

Etat des lieux 2012 sur l'activité de soins de suite et réadaptation Programme Gestion du risque

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 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), des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des établissements exerçant une activité SSR ou encore dans le cadre d'analyses ponctuelles sur des thématiques spécifiques.

Ces indicateurs ont été produits une première fois à partir des données d'activité 2010. Les données d'activité 2011 n'ont pas fait l'objet d'une analyse du fait de la mise en place d'une nouvelle classification medico-économique en SSR en 2012 (classification GME). Les indicateurs viennent de faire l'objet d'une actualisation sur les données 2012. Pour identifier les mentions spécialisées, la méthodologie a évolué par rapport à l'état des lieux 2010 pour se baser désormais sur le nouveau recueil du **type d'autorisation de l'unité médicale**¹ appelé « mention spécialisée » dans la suite de ce document. Cependant, cette analyse présente des limites induites par le fait que de nombreux établissements semblent en difficulté pour respecter cette consigne. [Des réflexions sont en cours pour préciser la définition d'une « unité médicale ».](#)

Une déclinaison par tranche d'âge a été également réalisée.

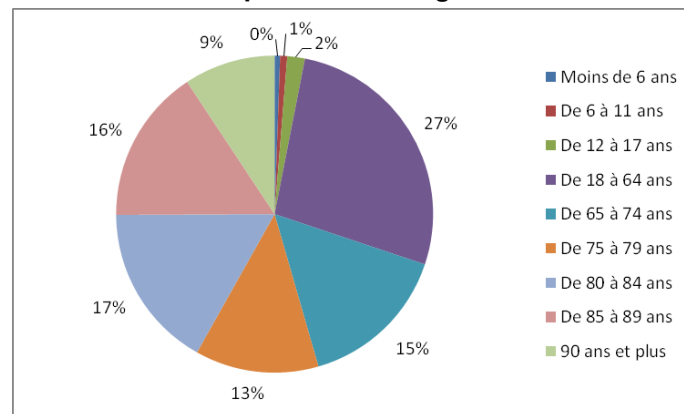
¹ L'arrêté PMSI SSR stipule que le lien entre unité médicale et autorisation SSR doit être unitaire (Cf. extrait de l'arrêté PMSI SSR : « Art. 1. I. La définition des unités médicales appartient en propre à chaque établissement de santé, sous réserve que chaque unité médicale corresponde à une seule des autorisations mentionnées à l'article L. 6122-1 du code de la santé publique. »).

Introduction

En 2012, les établissements SSR ont produit 35,9 millions de journées dont 32,9 millions de journées de prises en charge en hospitalisation complète, correspondant à plus d'1 million de séjours. Plus d'un tiers des journées en hospitalisation complète ont été prises en charge par un établissement sous objectif quantifié national (OQN) et les deux tiers par un établissement sous dotation annuelle de financement (DAF).

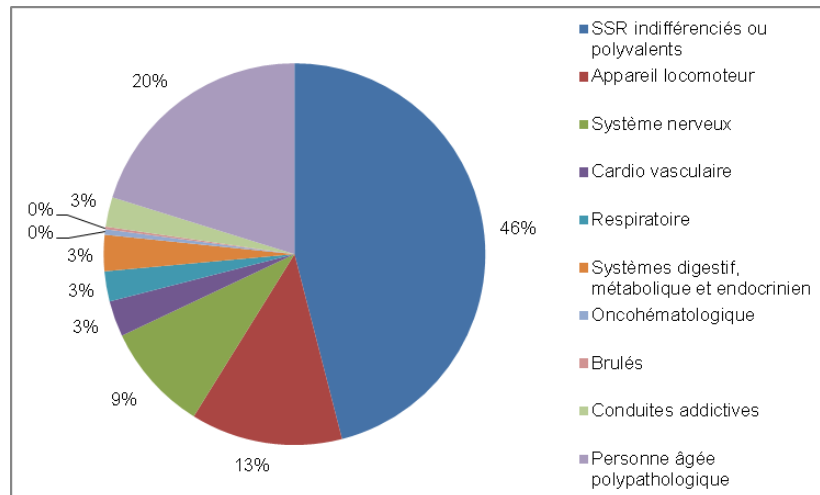
L'ensemble des journées ont concerné environ pour moitié des patients adultes âgés de 18 à 75 ans et pour moitié des patients de 75 ans et plus. La prise en charge des patients de moins de 18 ans a généré moins de 4% des journées.

Figure 1 Répartition du nombre de journées en hospitalisation complète 2012, par tranche d'âge



S'agissant de l'identification des journées par « mention spécialisée », 46% des journées en hospitalisation complète sont identifiées « SSR indifférencié ou polyvalent ». Concernant les mentions spécialisées, hors polyvalent, les prises en charge des « affections de la personne âgée polypathologique et dépendante » dominent avec 20% des journées, celles des « affections de l'appareil locomoteur » représentent 13% des journées et celles du « système nerveux » 9% des journées. Les autres mentions spécialisées comptent chacune maximum 3% des journées.

