

SOMMAIRE // Contents

ARTICLE // Article

Maladies à caractère professionnel chez les intérimaires en France entre 2009 et 2014
// Work-related diseases in temporary workers in France between 2009 and 2014p. 524
Stéphanie Rivière et coll.
Santé publique France, Occitanie, Toulouse, France

ARTICLE // Article

État de santé des patients se déclarant mineurs non accompagnés et non reconnus mineurs : enquête rétrospective au sein de la Permanence d'accès aux soins de santé de l'Hôtel-Dieu
// Health condition of patients self-reporting as unaccompanied minors and not recognized as such: Retrospective survey within the Hôtel-Dieu health platform PASSp. 531
Anna Hourdet et coll.
Service de médecine sans rendez-vous Pass, CHU Hôtel-Dieu, Paris, France

ARTICLE // Article

Les hospitalisations en soins de suite et de réadaptation spécialisés pour les affections du système nerveux en 2017
// Hospitalizations in post-acute rehabilitation units specialized for neurological diseases in 2017p. 538
Christine de Peretti et coll.
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), Sous-Direction OSAM, Paris, France

La reproduction (totale ou partielle) du BEH est soumise à l'accord préalable de Santé publique France. Conformément à l'article L. 122-5 du code de la propriété intellectuelle, les courtes citations ne sont pas soumises à autorisation préalable, sous réserve que soient indiqués clairement le nom de l'auteur et la source, et qu'elles ne portent pas atteinte à l'intégrité et à l'esprit de l'oeuvre. Les atteintes au droit d'auteur attaché au BEH sont passibles d'un contentieux devant la juridiction compétente.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur <https://www.santepubliquefrance.fr/revues/beh/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire>

Directeur de la publication : Jean-Claude Desenclos, directeur scientifique, adjoint à la directrice générale de Santé publique France
Rédactrice en chef : Valérie Colombani-Cocuron, Santé publique France, redaction@santepubliquefrance.fr
Rédactrices en chef adjointes : Frédérique Biton-Debernardi et Jocelyne Rajnchapel-Messaï
Secrétariat de rédaction : Marie-Martine Khamassi, Farida Mihoub
Comité de rédaction : Raphaël Andler, Santé publique France; Thierry Blanchon, Iplesp; Florence Bodeau-Livinec, EHESP; Bertrand Gagnière, Santé publique France - Bretagne; Isabelle Grémy, ORS Île-de-France; Anne Guinard/Damien Mouly, Santé publique France - Occitanie; Nathalie Jourdan-Da Silva, Santé publique France; Philippe Magne, Santé publique France; Valérie Olié, Santé publique France; Alexia Peyronnet, Santé publique France; Annabel Rigou, Santé publique France; Hélène Therre, Santé publique France; Sophie Vaux, Santé publique France; Isabelle Villena, CHU Reims.
Santé publique France - Site Internet : <http://www.santepubliquefrance.fr>
Préresse : Jouve
ISSN : 1953-8030

MALADIES À CARACTÈRE PROFESSIONNEL CHEZ LES INTÉRIMAIRES EN FRANCE ENTRE 2009 ET 2014

// WORK-RELATED DISEASES IN TEMPORARY WORKERS IN FRANCE BETWEEN 2009 AND 2014

Stéphanie Rivière¹ (stephanie.riviere@santepubliquefrance.fr), Véronique Tassy², Isabelle Bonmarin³, Juliette Chatelot³

¹ Santé publique France, Occitanie, Toulouse, France

² Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte), Inspection médicale, Nantes, France

³ Santé publique France, Saint-Maurice, France

Soumis le 20.01.2020 // Date of submission: 01.20.2020

Résumé // Abstract

Introduction – L'objectif de ce travail était de comparer la fréquence et les caractéristiques des maladies à caractère professionnel (MCP) chez les intérimaires et chez les salariés en contrat à durée indéterminée (CDI) en France entre 2009 et 2014.

Matériel/méthodes – Les médecins du travail participant au programme de surveillance des MCP ont signalé les cas de MCP et leurs agents d'expositions pour tous les salariés vus en visite pendant les périodes de recueil. Les troubles musculo-squelettiques (TMS) et la souffrance psychique ont été analysés selon le type de visite, en utilisant une analyse multivariée.

