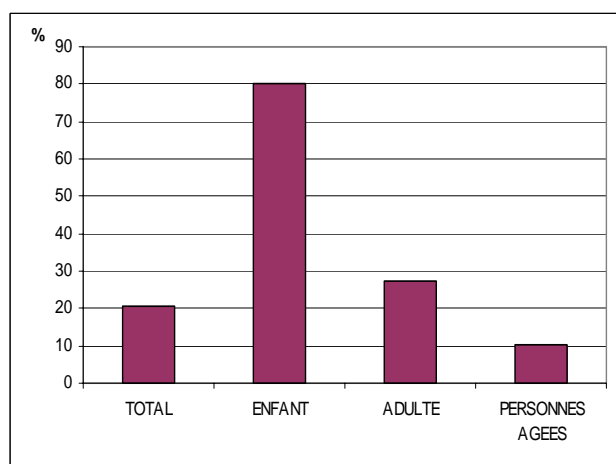
Ce taux est élevé pour les enfants, atteignant 80% et décroît ensuite avec l'âge : 27% parmi les patients de 18 à 75 ans et 10% parmi les patients de 75 ans et plus (graphe 6).

Des efforts pourraient donc être envisagés à l'égard des hospitalisations des personnes âgées. Il s'agit d'ailleurs d'un des objectifs recherché par la mise en place d'une convention type entre les établissements SSR et les établissements médico sociaux élaborée par le groupe cadre du groupe « gestion du risque – SSR ». Pour cette tranche d'âge, certaines régions présentent des taux élevés : les DOM ayant un taux supérieur à 16% ainsi que la Haute-Normandie et l'Alsace. Néanmoins, compte tenu de la fragilité médicale des patients relevant de cette tranche d'âge, la nature des soins délivrés en SSR nécessite une prise en charge en MCO en amont plus fréquente par rapport à celle des autres patients, en particulier les enfants. Ces derniers requièrent plus souvent des soins itératifs permettant ainsi plus facilement une entrée directe.

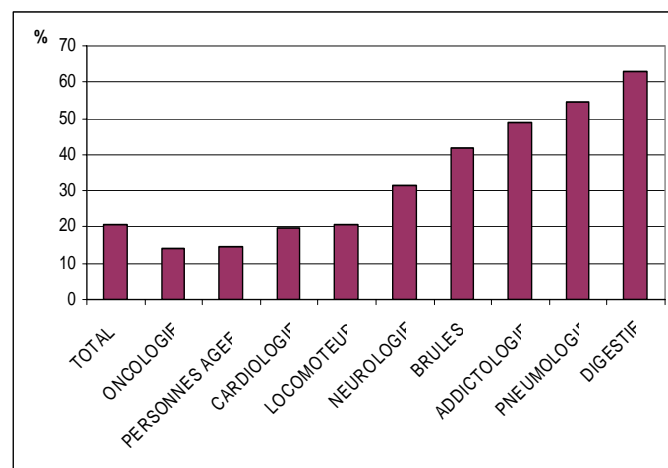
Des disparités régionales fortes sont constatées pour les enfants Alors que la moyenne nationale est de 80%, ce taux est inférieur à 60 % dans certaines régions (Ile de France, Picardie, Champagne Ardennes, Limousin) et il est supérieur à 90% dans d'autres (Basse-Normandie, Bourgogne, Franche-Comté et Auvergne). L'amplitude de l'écart constaté laisse supposer que des efforts de rattrapage pourraient également être produits par certaines régions.

Les entrées directes sont les plus fréquentes pour les spécialités « digestif » et « pneumologie » où elles représentent plus de 50 % des entrées (graphe 7). A l'inverse, elles sont plus rares en « oncologie », « personnes âgées », et « cardiologie » où moins de 20% des entrées sont des entrées directes. Ce constat est valable pour l'ensemble des régions, il est donc inhérent à la spécialité médicale. En effet, les soins délivrés en « digestif » ou « pneumologie » s'inscrivent le plus souvent dans une démarche de bilan et de suivi thérapeutique essentiellement chroniques nécessitant moins de phases diagnostiques ou thérapeutiques aiguës réalisées en amont en MCO.