Figure 2 Répartition du nombre de journées en hospitalisation complète 2012, selon les différentes mentions spécialisées



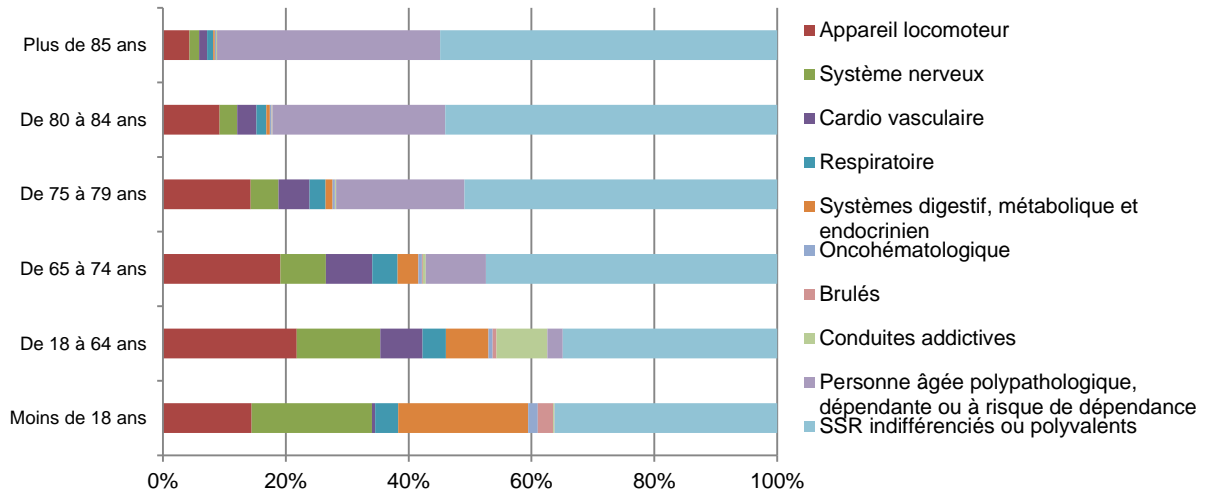
Le croisement de l'âge et de la mention spécialisée fait apparaître que les prises en charge des patients de moins de 18 ans se concentrent particulièrement sur trois types de prises en charge : celles des « affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien », des « affections du système nerveux » et des « affections de l'appareil locomoteur ». Ces trois spécialités représentent 55,2% des prises en charge des moins de 18 ans.

La part des prises en charge «SSR indifférencié ou polyvalent » augmente avec l'avancée en âge, ce qui est lié au fait que les patients plus âgés sont les plus nombreux et plus souvent pris en charge par des établissements «SSR indifférencié ou polyvalent ».

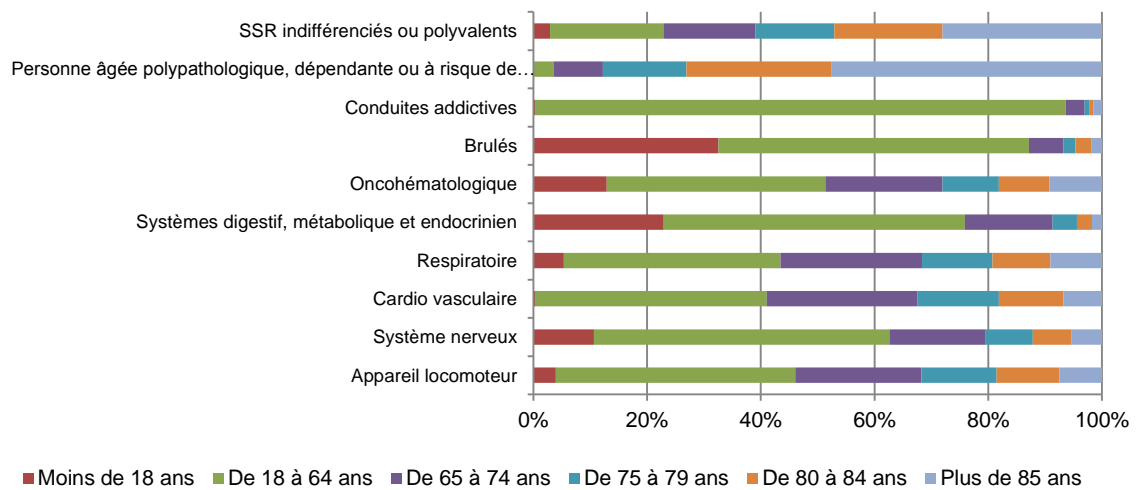
Environ la moitié des séjours pour affections cardio-vasculaires concernent des patients âgés entre 18 et 64 ans et pour l'autre moitié des patients de plus de 65 ans. Enfin, les patients âgés entre 18 et 74 ans sont le plus souvent hospitalisés pour des affections de l'appareil locomoteur.

Figure 3 Répartition du nombre de journées en hospitalisation complète 2012, par tranche d'âge et mention spécialisée

- Répartition de l'activité pour chaque tranche d'âge



- Répartition selon l'âge des patients pour chaque mention spécialisée



I. La durée moyenne de prise en charge est d'environ 31 jours

En 2012, pour les prises en charge réalisées en hospitalisation complète², les patients restent hospitalisés, en moyenne, 31 jours. Il est constaté que la moitié des prises en charge ont une durée inférieure ou égale à 23 jours. 25% des prises en charge ont une durée inférieure ou égale à 14 jours (1^{er} quartile) et 25% ont une durée supérieure à 38 jours (3eme quartile). L'écart interquartile constaté est donc de 24 jours.

Définition – la durée de prise en charge

L'indicateur de durée de prise en charge analysé ici est basé sur le nombre de journée de présence plutôt que sur la durée du séjour au sens date de sortie – date d'entrée.