Résultats – Parmi les 370 064 salariés étudiés (6,2% intérimaires, 93,8% en CDI), aucune association n'a été mise en évidence entre le statut d'intérimaire et les TMS de l'épaule, du coude ou de la main/poignet liés au travail. Le statut d'intérimaire était associé négativement à la souffrance psychique liée au travail (OR=0,4, IC95%: [0,3-0,5]), quel que soit le type de consultation, et aux TMS du rachis en visite à la demande de reprise (OR=0,2% [0,1-0,5] ou en visite périodique (OR=0,3 [0,2-0,7]).

Discussion/conclusion – Si les résultats concernant les TMS du rachis reflèteraient plutôt l'effet travailleur sain, les résultats concernant la souffrance psychique suggèrent qu'une santé mentale dégradée, souvent mise en évidence chez les intérimaires dans les études antérieures, pourrait être plutôt liée à une dégradation de l'état de santé global ou à l'insécurité vécue au travail plutôt qu'aux conditions de travail elles-mêmes.

Introduction – the objective of this study was to compare the frequencies and the characteristics of uncompensated work-related diseases (UWRD) in temporary workers with permanent contract workers in France between 2009 and 2014.

Material/Methods – Occupational physicians participating in the WRD surveillance program reported cases of WRD and their exposure agents for all employees seen during collection periods. Musculoskeletal disorders (MSDs) and mental distress were analyzed by type of visit, using multivariate analysis.

Results – Of the 370, 064 salaried workers analyzed (6.2% and 93.8% with temporary and permanent contracts, respectively), no association were observed between temporary status and work-related shoulder, elbow and hand/wrist MSD. Temporary status was negatively associated with MHD irrespective of the type of consultation (OR=0.4, 95%CI: [0.3-0.5]) and with rachis MSD during on-demand/return-to-work consultations (OR=0.2 [0.1-0.5] and during periodic check-ups (OR=0.3 [0.2-0.7]).

Discussion/conclusion – If results regarding rachis MSD may be a reflect of the healthy worker effect, the results regarding MHD suggest that the poor health status found in temporary workers in previous studies may be linked more to their general health status and perceived job insecurity, or decreasing trajectories than to poorer working conditions.

Mots-clés : Surveillance, Maladie à caractère professionnel, Intérimaire

// **Keywords**: Surveillance, Work-related disease, Temporary worker

Introduction

Depuis les années 80, le pourcentage de travailleurs intérimaires augmente dans de nombreux pays européens. En France, il est passé de 1,0 à 3,1% entre 1982 et 2019^{1,2}. L'environnement de travail des intérimaires se caractérise souvent par une insécurité

dans l'emploi et une exposition à des conditions de travail plus difficiles, liées notamment à l'occupation des postes les moins qualifiés. Par conséquent, de nombreuses études ont investigué l'état de santé de cette population, en particulier la santé mentale. Elles ont montré que le travail temporaire était souvent associé à une moins bonne santé mentale

que les autres types de travail³⁻⁷. De plus, les travailleurs temporaires sont plus souvent exposés aux contraintes biomécaniques, en particulier de la main-poignet, qui peuvent conduire à un risque plus élevé de troubles musculo-squelettiques (TMS)⁸⁻¹⁰. Cependant, il n'est pas facile d'établir clairement si la santé dégradée chez les intérimaires est une cause ou une conséquence du travail intérimaire¹¹⁻¹³. Bien que des études chez les travailleurs intérimaires aient investigué leur état de santé global, à notre connaissance, aucune n'a étudié spécifiquement les maladies liées au travail ou la fraction attribuable au travail. La plupart des études se sont intéressées aux accidents du travail ou aux absences pour maladie liée au travail. Elles ont montré que les intérimaires présentaient un risque plus élevé d'accident du travail que les travailleurs permanents¹⁴⁻¹⁷, attribué aux périodes de formation plus courtes, au manque d'expérience dans les tâches et au manque de connaissance des dangers sur le lieu de travail¹⁴. *A contrario*, les études sur les absences pour maladie liée au travail montrent soit un risque plus faible, soit aucune association significative avec le travail intérimaire¹⁸⁻²⁰. L'utilisation des maladies professionnelles reconnues par les systèmes d'indemnisation comme indicateur de maladies liées au travail chez les intérimaires est difficile en raison de la sous-déclaration de ces maladies, d'autant plus importante pour cette population. En effet, les intérimaires sont moins enclins à déclarer leurs maladies liées au travail que les salariés permanents²¹. En France, l'existence du système de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP) depuis 2007 représente une opportunité pour étudier spécifiquement les maladies en lien avec le travail chez les intérimaires.