**Graphe 6 Taux d'entrée directe en SSR par tranche d'âge pour les séjours en hospitalisation complète**



**Graphe 7 Taux d'entrée directe en SSR par spécialité pour les séjours en hospitalisation complète**

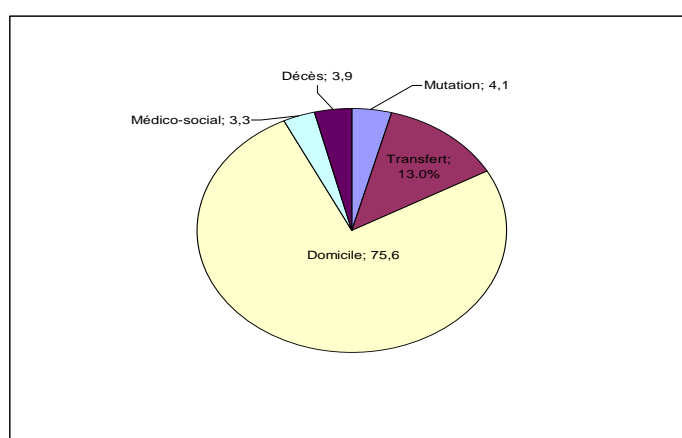


### 3 – Une sortie vers le domicile privilégiée

En moyenne, 75% des séjours en hospitalisation complète se sont terminés par un retour au domicile. A ce nombre, s'ajoutent les 3% des séjours se terminant par une prise en charge dans un établissement médico social qui est considéré comme un substitut du domicile. Cette part relativement faible des sorties vers le médico-social peut s'expliquer soit par un défaut de codage soit par le fait que les patients reviennent à leur domicile quelque jours avant d'être admis dans un établissement médico social. Il convient néanmoins de constater que certaines régions ont un taux de sortie vers le médico-social deux fois supérieur au taux national (Champagne-Ardenne, Bretagne et Limousin). Ceci peut démontrer une difficulté pour certaines régions de placer leurs patients dans des structures d'accueil adéquates.

A noter enfin que les transferts vers un autre établissement représentent 13% des sorties ; ils regroupent les transferts vers une discipline MCO mais également ceux vers le SSR.

**Figure 7 Répartition des séjours par mode de sortie**



➤ Analyse par tranche d'âge

Le taux de sortie vers le domicile est plus élevé pour les enfants parmi lesquels il atteint 90%, et décroît ensuite avec l'âge du patient. Pour les patients de 75 ans et plus, le taux de sortie vers le médico social est de 6% avec un taux maximum de 10% constaté pour les régions Champagne Ardennes, Poitou Charentes et Limousin.

Parmi les patients de plus de 18 ans, le transfert vers un autre établissement ou mutation vers un autre champ (MCO, PSY, HAD, USLD) du même établissement est plus fréquent pour les personnes âgées, atteignant ainsi respectivement 14% (transfert) et 5% (mutation) des séjours, témoignant de leur fragilité médicale (décompensation et/ou complication nécessitant des soins du niveau MCO voire psychiatrique).

Enfin le taux de décès est de 3.9% au niveau national, il atteint presque 6% pour les patients de 75 ans et plus.

**Tableau 1 Mode de sortie du SSR par tranche d'âge pour les séjours en hospitalisation complète terminés**

	TOTAL	ENFANT	ADULTE	PERSONNES AGEES
Domicile	75.6%	90.3%	82%	68.5%
Médico social	3.3%	0.2%	0.8%	5.9%
Transfert vers un autre établissement	12.09%	7.0%	12.1%	14.1%
Mutation dans un autre service du même établissement	4.1%	0.4%	2.8%	5.6%
Décès	3.9%	0.1%	2.2%	5.8%

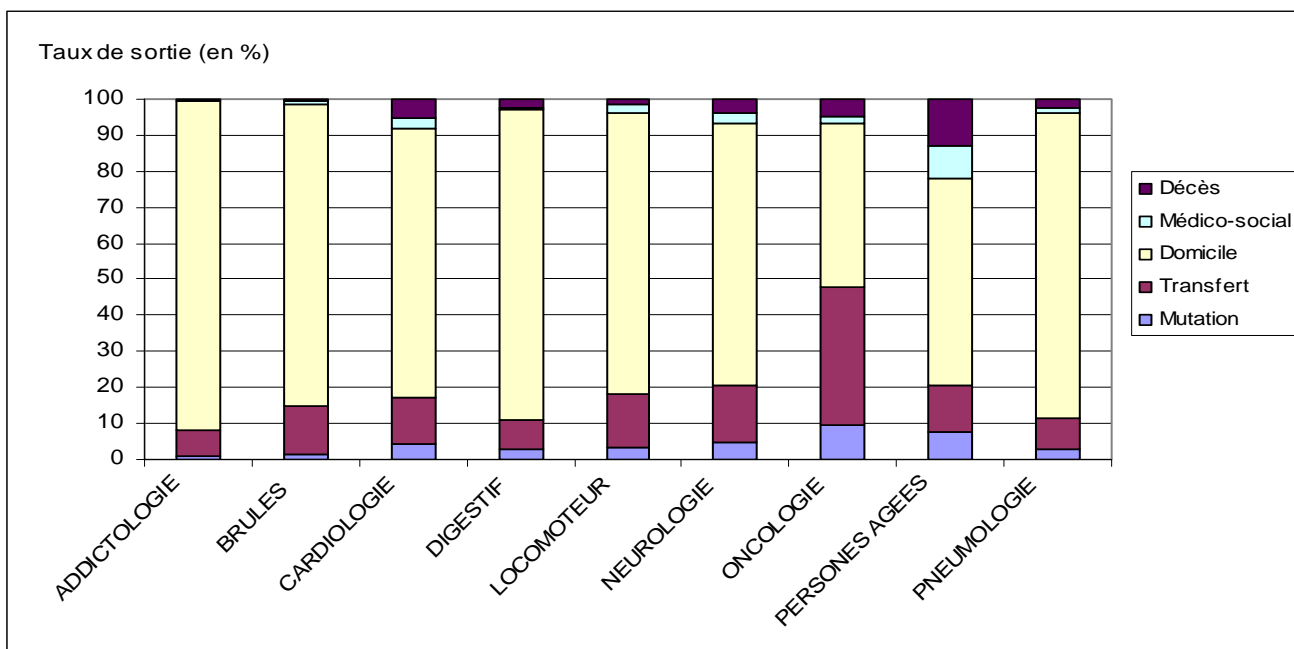
A signaler : étant donné que le taux des séjours avec un mode de sortie erroné n'est pas présenté (taux très faible et sans intérêt pour l'étude), l'addition des pourcentages présentés n'est parfois pas égale à 100%.