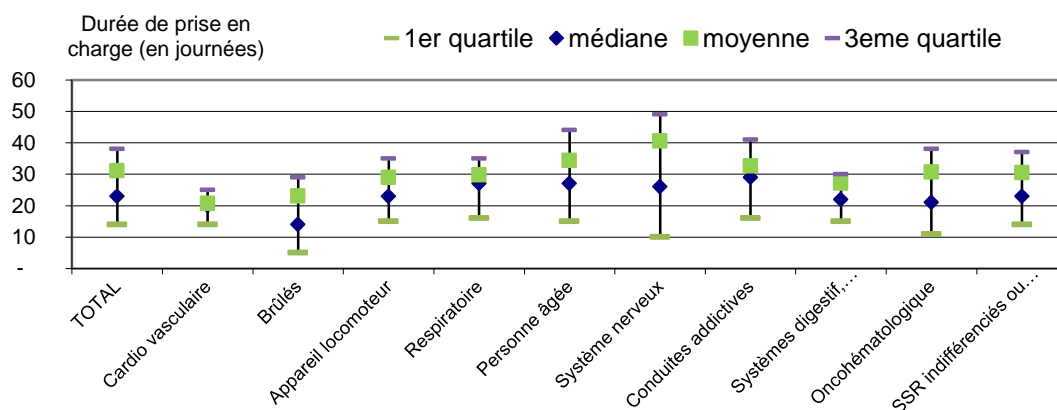
Le recueil de l'activité médicale étant hebdomadaire, cette notion doit donc être utilisée avec grande prudence. Elle ne reflète pas toujours la durée de prise en charge d'un patient dans sa globalité puisqu'en cas de retour au domicile de plus de 48h, notamment le week-end, (cf. guide méthodologique de production PMSI-SSR p.4), les prises en charges sont dissociées.

➤ Analyse par mention spécialisée

Il existe une variabilité dans les durées de prises en charge en SSR en fonction de la mention spécialisée. Certaines mentions spécialisées présentent davantage d'interruptions de séjour supérieure à 48H, leur durée de prise en charge peut en être « artificiellement » diminuée. Il convient ainsi d'interpréter ces données avec précautions, en les accompagnants d'éléments de contexte (médical et administratif) qui peuvent expliquer certaines données « brutes ».

Les prises en charge les plus courtes sont observées en « système digestif, métabolique et endocrinien », « cardio-vasculaire » et pour les « brûlés ». En revanche, les plus longues relèvent des mentions pour « la personne âgée » et « les conduites addictives ». La mention spécialisée « système nerveux » a des durées de séjours très variables : 25% des prises en charge ont une durée inférieure à 10 jours et 25% des prises en charge ont une durée supérieure à 49 jours.

Figure 4 Répartition de la durée de prise en charge en 2012 par mention spécialisée

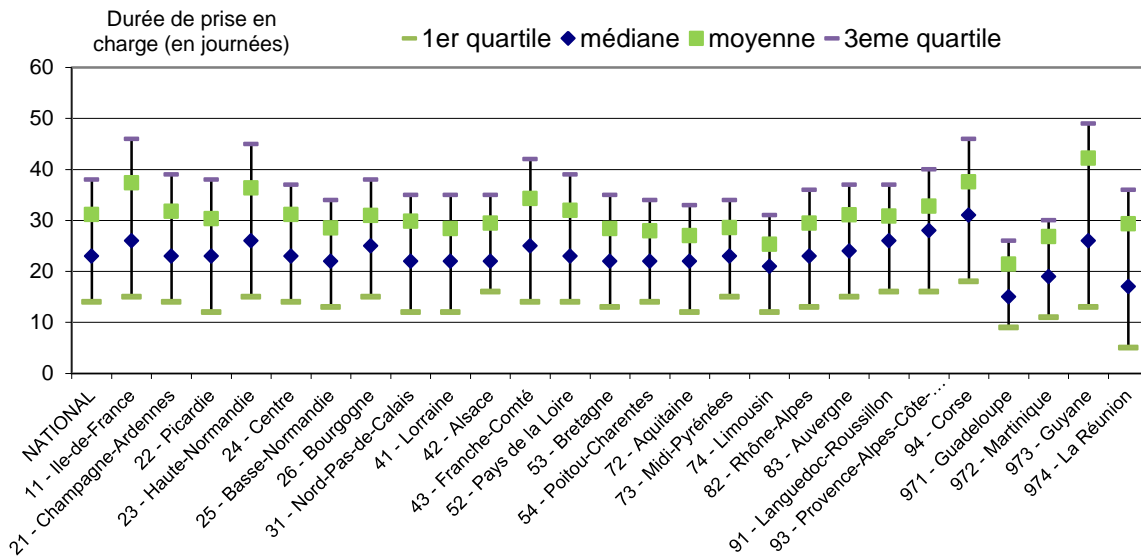


➤ Analyse par région

² Cf. annexe 1 : précision sur le calcul de la durée de prise en charge

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 9 jours. Les prises en charges les plus longues sont observées en Ile-de-France, Corse et Guyane, où 25% des séjours ont une durée supérieure à 45 jours. L'amplitude de l'intervalle interquartile varie entre les régions ; il est de 17 jours en Guadeloupe et de 36 jours en Guyane, soit une différence de 19 jours. Ces résultats sont similaires à ceux obtenus par l'analyse des données 2010.

Figure 5 Répartition de la durée de prise en charge en 2012 en 2012 par région



L'intervalle observé pour chaque région est lié à la composition de l'activité de la région. En effet, la distribution des prises en charge par mention spécialisée diffère d'une région à l'autre. Cela s'ajoute à la variabilité observée des durées de prise en charge par mention spécialisée.