Dans cette population pour laquelle il existe peu de données sur les maladies en lien avec le travail, cette étude a pour but de comparer les MCP entre les intérimaires et les salariés en contrat à durée indéterminée (CDI) afin d'identifier leurs caractéristiques chez les intérimaires.

Méthode

Le programme de surveillance des MCP repose sur un réseau multirégional de médecins du travail volontaires et leurs équipes, qui participent à des périodes de recueil de données de 15 jours deux fois par an, appelées « Quinzaines MCP »²². Ces médecins recueillent les données socioprofessionnelles de tous les salariés vus en visite médicale du travail et des données médicales pour les salariés diagnostiqués avec une MCP pour toutes les consultations ayant lieu durant les Quinzaines. Dans ce programme, une MCP est définie comme tout symptôme ou toute maladie considérés comme liés au travail par le médecin du travail et qui ne sont pas reconnus en maladie professionnelle au moment de la visite médicale. Cette définition s'appuie sur l'article L 461-6 du code de la Sécurité sociale : « *Est obligatoire, pour tout docteur en médecine qui peut en connaître l'existence, notamment les médecins*

du travail, la déclaration de tout symptôme d'imprégnation toxique et de toute maladie, lorsqu'ils ont un caractère professionnel et figurent sur une liste établie par arrêté interministériel, après avis du conseil supérieur de la prévention des risques professionnels. Il doit également déclarer tout symptôme et toute maladie non compris dans cette liste mais qui présentent, « à son avis », un caractère professionnel ». Les médecins du travail signalent également les agents d'exposition identifiés en lien avec les maladies diagnostiquées sur la base de leur expertise professionnelle, dans ce cas aussi. Ils recueillent en clair ces informations sur une fiche recto. La pathologie ou les symptômes sont ensuite codés selon la classification internationale des maladies – 10^e révision (CIM-10). Les agents d'expositions sont codés selon le thésaurus des expositions professionnelles²³.

Les informations recueillies incluent le sexe, l'âge, le secteur d'activité codé selon la classification 2008 de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee)²⁴, la profession (codée selon la classification socioprofessionnelle 2003 de l'Insee²⁵), et le type de contrat (intérimaire, contrat à durée déterminée (CDD), contrat à durée indéterminée (CDI), saisonnier, apprenti...). Le type de visite médicale est également enregistré : visite d'embauche, périodique, de reprise, pré-reprise ou à la demande. La définition des intérimaires retenue pour cette étude a été basée sur la variable « type de contrat », en retenant la modalité « intérim ».

Entre 2009 et 2014, de 11 à 15 régions métropolitaines (sur 22) ont été incluses annuellement dans le programme et entre 453 à 962 médecins ont participé. Les données ont été cumulées sur ces six années afin de disposer d'un nombre suffisant d'intérimaires pour réaliser les analyses. Les intérimaires ont été comparés aux salariés en CDI. Bien que non nulle, la probabilité qu'un même salarié soit inclus plusieurs fois dans le recueil MCP sur une même année ou sur plusieurs années est très faible.

Les taux de prévalence des MCP et leur intervalle de confiance à 95% (IC95%) ont été calculés en divisant le nombre de salariés diagnostiqués avec une MCP par le nombre total de salariés ayant été vus pendant les Quinzaines.

La distribution des agents d'exposition signalés par les médecins pour les TMS et la souffrance psychique a été comparée entre les salariés intérimaires et ceux en CDI. Comme l'accès aux visites médicales du travail est influencé par le type de contrat, le taux de prévalence des MCP a été calculé selon le type de visite. Les analyses multivariées ont été réalisées pour évaluer les odds ratio (OR) de MCP chez les intérimaires par rapport aux salariés en CDI, en ajustant sur l'âge, le sexe, le secteur économique (le secteur des services incluant les agences de travail temporaire *versus* les autres secteurs), la catégorie socioprofessionnelle (ouvrier, employé, profession intermédiaire et cadre) et en stratifiant sur le type de visite, toutes visites confondues sauf

si l'interaction entre la variable « type de contrat » et « type de visite » était significative. Les analyses ont été réalisées avec le logiciel Stata® v.11.0.