➤ Analyse par spécialité

Quelques spécialités se démarquent :

- la spécialité « oncologie » se démarque par un retour moins fréquent à domicile, seulement 45% des cas, la fréquence des transferts vers un autre établissement étant plus élevée que la moyenne (38% contre 13% pour l'ensemble des séjours). Cette fréquence des transferts est liée à un risque de complications plus élevé pour ces patients ainsi qu'aux séjours SSR d'intercures de chimiothérapie (séjour SSR entre deux séjours MCO) ;
- la spécialité « personnes âgées » se caractérise par un taux plus élevé de décès : 13% contre 4,0% pour l'ensemble ;
- les spécialités « pneumologie », « digestif » et « addictologie » présentent les taux de retours à domicile les plus élevés : ils concernent respectivement 84%, 86% et 91% des cas. Comme cela a été observé sur les taux d'entrée cela s'explique par le caractère chronique de la majorité des prises en charge ainsi que par le fait qu'elles présentent davantage d'interruptions de séjours supérieure à 48 heures. ,
- comme attendu, la spécialité « personnes âgées » avec un taux de 9% présente le retour vers le médico social le plus fréquent ; ces retours étant en revanche quasi nuls pour la spécialité « addictologie » (0.1%).

**Figure 8 Mode de sortie du SSR par spécialité pour les séjours en hospitalisation complète terminés**



#### 4 - Un retour précoce en MCO quasi inexistant

Dans le cadre d'un financement à l'activité, les établissements sont incités à une maîtrise de leur durée de séjour. Cette incitation peut éventuellement se traduire par une réduction forcée de la durée en MCO au moyen de sorties précoces des patients vers le SSR. Pour vérifier l'existence de ce risque, il est recherché le nombre de séjours SSR considérés comme résultant d'une sortie précoce en MCO, par le fait que les patients auraient nécessité une réhospitalisation.

Pour ce faire, sont analysés tous les séjours SSR d'une durée inférieure à **deux jours en SSR** en provenance et à destination du MCO ; la durée du second séjour en MCO devant être supérieure ou égale à 1 jour afin de ne pas prendre en compte les transferts pour séance.

Les résultats de cette étude montrent que ce nombre de séjour est très faible dans l'ensemble des régions mais également pour toutes les tranches d'âges et les spécialités. Il représente au niveau national moins de 5 000 séjours et, dans la quasi-totalité des régions et des spécialités, il est inférieur à 1% des séjours d'hospitalisation complète.

Pour renforcer cette analyse, le critère de la durée de séjour en SSR fixée à deux jours a été étendu à **5 jours**. Dans ce cas, le nombre de séjours est multiplié par 4, ce qui représente près de 22 500 séjours, soit moins de 2% des séjours d'hospitalisation complète. Il est constaté très peu de disparité régionale ; le taux maximum étant de 2.1% et le minimum de 0.5%. Une analyse plus fine du contenu des séjours concernés semble nécessaire pour détecter ou non des pratiques de transferts trop précoces du MCO en SSR.