Ainsi quatre régions caractérisent par des profils spécifiques, notamment du fait de la durée de prise en charge en « SSR indifférencié ou polyvalent » :

- plus longue en Corse et en Guyane, en moyenne à 42 journées
- plus courte en Guadeloupe et Martinique, avec respectivement 19 et 23 journées

Tableau 1 Prise en charge en SSR indifférencié ou polyvalent hospitalisation complète 2012

	Durée moyenne de prise en charge (en journées)	Part de cette prise en charge
France entière	30	47%
94 - Corse	42	54%
971 - Guadeloupe	19	86%
972 - Martinique	23	39%
973 - Guyane	42	54%
974 - La Réunion	30	70%

II. Un taux d'entrée directe en SSR à 21 %

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 2012, ce taux atteint 21,1% au niveau national, il était de 20,8% en 2010. Il est très variable d'une région à l'autre : il est supérieur à 30% en Guadeloupe, Martinique, Corse et à la Réunion alors qu'il est inférieur à 15% en Bourgogne et Champagne-Ardenne, ce qui permet de supposer qu'une amélioration peut être attendue. Néanmoins, la variabilité de ce taux dépend notamment du type de prise et de l'âge puisque le taux d'entrée directe en SSR est très variable selon les tranches d'âge et les mentions spécialisées.

Parmi les 79% d'entrées qui ne sont pas issues du domicile, la plupart viennent du MCO et peu du SSR.

➤ Une disparité très forte entre tranches d'âge

Le taux d'entrée directe est élevé chez les moins de 18 ans, atteignant plus de 86% chez les 6-11 ans. Il décroît ensuite avec l'âge : 35% pour les patients de 18 à 64 ans et entre 10% et 17% pour les classes d'âge à partir de 65 ans (figure 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 « gestion du risque – SSR ». Néanmoins, compte tenu de la fragilité 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.

Une explication possible pour justifier qu'il y a plus d'entrée directe en SSR chez les enfants est qu'il s'agit de prises en charge spécialisées et peu nombreuses, qui fonctionnent comme des filières (graphe 3). Les adultes et les personnes âgées présentent sont plus difficiles à « classer » et réparties sur un éventail de pathologies plus important. Il y a donc moins de parcours identifiés et donc moins d'entrées directes.

L'admission directe est aussi corrélée à la possibilité de maintien et de retour au domicile pour les patients porteurs de maladies chroniques, situations de handicap, pathologies liées au vieillissement. L'amélioration des aides au maintien à domicile s'accompagnera, à terme, d'une augmentation des admissions directes en SSR, en hospitalisation complète, et partielle (bilan, évaluation).

➤ Analyse des disparités régionales par mentions spécialisées

Les entrées directes sont les plus fréquentes pour les mentions spécialisées « digestif » où elles représentent plus de 75% des entrées et « respiratoire » plus de 50% des entrées (graphe 7). A l'inverse, elles sont plus rares pour les mentions spécialisées « personnes âgées » et « oncohématologie » où moins de 15% des entrées sont des entrées directes. Cette tendance est valable pour la quasi-totalité des régions, 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.

Figure 6 Taux d'entrée directe en SSR par tranche d'âge hospitalisation complète 2012

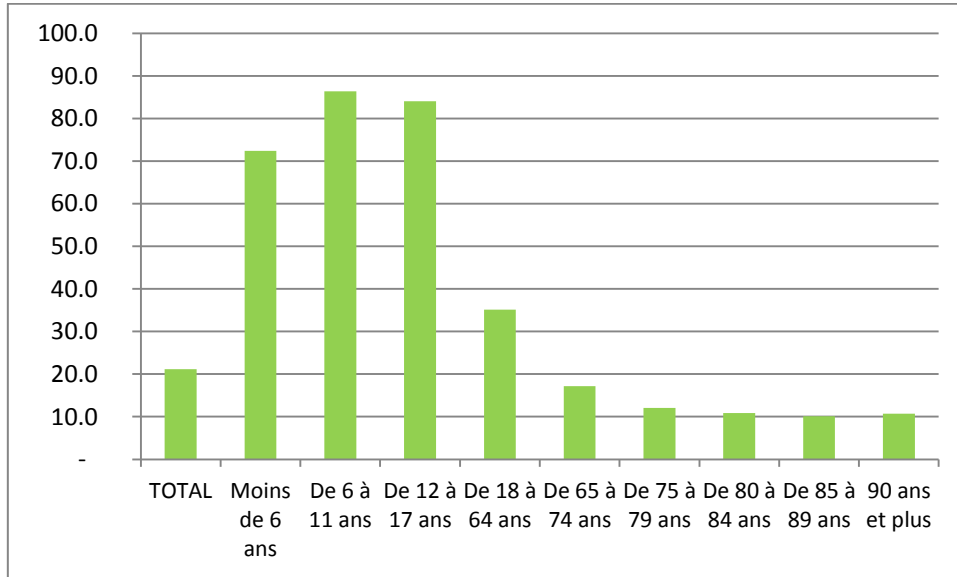
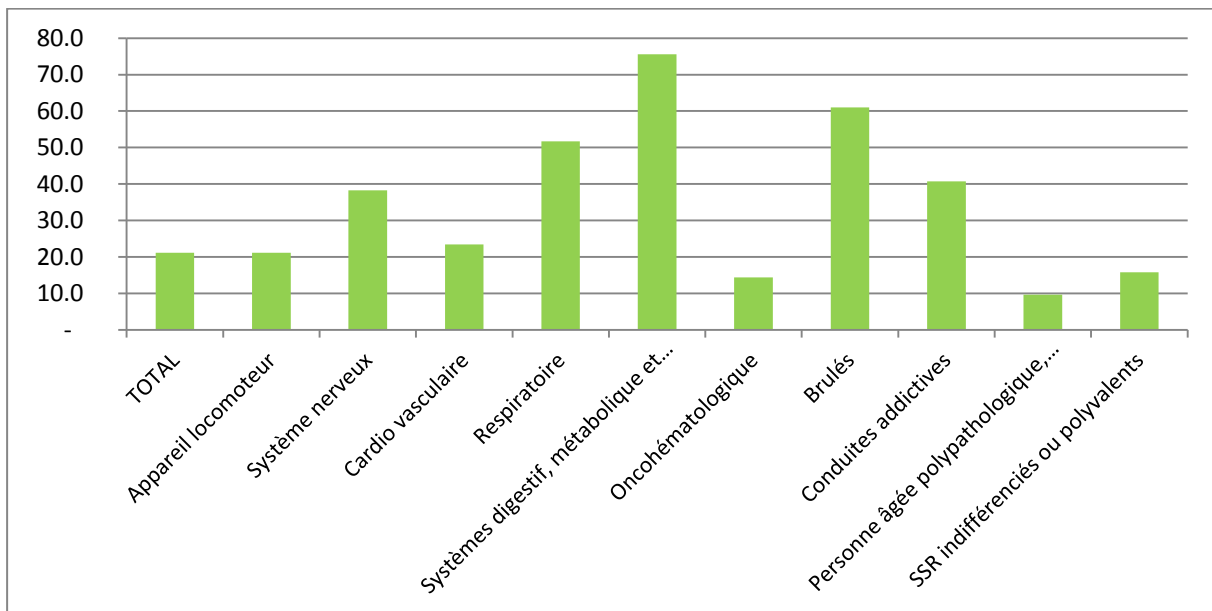


