

Etat des lieux 2013 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 médico-économique en SSR en 2012 (classification GME). Les indicateurs ont fait l'objet d'une actualisation sur les données 2012 et viennent d'être mis à jour avec les données 2013. 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 précisions de codage ont été apportées pour le recueil de l'activité 2014.

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 2013, les établissements SSR ont produit près de 1,4 millions de séjours dont presque 1,1 millions en hospitalisation complète. Ce type de prise en charge augmente avec l'âge des patients et elle est plutôt variable selon les mentions spécialisées.

Tableau 1 : Nombre de séjours par tranche d'âge en 2013

Tranche d'âge	Nombre de séjours	- dont nombre de séjours en hospitalisation complète	Part des séjours en hospitalisation complète
TOTAL	1 374 671	1 067 729	77.7%
Moins de 6 ans	15 996	7 184	44.9%
De 6 à 11 ans	24 346	11 056	45.4%
De 12 à 17 ans	40 231	24 163	60.1%
De 18 à 64 ans	462 507	281 065	60.8%
De 65 à 74 ans	219 104	174 216	79.5%
De 75 à 79 ans	149 451	131 561	88.0%
De 80 à 84 ans	189 003	174 744	92.5%
De 85 à 89 ans	170 433	162 567	95.4%
90 ans et plus	103 600	101 173	97.7%

Tableau 2 : Nombre de séjours par mention spécialisée en 2013

Mention spécialisée	Nombre de séjours	- dont nombre de séjours en hospitalisation complète	Part des séjours en hospitalisation complète
TOTAL	1 374 671	1 067 729	77.7%
Appareil locomoteur	236 648	149 408	63.1%
Système nerveux	144 151	82 598	57.3%
Cardio vasculaire	96 754	49 505	51.2%
Respiratoire	34 635	26 867	77.6%
Systèmes digestif, métabolique et endocrinien	55 201	40 042	72.5%
Oncohématologique	6 103	6 082	99.7%
Brulés	6 281	4 203	66.9%
Conduites addictives	31 781	26 168	82.3%
Personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance	223 693	206 962	92.5%
SSR indifférenciés ou polyvalents	539 424	475 894	88.2%

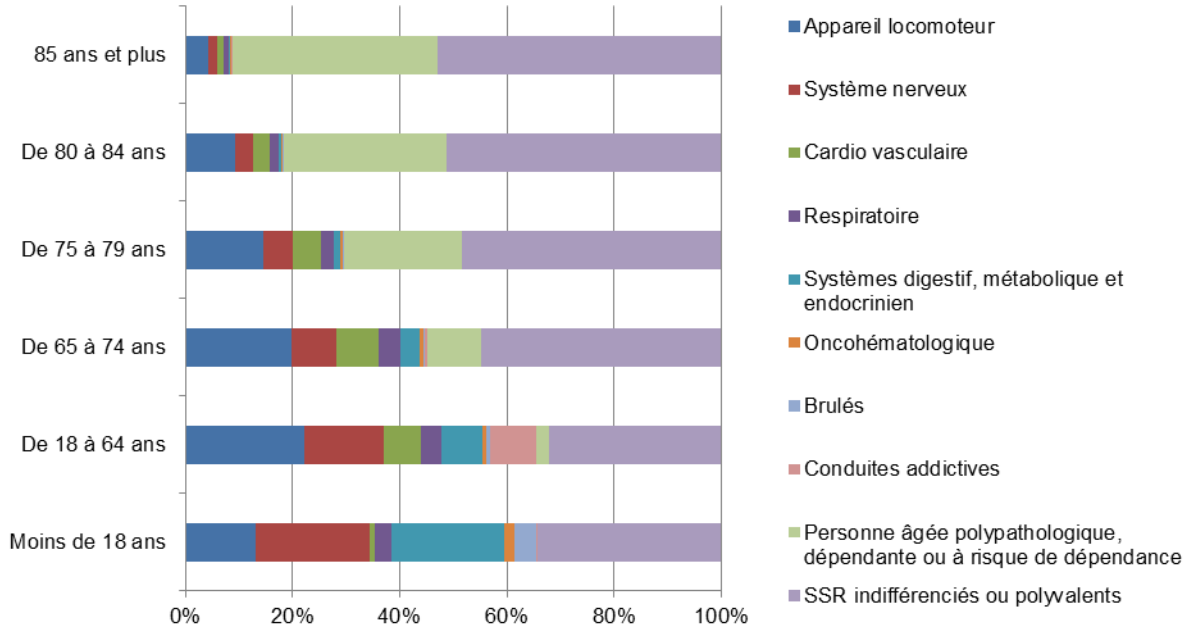
Le croisement de l'âge et de la mention spécialisée fait apparaître que les prises en charge des patients de moins de 18 ans se concentrent particulièrement sur trois types de prises en charge : celles des « affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien », des « affections du système nerveux » et des « affections de l'appareil locomoteur ». Ces trois spécialités représentent 56% 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 ».