## 5. Une attractivité plus ou moins forte selon les régions (hors Guyane)

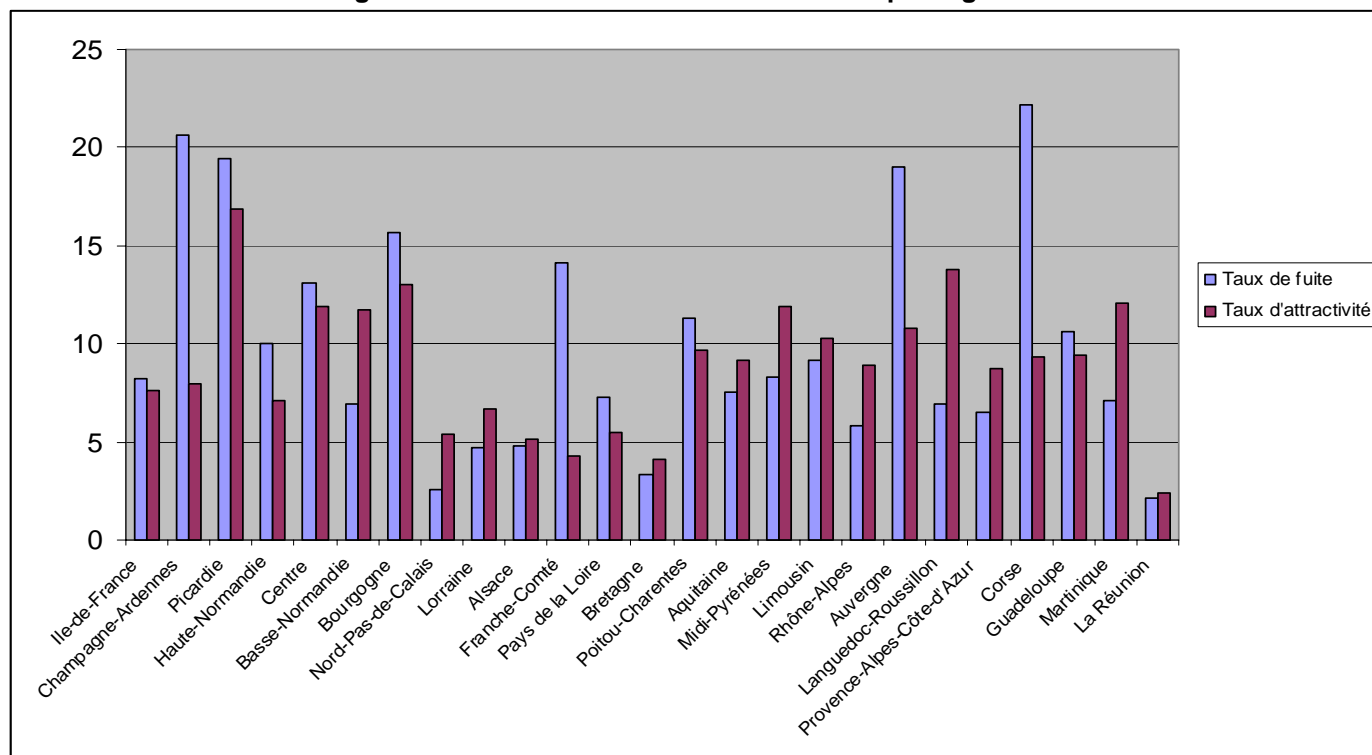
Le taux de fuite par région correspond à la part des séjours des patients résidant dans une région réalisés hors de cette région

Le taux d'attractivité représente la part des séjours réalisés dans une région et correspondant à des patients domiciliés hors de cette région.

Les régions présentent des taux d'attractivité et de fuite très disparates (cf. cartographie en annexe 3).

- La Champagne Ardennes et la Corse (hors Guyane) relèvent les taux de fuite les plus élevés (supérieur à 20%) témoignant probablement d'une couverture régionale des spécialités insuffisante par rapport aux besoins de la population ; leur taux d'attractivité étant en revanche inférieur à 10% (pas de spécialité non observée dans les autres régions).
- Le Nord Pas de Calais, la Bretagne, l'Alsace et la Réunion font apparaître un taux de fuite et un taux d'attractivité faible (inférieur à 10%), ces régions répondant aux besoins de leur population et n'ayant pas de spécialité de niveau de recours national.
- La Picardie a un taux d'attractivité élevé (17%) mais elle a également un taux de fuite important (18%), témoignant probablement d'une couverture régionale de certaines spécialités insuffisante par rapport aux besoins de la population, mais avec en revanche au moins une spécialité de niveau de recours national. Elle a en effet le plus fort taux d'attractivité pour la spécialité « locomoteur » (26%).