Résultats

Entre 2009 et 2014, 433 148 salariés (56,7% d'hommes), d'un âge moyen de 39,5 ans (écart-type 1,8 ans) ont été vus en visite dans le cadre du programme MCP dans les régions participantes. Comparée à la population des travailleurs salariés selon le recensement Insee 2014, les hommes vus dans le cadre du programme MCP étaient légèrement surreprésentés (56,7% vs 49,8%). Les secteurs d'activité étaient globalement bien représentés (agriculture/sylviculture/pêche : 1,9% vs 1,2% ; construction : 7,5% vs 5,7% ; commerce : 13,8% vs 12,5% ; transport et stockage : 5,9% vs 5,5%, activités financières, d'assurance, activités spécialisées, scientifiques et techniques et activités de service administratifs et de soutien 13,4% vs 11,3%), à l'exception du secteur de l'industrie et l'extraction surreprésenté (22,0% vs 12,8%) et du secteur de l'administration et de l'éducation/santé/action sociale sous-représenté (19,7% vs 33,7%) ($p < 0,05$).

Parmi les salariés qui ont consulté durant les Quinzaines MCP, 5,3% étaient des intérimaires, 80,2% étaient en CDI, 14,5 % avaient un autre type de contrat (CDD, saisonnier, apprenti...). Ces derniers ont été exclus de l'analyse qui a donc porté sur 370 064 salariés (6,2% d'intérimaires).

En comparaison avec les salariés en CDI, les intérimaires étaient plus jeunes, plus souvent des hommes et plus souvent ouvriers (tableau 1). De plus, parmi les ouvriers, 59,4% des intérimaires étaient non qualifiés, alors que cette part n'était que de 34,0% chez les salariés en CDI ($p < 0,05$).

Comme les intérimaires changent souvent d'emploi, la plupart des consultations concernaient des visites d'embauche (77,1%), suivies par des visites périodiques (17,9%). Pour les salariés en CDI, les visites les plus fréquentes étaient les visites périodiques (61,8%), suivies des visites de reprise/pré-reprise (15,3%).

La prévalence d'au moins une MCP était de 2,2% chez les intérimaires et de 7,0% chez les salariés en CDI. Après ajustement, l'intérim était associé négativement à la souffrance psychique, toutes visites confondues et pour chaque type de visite, et aux TMS du rachis (tableau 2) lors des visites à la demande/de reprise/pré-reprise et lors des visites périodiques. Aucune association n'était observée entre l'intérim et les TMS de l'épaule, du coude, ou de la main-poignet, quel que soit le type de visite.

Pour l'ensemble des TMS, les mouvements répétitifs étaient signalés comme agent d'exposition suspecté plus fréquemment pour les intérimaires que pour les salariés en CDI (tableau 3). *A contrario*, le port de charges lourdes était plus fréquemment rapporté pour les salariés en CDI que pour les intérimaires.

Aucune différence n'était observée entre les deux groupes pour l'exposition aux vibrations (véhicule ou outils à main) ou pour les facteurs psycho-sociaux.

Pour la souffrance psychique, les exigences inhérentes à l'activité (horaires de travail, rythme automatique imposé par des machines...) étaient signalées plus souvent pour les intérimaires que pour les salariés en CDI. *A contrario*, les problèmes d'organisation du travail (management) et les difficultés relationnelles entre collègues ou avec les supérieurs étaient rapportés moins fréquemment chez les intérimaires.

Discussion-conclusion

Notre étude n'a pas montré d'association entre le statut d'intérimaire et les TMS de la main-poignet, du coude ou de l'épaule liés au travail. En revanche, l'intérim était associé négativement à la souffrance psychique et aux TMS du rachis liés au travail.