Figure 7 Taux d'entrée directe en SSR par mention spécialisée hospitalisation complète 2012



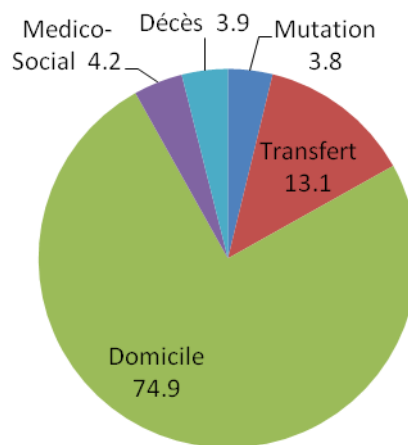
III. Une sortie vers le domicile privilégiée

En 2012 comme en 2010, 75% des séjours en hospitalisation complète se sont terminés par un retour au domicile,. A ce nombre, s'ajoutent les 4% 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 et demi supérieur au taux national (Champagne-Ardenne et Limousin). Cette disparité peut démontrer une difficulté pour certaines régions à 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.

Le mode de sortie « décès » doit être interprété avec précaution puisqu'il ne concerne que les décès dans l'établissement.

Figure 8 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 de 6 à 17 ans parmi lesquels il atteint presque 94%. Il décroît ensuite avec l'âge du patient. Pour les patients de 85 ans et plus, le taux de sortie vers le médico-social dépasse les 9% avec un taux doublé pour les régions Champagne-Ardenne et Limousin.

Il y a nettement moins de transfert vers un autre établissement chez les patients âgés de 6 à 17 ans que dans les autres classes d'âge. Les mutations vers un autre champ (MCO, PSY, HAD, USLD) du même établissement concernent surtout les adultes avec une augmentation suivant l'âge.

Enfin, le taux de décès est de 3,9% au global, il est quasiment nul chez les moins de 18 ans et augmente ensuite avec l'âge passant de 1,5% chez les patients de 18 à 64 ans à 9,4% chez les plus de 90 ans.

Tableau 2 Mode de sortie du SSR par tranche d'âge pour les séjours en hospitalisation complète terminés

	TOTAL	Moins de 6 ans	De 6 à 11 ans	De 12 à 17 ans	De 18 à 64 ans	De 65 à 74 ans	De 75 à 79 ans	De 80 à 84 ans	De 85 à 89 ans	90 ans et plus
Domicile	74,9%	84,8%	93,8%	93,7%	83,8%	78,8%	74,9%	70,7%	64,6%	58,5%
Médico-Social	4,2%	0,2%	0,5%	0,2%	0,5%	1,7%	3,2%	5,6%	9,1%	12,4%
Transfert vers un autre établissement	13,1%	14,0%	5,2%	5,1%	11,8%	13,4%	14,0%	14,2%	14,4%	13,7%
Mutation dans un autre service du même établissement	3,8%	0,7%	0,3%	0,4%	2,3%	3,2%	4,2%	4,7%	5,5%	5,9%
Décès	3,9%	0,3%	0,1%	0,0%	1,5%	2,9%	3,7%	4,8%	6,4%	9,4%

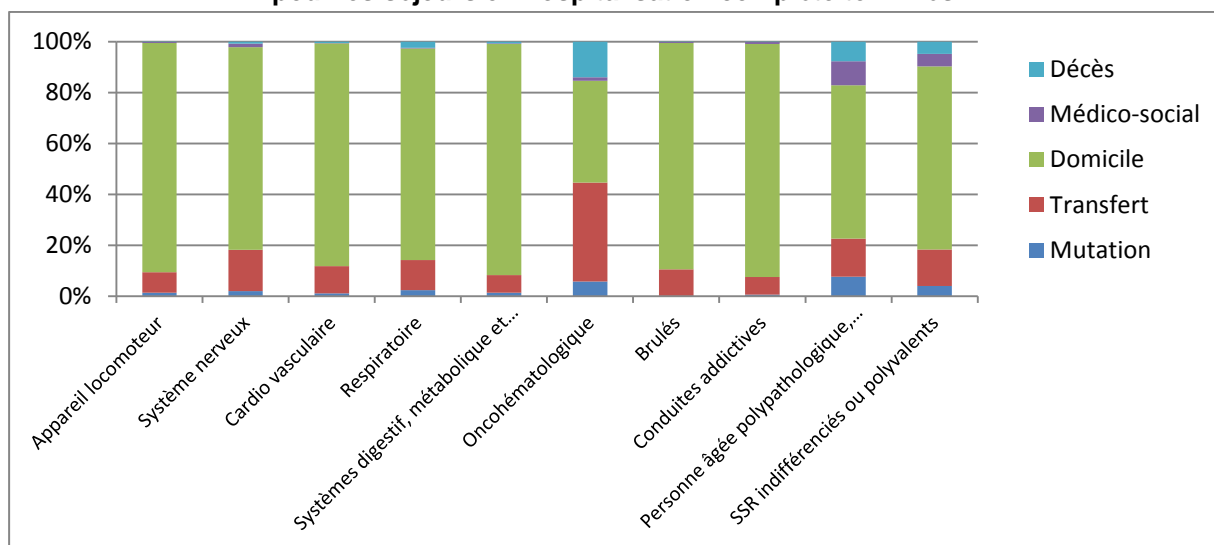
A signaler : étant donné que le taux des séjours avec un mode de sortie erroné n'est pas présenté (taux très faible et sans intérêt pour l'étude), l'addition des pourcentages présentés n'est parfois pas égale à 100%.