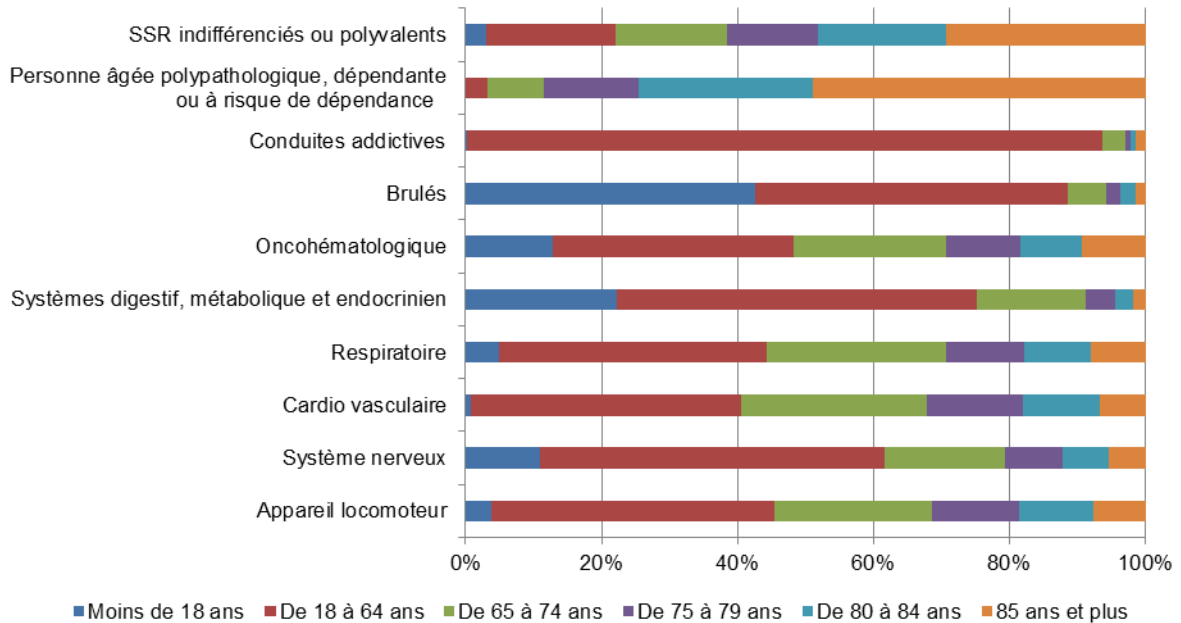
Environ la moitié des séjours pour affections cardio-vasculaires concernent des patients âgés entre 18 et 64 ans et pour l'autre moitié des patients de plus de 65 ans. Enfin, les patients âgés entre 18 et 74 ans sont le plus souvent hospitalisés pour des affections de l'appareil locomoteur.

Figure 1 : Répartition du nombre de séjours en hospitalisation complète 2013, 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 2013, 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 24 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 charge 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 supérieures à 48H, leur durée de prise en charge peut en être « artificiellement » diminuée. Il convient ainsi d'interpréter ces données avec précautions, en les accompagnant 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 48 jours.

➤ 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 9 jours. Les prises en charge les plus longues sont observées en Ile-de-France et Corse, où 25% des séjours ont une durée supérieure à 44 jours. L'amplitude de l'intervalle interquartile varie entre les régions : il est de 17 jours en Guadeloupe et Limousin ; et de 30 jours en Ile-de-France et à La Réunion, soit une différence de 13 jours.

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

- plus longue en Corse, en moyenne à 40 journées ;
- plus courte en Guadeloupe, en moyenne à 22 journées.