Figure 9 : Taux de fuite et taux d'attractivité par région



### ➤ Analyse par âge (cf. cartographie en annexe 3)

Les taux de fuite de chaque région sont dégressifs en fonction de l'âge :

- ils sont plus élevés pour les enfants : certaines régions présentant des taux supérieurs à 50%, le maximum étant de 91,4% pour la Bourgogne ;
- pour les adultes, tous les taux de fuite régionaux sont inférieurs à 30% ; le maximum étant de 27% pour la Corse et la Champagne Ardennes ;
- ils sont plus faibles pour les personnes âgées : trois régions seulement présentent un taux supérieur à 10% ; le taux le plus élevé étant de 11,7% pour la Corse également.

Les personnes âgées recourent essentiellement à des soins de proximité ; alors que les enfants ont recours à des établissements plus spécialisés nécessitant des déplacements. Cette disparité peut certainement s'expliquer par la répartition de l'offre de soins sur le territoire français : les prises en charge des soins relatifs aux personnes



âgées sont réparties sur l'ensemble des régions tandis que pour les enfants, il y a une certaine concentration des établissements spécialisés, du fait notamment des besoins moindres, la pédiatrie représentant moins de 4% des journées SSR (comme décrit en introduction).

Ce constat est également vrai pour le taux d'attractivité. Il est néanmoins intéressant de noter que :

- la Bourgogne, qui présente le taux de fuite pour les enfants le plus élevé présente également le taux d'attractivité pour cette même tranche d'âge le plus élevé, traduisant le caractère d'autant plus spécialisé de ces structures pédiatriques (prise en charge que de certaines pathologies pédiatriques SSR, pas de couverture globale) :

- l'Auvergne présente également un fort taux d'attractivité pour les enfants (+ 46,9%), ce qui peut être justifié par une importante implantation de MECSS dans cette région.
- la région Centre et la Guadeloupe présentent le taux d'attractivité le plus faible pour les enfants (inférieur à 3%)

#### ➤ **Analyse par spécialité**

L'analyse par spécialités montre que

- la spécialité « personnes âgées » présente les taux de fuite et d'attractivité les plus faibles, ce qui confirme le recours pour cette population à des soins de proximité ;
- les spécialités « brûlés » et « addictologie » présentent en revanche les taux de fuite et d'attractivité les plus élevés ; ces taux pouvant être, pour certaines régions, supérieurs à 50%. Pour la spécialité « brûlés », ces indicateurs sont cohérents avec le niveau de recours de cette prise en charge et un besoin national moindre (moins de 2% des journées SSR, comme décrit en introduction). Pour la spécialité « addictologie », ces taux témoignent probablement du fait que cette prise en charge, existant dans d'autres champs d'activités (MCO et SSR), sont différemment réparties entre ces champs.

La région Nord Pas de Calais est la seule région qui présente un taux de fuite et un taux d'attractivité faible pour l'ensemble des spécialités (inférieurs à 10%),

Pour les autres régions, les taux sont plus disparates selon la spécialité. Les taux de fuite les plus importants sont constatés dans les « petites » régions alors qu'à l'inverse les taux d'attractivité les plus importants ne sont pas systématiquement constatés dans les « grosses » régions, en terme de « population ».

**ANNEXE 1 : Descriptif des indicateurs fournis par l'ATH**

Base de données :

Utilisation de la base de données PMSI SSR 2010

Pour les indicateurs du taux de recours précoce et taux d'orientation :

Utilisation également des bases nécessaires au chaînage : ANO-SSR et MCO

Périmètre des établissements :

Tous les établissements sont sélectionnés, y compris les hôpitaux locaux.

Sélection des séjours :

L'ensemble des RHA produits (à l'exception de ceux groupés en GMD « erreurs ») sont sélectionnés.

Pour chaque indicateur, tous les RHA d'un même patient ayant le même numéro administratif de séjour SSR sont regroupés et constituent un séjour.

Pour la durée de prise en charge (indicateur 1)

Seuls les séjours d'hospitalisation complète sont sélectionnés.

Toutes les journées de présence en 2010 sont incluses, même si la prise en charge a commencé en 2009, ou s'est prolongée en 2011.

Les séjours ayant débuté avant 2010 ou s'étant terminés après 2010 sont tronqués, l'analyse des durées de prise en charge étant limitée aux journées de présence 2010.

Pour le taux d'entrée directe (indicateur 2)

Seuls les séjours d'hospitalisation complète sont sélectionnés.

Pour la répartition des séjours selon le mode de sortie (indicateur 4)

Seuls les séjours en hospitalisation complète terminés en 2009 sont pris en compte.

La notion de séjours « terminés » est issue des traitements réalisés par les outils de transmission (GENRHA et AGRAF-SSR).