La comparaison avec la littérature est difficile pour plusieurs raisons. Tout d'abord, la définition de travailleurs intérimaires peut varier selon les études et les pays. De plus, aucune étude n'a investigué spécifiquement les maladies en lien avec le travail chez les intérimaires. Les seules comparaisons possibles concernent les accidents du travail ou les absences pour maladie liée au travail. Elles ont montré que les intérimaires présentaient un risque plus élevé d'accident du travail que les travailleurs permanents^{3,7,26,27}. En revanche, les études sur les absences pour maladie liée au travail, montrent soit un risque plus faible, soit aucune association significative avec le travail intérimaire¹⁸⁻²⁰. Nos résultats vont dans le même sens que ces études et ne montrent pas un risque plus élevé de maladie liée au travail chez les intérimaires. Plusieurs hypothèses pourraient expliquer ces résultats. Comme les intérimaires changent souvent d'emploi et ont donc des périodes d'emploi plus courtes que les salariés en CDI¹⁴, ils peuvent être moins exposés sur la durée aux différentes contraintes. Une autre explication pourrait être que les intérimaires sous-déclarent leurs problèmes de santé en visite médicale du travail en raison de l'insécurité de leur emploi.

Dans notre étude, nous trouvons que les mouvements répétitifs sont plus souvent signalés par les médecins du travail comme agent d'exposition chez les intérimaires que chez les salariés en CDI. Ceci est cohérent avec plusieurs études qui montrent que les intérimaires sont plus exposés aux contraintes biomécaniques et au travail répétitif, en particulier au niveau des bras/poignet/main^{9,14}. Pour autant, les TMS de la main-poignet, de l'épaule et du coude n'étaient pas associés au statut d'intérimaire, toutes choses étant égales par ailleurs (notamment l'âge). Les études précédentes qui ont investigué les TMS parmi les travailleurs intérimaires, sans regarder spécifiquement ceux liés au travail, montrent des résultats hétérogènes. Une étude menée en France ne montre pas d'association entre le travail

Tableau 1

Description des salariés selon le type de contrat. Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel, 2009-2014, France

| | Intérimaires | | Salariés en CDI | | p |
|---|--------------|------|-----------------|------|--------|
| | N=22 849 | % | N=347 215 | % | |
| Genre* | | | | | |
| Femme | 5 045 | 22,1 | 150 913 | 43,5 | <0,001 |
| Homme | 17 803 | 77,9 | 196 270 | 56,5 | |
| Âge* | | | | | |
| <25 ans | 6 363 | 29,1 | 22 420 | 6,5 | <0,001 |
| 25-34 ans | 7 378 | 32,3 | 78 811 | 22,7 | |
| 35-44 ans | 4 893 | 21,4 | 96 890 | 27,9 | |
| 45-54 ans | 3 024 | 13,3 | 102 603 | 29,6 | |
| ≥55 ans | 889 | 3,9 | 46 203 | 13,3 | |
| Catégorie socioprofessionnelle* | | | | | |
| Agriculteurs exploitants | 0 | 0,0 | 10 | <0,1 | <0,001 |
| Artisans, commerçants et chefs d'entreprise | 0 | 0,0 | 394 | 0,1 | |
| Cadres et professions intellectuelles supérieures | 115 | 0,5 | 27 517 | 7,9 | |
| Professions intermédiaires | 831 | 3,6 | 72 462 | 20,9 | |
| Employés | 1 544 | 6,8 | 102 287 | 29,5 | |
| Ouvriers | 20 314 | 89,1 | 144 181 | 41,6 | |
| Étudiants | 1 | 0,0 | 10 | <0,1 | |
| Type de visite médicale | | | | | |
| Embauche | 17 645 | 77,2 | 45 572 | 13,2 | <0,001 |
| À la demande | 478 | 2,1 | 34 045 | 9,8 | |
| Périodique | 4 100 | 18,0 | 213 986 | 61,8 | |
| Reprise/pré-reprise | 623 | 2,7 | 52 920 | 15,3 | |

* Données manquantes pour l'âge, le genre et la catégorie socioprofessionnelle ≤1,3%.

en agence temporaire et les TMS de l'épaule, du coude et du membre supérieur, mais un risque plus élevé de TMS de la main-poignet chez les ouvriers d'agences de travail temporaire⁹. Une autre étude française montre que le risque de douleur de l'épaule est plus élevé chez les intérimaires que chez les autres salariés, uniquement chez les femmes¹⁰.