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

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 2013, ce taux atteint 21,5% au niveau national, il était de 21,1% en 2012 et de 20,8% en 2010. Il est très variable d'une région à l'autre : il est supérieur à 40% en Guyane, 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 78,5% 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 87% chez les 6-11 ans. Il décroît ensuite avec l'âge : 36% pour les patients de 18 à 64 ans et entre 10% et 18% 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 (figure 3). Les adultes et les personnes âgées 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 mention spécialisée

Les entrées directes sont les plus fréquentes pour les mentions spécialisées « digestif » où elles représentent près de 74% des entrées et « respiratoire » près de 55% des entrées (figure 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 2 : Taux d'entrée directe en SSR par tranche d'âge hospitalisation complète 2013

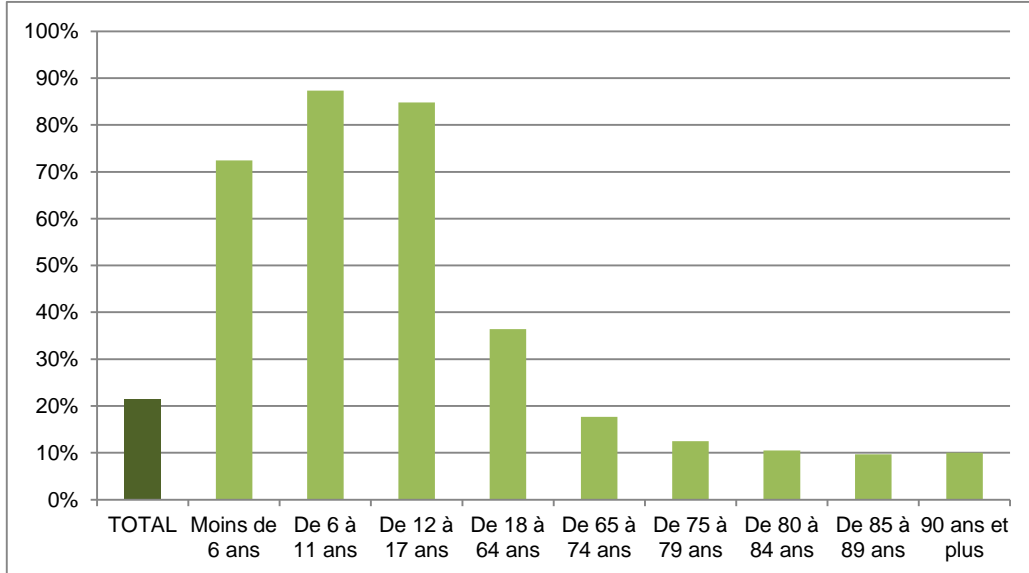
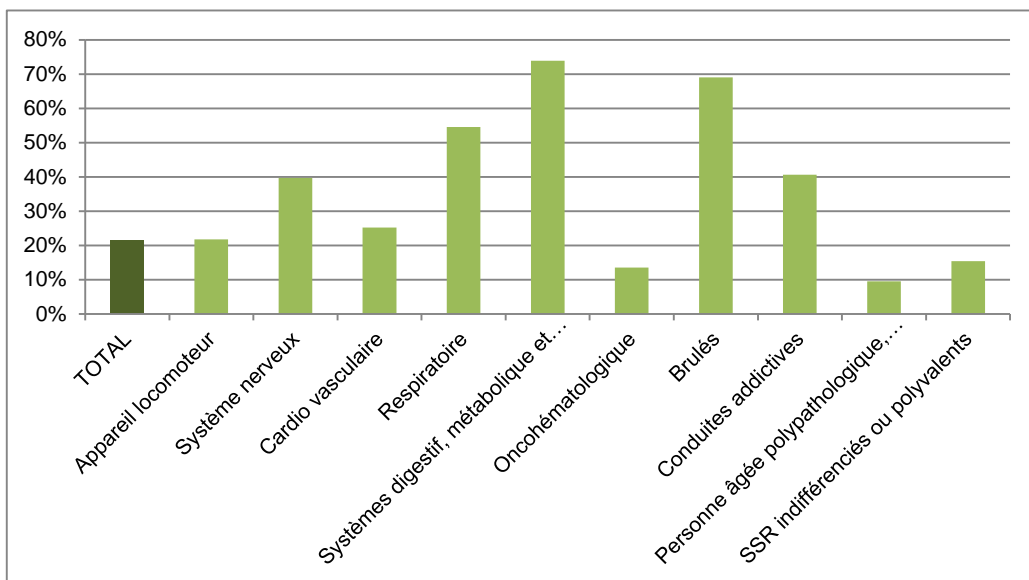


Figure 3 : Taux d'entrée directe en SSR par mention spécialisée hospitalisation complète 2013



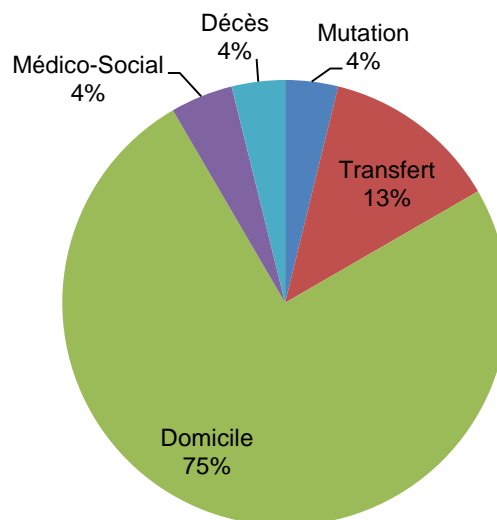
III. Une sortie vers le domicile privilégiée