➤ Analyse par mention spécialisée

La mention spécialisée « oncohématologique » se démarque par un retour moins fréquent à domicile dans seulement 40% des cas, la fréquence des transferts vers un autre établissement étant plus élevée que la moyenne (39% 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).

Comme attendu, la mention spécialisée « Personne âgée polyopathologique, dépendante ou à risque de dépendance » présente le plus fort taux de retour vers le médico-social (9%) et un taux élevé de décès (8%).

Figure 9 Mode de sortie du SSR par mention spécialisée pour les séjours en hospitalisation complète terminés



IV. 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 ré-hospitalisation.

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 (moins de 3 000 séjours au niveau national) ce qui représente 0,3% 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 12 000 séjours, soit 1,1% des séjours d'hospitalisation complète. Il est constaté très peu de disparité régionale ; le taux maximum étant de 1,6% et le minimum de 0,4%. 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.

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

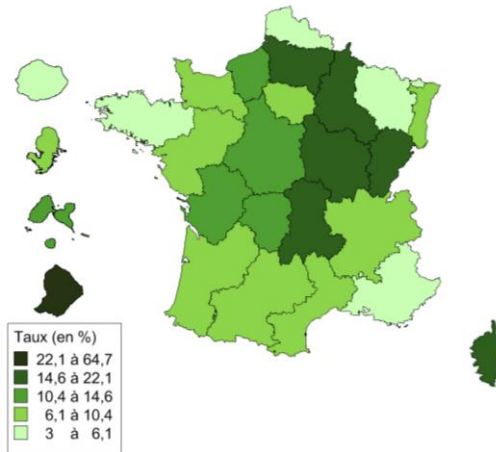
Le taux de fuite par région correspond à la part des séjours d'hospitalisation complète des patients résidant dans une région et réalisés hors de cette région

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

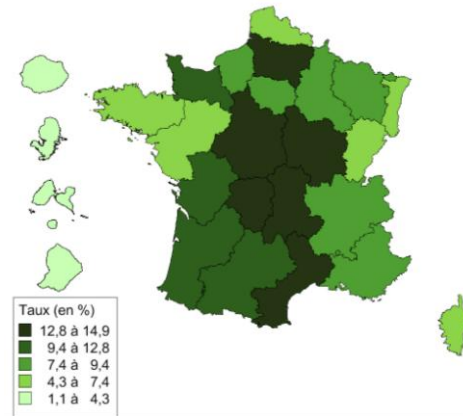
Les régions présentent des taux d'attractivité et de fuite très disparates.

- La Champagne Ardennes et la Corse relèvent les taux de fuite parmi les plus élevés (supérieur à 18%) témoignant probablement d'une couverture régionale des mentions spécialisées insuffisante par rapport aux besoins de la population ; leur taux d'attractivité étant en revanche inférieur ou égal à 8% (pas de mention spécialisée non observée dans les autres régions).
- La Picardie a également un taux de fuite important (18%) mais affiche, dans le même temps, un taux d'attractivité élevé (13%) : ce dernier élément est sans doute lié à la présence dans cette région de structures de niveau de recours national. Elle a en effet le plus fort taux d'attractivité pour les mentions spécialisées « locomoteur » (28%) et « Système nerveux » (23%).
- Le Nord Pas de Calais, la Bretagne, l'Alsace et la Réunion font apparaître un taux de fuite et un taux d'attractivité faibles (inférieurs à 7%), ces régions répondant aux besoins de leur population et n'ayant pas de mention spécialisée de niveau de recours national.

**Figure 11 : Taux de fuite par région
 journées en hospitalisation complète 2012**



**Figure 10 : Taux d'attractivité par région
 journées en hospitalisation complète 2012**



➤ **Analyse par âge**

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

- ils sont plus élevés pour les enfants, certaines régions présentant des taux supérieurs à 50% ;
- ils sont plus faibles pour les personnes âgées, seules la Guyane et la Corse ont des taux supérieurs à 15% pour une classe d'âge parmi les 75 ans et plus.

Les personnes âgées recourent essentiellement à des soins de proximité ; alors que les enfants ont recours à des établissements plus spécialisés, moins nombreux et qui nécessitent 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 concentration des établissements spécialisés, qui réalisent au total moins de 4% des journées SSR..

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

- la Bourgogne, qui présente les taux de fuite pour les enfants de 6-11 ans et 12-17 ans les plus élevés (en métropole) présente également les taux d'attractivité les plus élevés pour ces mêmes tranches d'âge, 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, ce qui peut être justifié par une importante implantation de MECSS dans cette région.