**Sont exclus les séjours ayant un mode de sortie "erroné", les résultats présentés ne représentent donc pas 100% séjours.**

Pour le retour précoce en MCO (indicateur 5)

Nombre de réhospitalisations d'au moins une nuit en MCO après moins de 2 ou 5 jours en SSR

**Indicateurs**

Indicateur	Numérateur	Dénominateur
1. Durée moyenne de prise en charge	Nombre de journées de présence en hospitalisation complète	Nombre de séjours en hospitalisation complète
2. Taux d'entrée directe en SSR	Nombre d'entrées en provenance du domicile (incluant les établissements médico-sociaux) ou des urgences et prises en charge en hospitalisation complète	Nombre total d'entrées prises en charge en hospitalisation complète
4. Mode de sortie du SSR	Nombre de séjours terminés en hospitalisation complète selon chaque mode de sortie	Nombre total de séjours terminés en hospitalisation complète
6. Taux de fuite régional	Nombre de séjours consommés par des patients de la région mais produits par des établissements situés dans une autre région	Nombre de séjours consommés par les patients de la région
7. Taux d'attractivité régional	Nombre de séjours produits par les établissements de la région mais consommés par des patients résidant dans une autre région	Nombre de séjours produits par les établissements de la région

Les résultats sont présentés selon deux déclinaisons :



- en trois tranches d'âge
- en neuf domaines de spécialités

NB : Lorsque le dénominateur d'un indicateur est inférieur à 30 séjours pour une région ou une spécialité, le résultat n'est pas affiché.

Liste des tranches d'âge :

- Enfant : âge inférieur à 18 ans
- Adultes : de 18 à 75 ans
- Personnes âgées : âge supérieur ou égal à 75 ans

Liste des domaines de spécialités :

A la demande de la DGOS, la déclinaison par spécialité repose sur la méthode ex sdO/DHOS de 2009.

Cette méthode s'appuie sur des marqueurs de prises en charge lourdes et/ ou complexes identifiés dans le PMSI (et par ailleurs non représentatifs de l'intégralité du champ d'intervention des SSR). Ils permettent de fournir une « grille de lecture » de l'activité des établissements. Le classement des séjours au sein d'une spécialité se fait sur la base des informations contenues dans le 1er RHA uniquement. Si les informations contenues dans ce RHA conduisent à identifier plusieurs spécialités, le séjour est alors comptabilisé pour chacune des spécialités identifiées. En revanche, si les informations ne permettent pas d'identifier une spécialité, le séjour est alors classé dans la spécialité « polyvalent ».

Il convient de souligner qu'un même séjour peut ainsi être classé dans plusieurs spécialités.

Par conséquent, les résultats présentés pour les différentes spécialités ne peuvent pas être additionnés.

Pour mémoire : liste des 9 spécialités SSR individualisées par cette méthode :

1. Addictologie
2. Brûlés
3. Cardiologie
4. Digestif
5. Locomoteur
6. Neurologie
7. Oncologie
8. Personnes âgées
9. Pneumologie
10. Polyvalent ou sans spécialité

**ANNEXE 2 : Données de cadrage – nombre de séjours**

 ➤ Analyse par tranche d'âge

Tranche d'âge	Nombre de séjours	- dont nombre de séjours en hospitalisation complète	Part des séjours en hospitalisation complète	Nombre de journées en hospitalisation complète	Part des journées de cette tranche d'âge dans l'ensemble
<b>TOTAL</b>	1 282 848	1 038 715	81.0%	31 847 020	100.0%
< 18 ans	74 584	37 376	50.1%	1 034 644	3.2%
18-75 ans	663 410	485 656	73.2%	14 636 093	46.0%
>75 ans	544 854	515 683	94.6%	16 176 283	50.8%