En 2013 comme en 2012, 75% des séjours en hospitalisation complète se sont terminés par un retour au domicile. A ce nombre, s'ajoutent les 4,5% de 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 quelques 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 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 4 : 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 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 la région 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 1,4% chez les patients de 18 à 64 ans à 9,2% chez les plus de 90 ans.

➤ 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 (35% 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 (9,9%) et un taux élevé de décès (7,5%).

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 (environ 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 environ 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 0,3% (hors Guyane). 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-Ardenne et la Corse relèvent les taux de fuite parmi les plus élevés (supérieur à 17%) 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 et l'Auvergne ont également des taux de fuite important (respectivement 19% et 17%) mais affichent, dans le même temps, un taux d'attractivité élevé (15%) : ce dernier élément est sans doute lié à la présence dans ces régions de structures de niveau de recours national.
- Le Nord Pas de Calais, la Bretagne et la Réunion font apparaître un taux de fuite et un taux d'attractivité faibles (inférieurs à 6%), ces régions répondant aux besoins de leur population et n'ayant pas de mention spécialisée de niveau de recours national.

Figure 5 : Taux de fuite par région séjours en hospitalisation complète 2013

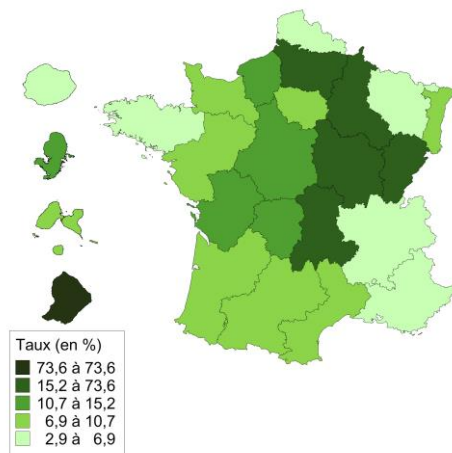
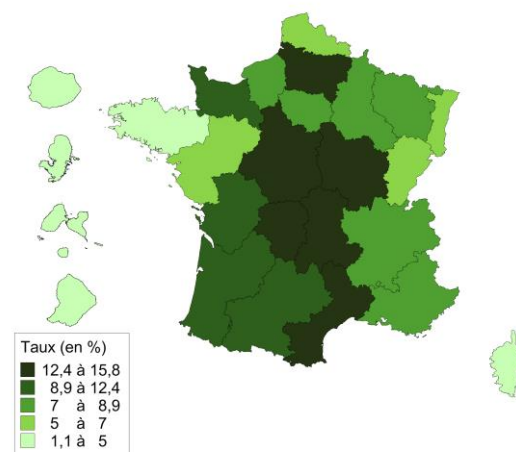


Figure 6 : Taux d'attractivité par région séjours en hospitalisation complète 2013



➤ 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.

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 de certaines pathologies pédiatriques SSR, mais absence 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 des taux de fuite et d'attractivité 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 spécifiques représentant une très faible part 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 (<15%),

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 ».

ANNEXES

ANNEXE 1 : Descriptif des indicateurs fournis par l'ATIH

Base de données : Utilisation de la base de données PMSI SSR 2013

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 2013 sont incluses, même si la prise en charge a commencé en 2012, ou s'est prolongée en 2014.

Les séjours ayant débuté avant 2013 ou s'étant terminés après 2013 sont tronqués, l'analyse des durées de prise en charge étant limitée aux journées de présence 2013.

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

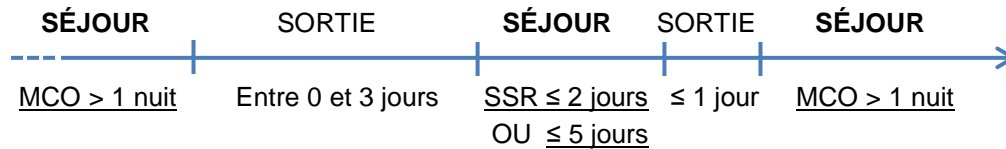
Pour la répartition des séjours selon le mode de sortie (indicateur 4) :

Seuls les séjours en hospitalisation complète terminés en 2013 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% des 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 polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance
10. Soins de suite et de réadaptation indifférenciés ou polyvalents