➤ **Analyse par mention spécialisée**

L'analyse par mention spécialisée montre que

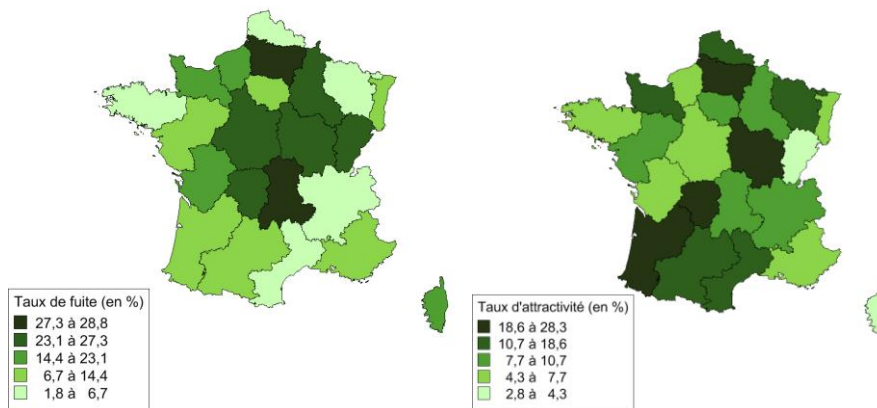
- la mention spécialisée « personne âgée » présente les taux de fuite et d'attractivité les plus faibles, ce qui confirme le recours pour cette population à des soins de proximité ;
- les mentions spécialisées « brûlés » et « conduites addictives » présentent en revanche les taux de fuite et d'attractivité les plus élevés ; ces taux pouvant être, pour certaines régions, supérieurs à 50%. Pour la mention spécialisée « brûlés », ces indicateurs sont cohérents avec le niveau de recours et la concentration des lieux de prise en charge pour répondre à des besoins représentant moins de 2% des journées SSR. Pour la mention spécialisée « conduites addictives », ces taux témoignent probablement du fait que cette prise en charge, existant dans d'autres champs d'activités (MCO et SSR), est différemment répartie entre ces champs.

Le Nord Pas de Calais et la Réunion sont les seules régions présentant un taux de fuite et un taux d'attractivité faibles pour l'ensemble des mentions spécialisées (<20%),

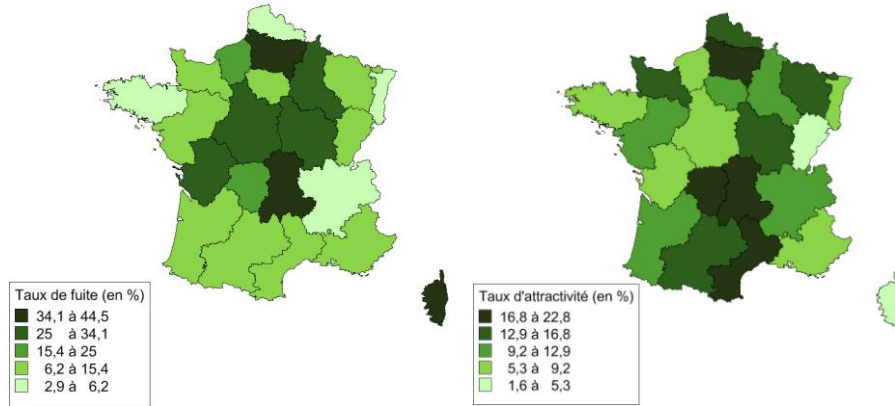
Pour les autres régions, les taux sont plus disparates selon la mention spécialisée. Les taux de fuite les plus importants sont constatés dans les « petites » régions alors qu'à l'inverse les taux d'attractivité les plus importants ne sont pas systématiquement constatés dans les « grosses » régions,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

Par mention spécialisée, des spécificités régionales peuvent apparaître, comme en Auvergne et Nord-Pas-de-Calais qui se caractérisent par un taux de fuite fort pour l'appareil locomoteur et un taux d'attractivité élevé pour le respiratoire.

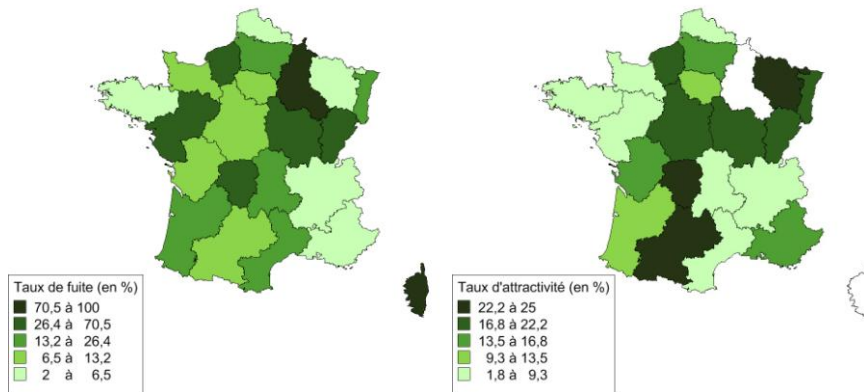
**Figure 12 : Taux de fuite et d'attractivité par région en 2012(hospitalisation complète)
APPAREIL LOCOMOTEUR**