Nous avons mis en évidence une association négative entre l'intérim et les TMS du rachis, en visite périodique et en visite à la demande/reprise/pré-reprise, mais aucune différence en visite d'embauche. Ce résultat pourrait être lié à « l'effet du travailleur sain »³. Les TMS du rachis sont à l'origine des arrêts de travail les plus longs et les plus répétitifs et sont de ce fait plus stigmatisants. Il est possible que les intérimaires avec des TMS du rachis soient plus fréquemment exclus du travail (et donc non reçus en visite périodique). *A contrario*, pour les salariés en CDI qui ne peuvent pas être licenciés facilement, des actions de maintien dans l'emploi sont probablement plus fréquentes (ce qui explique que ces salariés continuent d'être vus en visite périodique ou à la demande/reprise/pré-reprise).

Enfin, notre étude montre que la souffrance psychique liée au travail est moins fréquente chez les intérimaires que chez les salariés permanents.

Des études précédentes, portant sur la santé mentale ont montré que le travail temporaire était associé à une moindre santé mentale, mais avec des nuances : c'était le cas en particulier chez les travailleurs qui n'avaient pas fait le « choix » d'être intérimaires²⁸, ceux qui avaient eu des trajectoires professionnelles descendantes (par exemple de salariés en CDI à salariés intérimaires)⁷ et ceux qui ressentait de l'insécurité liée à leur emploi (qu'ils soient intérimaires ou pas)^{13,29,30}. Nos résultats, montrant une souffrance mentale liée au travail moins élevée chez les intérimaires, suggèrent que les résultats cités ci-dessus pourraient être expliqués par l'insécurité liée à la précarité de l'emploi plutôt que par des conditions de travail dégradées. Comme les intérimaires changent souvent d'emploi, et par conséquent de supérieurs et collègues, ils sont probablement moins exposés aux difficultés relationnelles. En effet, en cas de relations dégradées, ils peuvent demander à l'issue de leur mission, à changer d'entreprise pour la mission suivante. Cette hypothèse est cohérente avec le fait que, dans notre étude, contrairement aux salariés en CDI, la souffrance mentale chez les intérimaires est plus fréquemment associée à des contraintes organisationnelles (horaires de travail...) et moins souvent à des relations délétères avec la hiérarchie ou les collègues.

Tableau 2

Prévalence des troubles musculo-squelettiques (TMS) et de la souffrance psychique liés au travail, chez les intérimaires et chez les salariés en CDI et OR ajustés pour l'intérim. Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel, 2009-2014, France

| | Visites à la demande / de reprise/pré-reprise | | | Visites d'embauche | | | Visites périodiques | | | Toutes visites | | | | | | | |
|---|---|-------|-----|--------------------|-----------|---------|---------------------|-----|-----|----------------|---------|-------|-----|-----|-----------|-----|-----------|
| | Intérim | CDI | p | ORa | [IC95%] | Intérim | CDI | p | ORa | [IC95%] | Intérim | CDI | p | ORa | [IC95%] | ORa | [IC95%] |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TMS liés au travail | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Épaule | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N | 5 | 776 | ns | 0,8 | [0,3-2,0] | 22 | 75 | ns | 1,1 | [0,4-2,4] | 18 | 1 257 | ns | 0,7 | [0,4-1,2] | | |
| % | 0,5 | 0,9 | | | | 0,1 | 0,2 | | | | 0,4 | 0,6 | | | | 0,8 | [0,5-1,1] |
| Coude | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N | NC | 756 | | | | 24 | 66 | ns | 1,7 | [0,7-4,0] | 17 | 1 245 | ns | 0,7 | [0,4-1,2] | | |
| % | | 0,9 | | | | 0,1 | 0,1 | | | | 0,4 | 0,6 | | | | 0,9 | [0,6-1,3] |
| Main-Doigt | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N | 8 | 923 | ns | 0,9 | [0,5-1,9] | 63 | 111 | * | 0,9 | [0,6-1,4] | 22 | 1 418 | ns | 0,8 | [0,5-1,3] | | |
| % | 0,7 | 1,1 | | | | 0,4 | 0,2 | | | | 0,5 | 0,7 | | | | 1,1 | [0,8-1,4] |
| Rachis | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N | 12 | 2 438 | *** | 0,4 | [0,3-0,8] | 78 | 190 | ns | 1,0 | [0,7-1,3] | 34 | 2 782 | * | 0,7 | [0,5-0,9] | | |
| % | 1,1 | 2,8 | | | | 0,4 | 0,4 | | | | 0,8 | 1,3 | | | | NA | |
| Souffrance psychique liée au travail | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N | 11 | 5 587 | *** | 0,2 | [0,1-0,5] | 20 | 182 | *** | 0,7 | [0,4-1,2] | 7 | 2 506 | *** | 0,3 | [0,2-0,7] | | |
| % | 1,0 | 6,4 | | | | 0,1 | 0,4 | | | | 0,2 | 1,2 | | | | 0,4 | [0,3-0,5] |