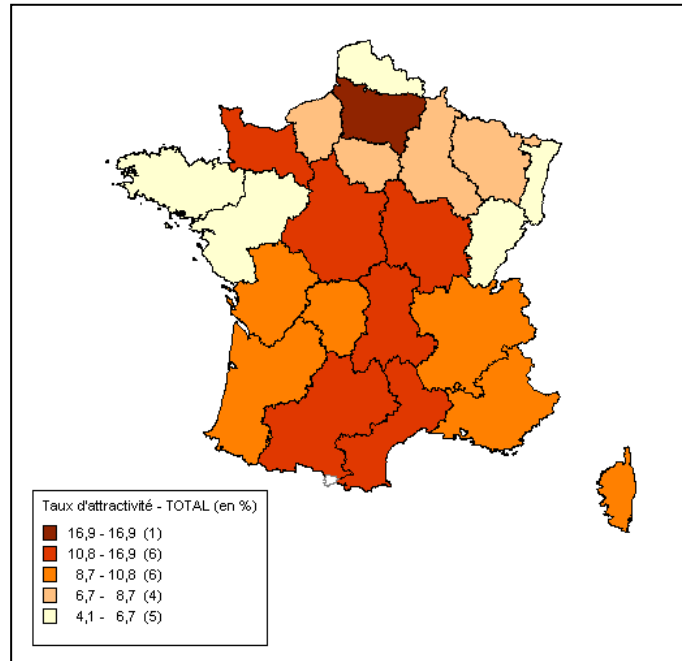
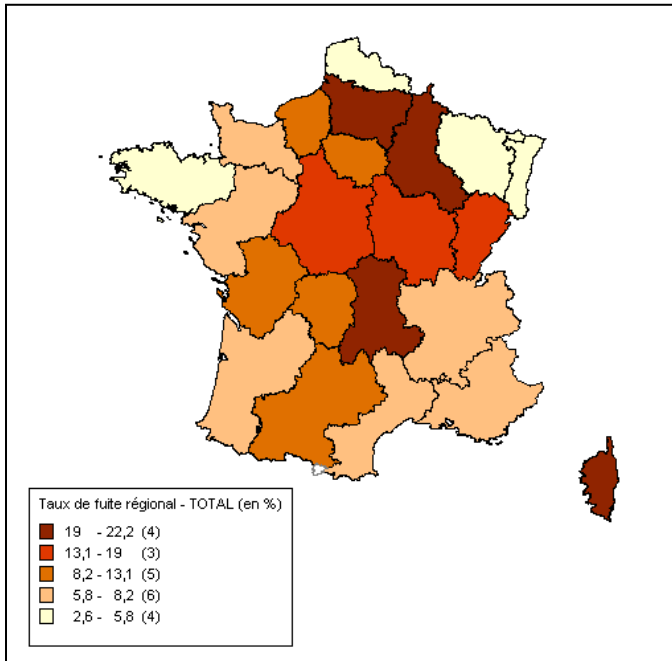
 ➤ Analyse par spécialité

Spécialité	Nombre de séjours	- dont nombre de séjours en hospitalisation complète	Part des séjours en hospitalisation complète	Nombre de journées en hospitalisation complète	Part des journées de cette spécialité dans l'ensemble
<b>TOTAL</b>	1 282 848	1 038 715	81.0%	31 847 020	100.0%
BRULES	3 916	3 184	81.3%	96 893	0.3%
ONCOLOGIE	8 139	7 512	92.3%	200 935	0.6%
ADDICTOLOGIE	23 376	21 040	90.0%	579 722	1.8%
PNEUMOLOGIE	28 559	24 437	85.6%	738 911	2.3%
DIGESTIF	35 288	27 322	77.4%	804 166	2.5%
LOCOMOTEUR	70 022	52 026	74.3%	1 917 900	6.0%
CARDIOLOGIE	89 392	65 620	73.4%	1 521 137	4.8%
NEUROLOGIE	129 432	83 977	64.9%	3 573 199	11.2%
PERSONNES AGEES	144 170	131 005	90.9%	4 315 820	13.6%
SANS DOMAINE	792 483	661 607	83.5%	19 620 369	61.6%

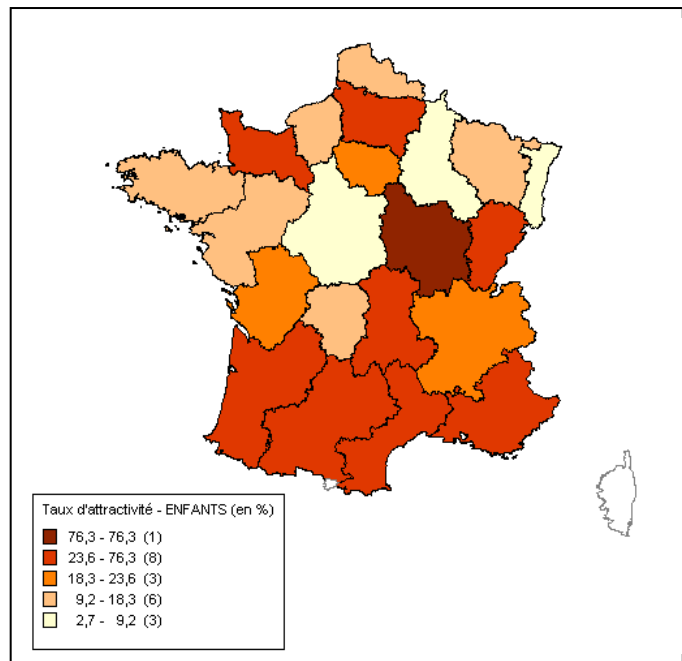
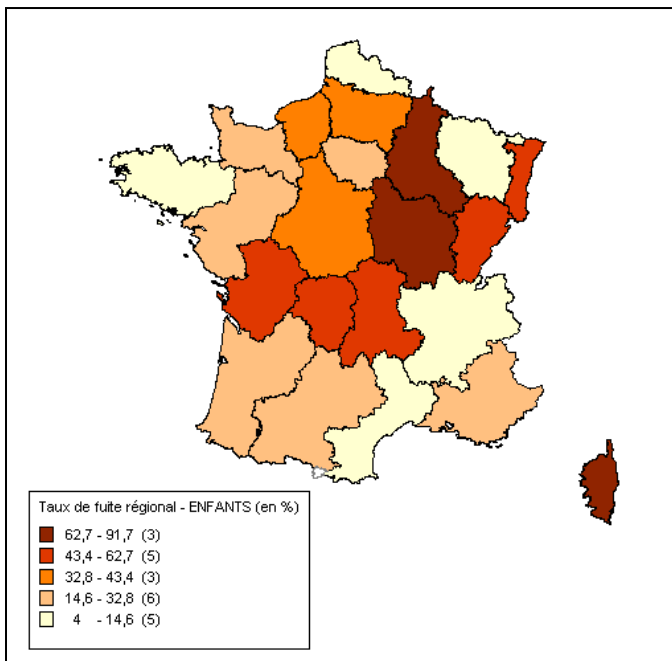
Remarque : Il convient de rappeler qu'une même prise en charge peut correspondre à une ou plusieurs spécialité(s), par conséquent les pourcentages présentés ne peuvent pas faire l'objet d'une addition.