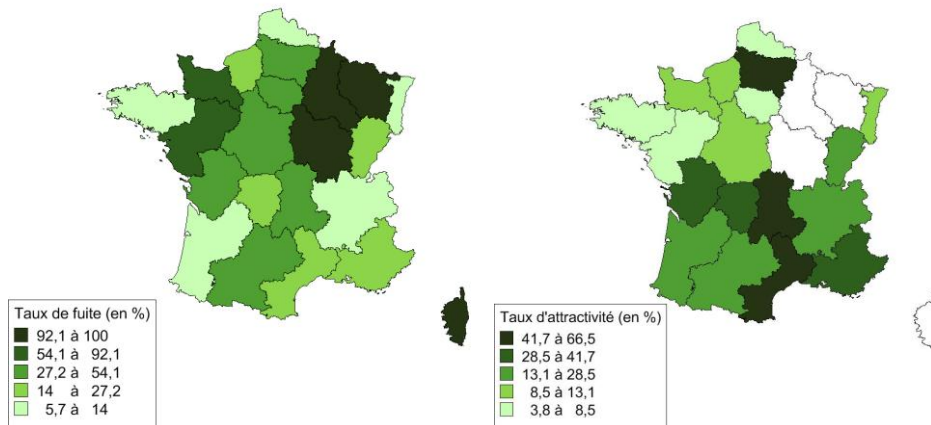
**Figure 13 : Taux de fuite et d'attractivité par région en 2012(hospitalisation complète)
 SYSTEME NERVEUX**



**Figure 14 : Taux de fuite et d'attractivité par région en 2012(hospitalisation complète)
 CARDIO VASCULAIRE**



**Figure 15 : Taux de fuite et d'attractivité par région en 2012(hospitalisation complète)
 RESPIRATOIRE**



ANNEXES

ANNEXE 1 : Descriptif des indicateurs fournis par l'ATIH

Base de données : Utilisation de la base de données PMSI SSR 2012

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.

Définition – le séjour

L'analyse porte uniquement sur l'activité prise en charge en hospitalisation complète (les séances sont donc exclues). Le terme de « séjour » renvoie à la définition du PMSI qui ne correspond pas à celle du séjour administratif. Le séjour est identifié par le numéro de séjour du PMSI SSR 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) basé sur le nombre de journée de présence plutôt que sur la durée du séjour au sens date de sortie – date d'entrée.

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 prises en charge en 2012 sont incluses, même si la prise en charge a commencé en 2011, ou s'est prolongée en 2013.

Les séjours ayant débuté avant 2012 ou s'étant terminés après 2012 sont tronqués, l'analyse des durées de prise en charge étant limitée aux journées de présence 2012.

Pour le taux d'entrée directe (indicateur 2) Seuls les séjours d'hospitalisation complète sont sélectionnés.

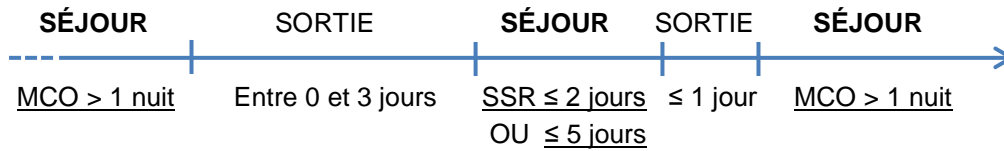
Pour la répartition des séjours selon le mode de sortie (indicateur 4)

Seuls les séjours en hospitalisation complète terminés en 2012 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 ré-hospitalisations d'au moins une nuit en MCO après moins de 2 ou 5 jours en SSR.

Schéma des critères retenus pour le retour précoce en MCO



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

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

Les résultats sont présentés selon deux déclinaisons :

- en tranches d'âge
- en types d'autorisation de l'unité médicale

Liste des tranches d'âge :

- inférieur à 6 ans
- de 6 à 11 ans
- de 12 à 17 ans
- de 18 à 64 ans
- de 65 à 74 ans
- de 75 à 79 ans
- de 80 à 84 ans
- de 85 à 89 ans
- supérieur ou égal à 90 ans

Liste des types d'autorisation de l'unité médicale :

1. Affections de l'appareil locomoteur
2. Affections du système nerveux
3. Affections cardiovasculaires
4. Affections respiratoires
5. Affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien
6. Affections oncohématologiques
7. Affections des brûlés
8. Affections liées aux conduites addictives
9. Affections de la personne âgée polyopathologique, dépendante ou à risque de dépendance
10. Soins de suite et de réadaptation indifférenciés ou polyvalents

ANNEXE 2 : Données de cadrage – nombre de séjours

- Nombre de séjours par tranche d'âge

Tranche d'âge	Nombre de séjours	- dont nombre de séjours en hospitalisation complète	Part des séjours en hospitalisation complète
TOTAL	1 338 272	1 056 326	78.9%
Moins de 6 ans	17 599	6 956	39.5%
De 6 à 11 ans	24 632	10 451	42.4%
De 12 à 17 ans	38 539	22 820	59.2%
De 18 à 64 ans	446 221	282 867	63.4%
De 65 à 74 ans	207 702	169 259	81.5%
De 75 à 79 ans	152 098	135 592	89.1%
De 80 à 84 ans	188 496	174 881	92.8%
De 85 à 89 ans	167 152	159 915	95.7%
90 ans et plus	95 833	93 585	97.7%

➤ Nombre de séjours par mention spécialisée

Mention spécialisée	Nombre de séjours	- dont nombre de séjours en hospitalisation complète	Part des séjours en hospitalisation complète
TOTAL	1 338 272	1 056 326	78.9%
Appareil locomoteur	224 336	146 277	65.2%
Système nerveux	132 191	73 982	56.0%
Cardio vasculaire	85 177	48 092	56.5%
Respiratoire	35 444	28 234	79.7%
Systèmes digestif, métabolique et endocrinien	49 379	37 102	75.1%
Oncohématologique	4 956	4 932	99.5%
Brulés	5 536	3 112	56.2%
Conduites addictives	28 424	25 213	88.7%
Personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	205 064	193 154	94.2%
SSR indifférenciés ou polyvalents	567 765	496 228	87.4%