P : tests du Chi2 pour les associations bivariées (ns : non significatif ; * : <0,05 ; ** : <0,001 ; ***<0,001).

ORa : Odds ratio ajusté pour l'âge, le genre, la catégorie socioprofessionnelle, le secteur d'activité, le type de visite ; [IC95%] : intervalle de confiance à 95%.

CDI : contrat à durée indéterminée.

NA : non applicable, interaction 'visite X catégorie socioprofessionnelle' significative.

NC : non calculé (nombre de salariés avec une MCP <5).

Tableau 3

Distribution des principaux agents d'exposition signalés par les médecins du travail pour les troubles musculo-squelettiques (TMS) et la souffrance psychique liés au travail (en % du nombre de TMS/souffrance psychique). Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel, 2009-2014, France

| | Intérim (n=347) | | CDI (n=14 882) | | p |
|--|--------------------|----|-------------------|----|--------|
| | N | % | N | % | |
| Agents d'exposition signalés pour les TMS | | | | | |
| Mouvements répétitifs | 262 | 76 | 10 374 | 70 | 0,02 |
| Port de charges lourdes | 145 | 42 | 7 236 | 49 | 0,01 |
| Facteurs psychosociaux | 37 | 11 | 1 901 | 13 | 0,1 |
| Vibrations (outils et véhicules) | 30 | 9 | 1 578 | 11 | 0,3 |
| Agents d'exposition signalés pour la souffrance psychique | | | | | |
| Organisation de l'activité (management) | 17 | 44 | 6 861 | 79 | <0,001 |
| Difficultés relationnelles | 15 | 39 | 5 035 | 58 | <0,001 |
| Exigences inhérentes à l'activité | 15 | 39 | 2 061 | 24 | 0,04 |

Une des limites spécifiques à ce travail chez les intérimaires est liée à la population investiguée, tant cette population est volatile et poreuse aux autres groupes : intérimaires qui ne feront qu'une ou deux missions, salariés aujourd'hui en CDI mais ayant passé de nombreuses années comme jeunes intérimaires. Une seconde limite est liée au type de visite, variable selon le statut du contrat. Les intérimaires ont principalement consulté les médecins du travail lors de visite d'embauche, alors que les travailleurs en CDI ont consulté principalement en visite périodique. La propension des travailleurs à évoquer leur problème de santé en lien avec le travail est différente selon ces deux types de visite. Plus spécifiquement, en visite d'embauche, aussi bien les salariés recrutés en intérim que ceux en CDI, sous-déclarent probablement leurs problèmes de santé de la même manière. Et si la visite a lieu rapidement après l'embauche, le temps d'exposition aux contraintes physiques ou organisationnelles n'est pas très long. En revanche, lors des visites périodiques, il est possible que les salariés en CDI déclarent plus facilement leurs problèmes de santé car ils ont moins d'insécurité liée au statut de leur emploi. Cependant, comme l'analyse est stratifiée selon le type de visite, ce biais devrait être limité. De plus, les résultats concernant les visites d'embauche devraient être moins affectés par ce biais. Une troisième limite réside dans le fait que la part des ouvriers non qualifiés qui est plus importante parmi les intérimaires n'a pas été prise en compte dans les analyses. Cependant, une analyse restreinte aux ouvriers, ajustée sur le niveau de qualification, fournit les mêmes résultats que pour l'ensemble des catégories professionnelles (résultats non présentés).