**ANNEXE 3 : cartographie des taux de fuite et taux d'attractivité**

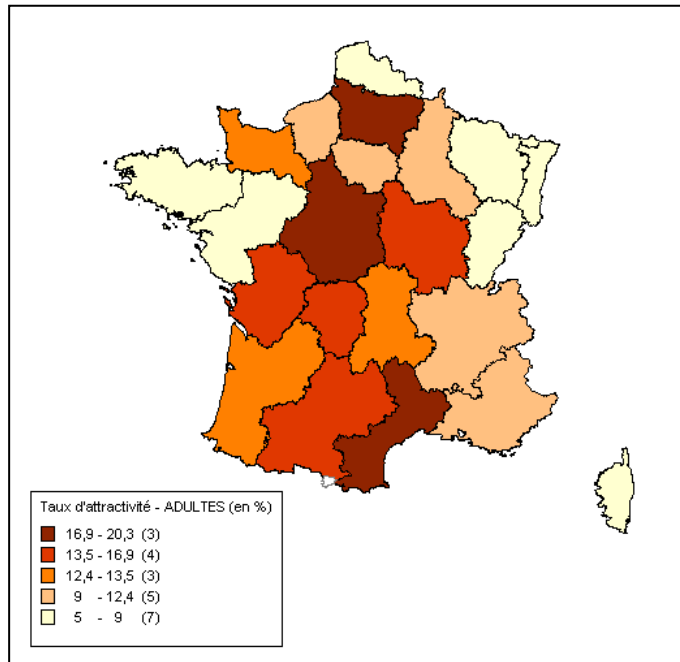
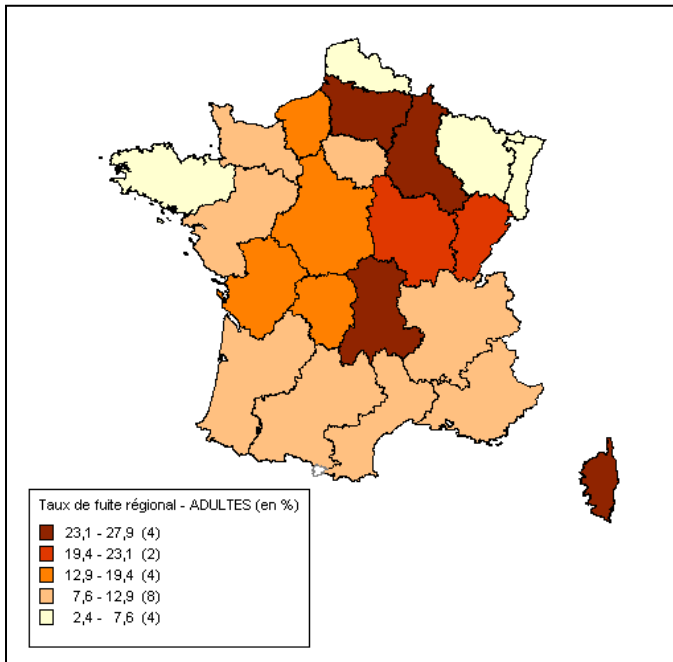
**Taux de fuite – Taux d'attractivité  
Ensemble des patients**



**Taux de fuite – Taux d'attractivité  
Patients <18 ans**



**Taux de fuite – Taux d'attractivité**  
**Patients 18-75 ans**



**Taux de fuite – Taux d'attractivité**  
**Patients >75 ans**