Enfin, le programme MCP comporte par nature certaines limites : d'une part, le manque de représentativité dans certains secteurs d'activité ou selon le sexe, lié au mode de fonctionnement du système de santé au travail. D'autre part, la procédure de recueil fait intervenir le choix du salarié de signaler ou non la présence d'une pathologie au

cours de la visite médicale. Les MCP signalées pour un usage collectif, épidémiologique, sont moins sous-déclarées que les maladies professionnelles indemnisables, mais leur signalement reste également limité par des stratégies d'évitement et de dissimulation liées à la crainte de l'inaptitude, notamment lors de la visite médicale d'embauche chez certaines catégories de travailleurs manuels dans lesquelles les intérimaires sont particulièrement représentés. Enfin, la dernière limite concerne l'intervention du jugement du médecin pour l'imputabilité au travail de la pathologie. Cependant, ce dernier point est aussi la principale force de ce programme. En effet, le jugement du médecin du travail et sa double expertise, à la fois clinique et de connaissance du terrain, sont un atout car le lien causal entre l'exposition professionnelle et la pathologie peut être difficile à établir. Un autre point fort de l'étude est l'utilisation d'une définition de l'intérim précise, basée sur le statut du contrat enregistré par les services de santé au travail. Il permet de bien cibler la population des intérimaires (plutôt que d'utiliser le secteur d'activité qui inclut également les employés de l'agence d'intérim), même si ce repérage ne reflète le statut d'intérim qu'au moment où la visite médicale a lieu et ne présage pas du statut passé ou à venir.

Cette étude est une des premières à étudier spécifiquement les maladies liées au travail chez les intérimaires. Elle montre qu'ils ont un risque moins élevé de MCP (TMS du rachis et souffrance psychique) que les salariés en CDI. Si les résultats concernant les TMS du rachis seraient plutôt un reflet de l'effet du travailleur sain, les résultats concernant la souffrance psychique, à confirmer par d'autres études, pourraient suggérer que la santé mentale dégradée observée chez les intérimaires dans les études précédentes, pourrait être associée à l'insécurité de l'emploi ou aux trajectoires professionnelles décroissantes plutôt qu'à des conditions de travail dégradées. Cette hypothèse pourrait être confirmée en utilisant des cohortes, par exemple les cohortes « Coset », qui devraient permettre d'estimer la fraction attribuable au travail de ces pathologies. ■

Remerciements

Les auteurs remercient les médecins du travail et leurs équipes qui ont participé au programme de surveillance des MCP.

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Références

[1] Barlet M, Minni C, Ettouati S, Finot J, Paraire X. Entre 2000 et 2012, forte hausse des embauches en contrats temporaires, mais stabilisation de la part des CDI dans l'emploi. *Dares Analyses*. 2014;(56):1-12. <http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2014-056-2.pdf>

[2] Ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Insertion. L'emploi intérimaire se redresse au premier trimestre 2019. *Dares Indicateur*. 2019;(24):1-5. <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/etudes-et-syntheses/dares-analyses-da-res-indicateurs-da-res-resultats/article/l-emploi-inte-rimaire-se-redresse-au-1er-trimestre-2019>

[3] Virtanen M, Kivimäki M, Joensuu M, Virtanen P, Elovainio M, Vahtera J. Temporary employment and health: A review. *Int J Epidemiol*. 2005;34(3):610-22.

[4] Canivet C, Bodin T, Emmelin M, Toivanen S, Moghaddassi, Östergren PO. Precarious employment is a risk factor for poor mental health in young individuals in Sweden: A cohort study with multiple follow-ups. *BMC Public Health*. 2016;16:687.

[5] Han KM, Chang J, Won E, Lee MS, Ham BJ. Precarious employment associated with depressive symptoms and suicidal ideation in adult wage workers. *J Affect Disord*. 2017;(218):201-9.

[6] Santin G, Cohidon C, Goldberg M, Imbernon E. Depressive symptoms and atypical jobs in France, from the 2003 Decennial health survey. *Am J Ind Med*. 2009;52(10):799-810.

[7] Moscone F, Tosetti E, Vittadini G. The impact of precarious employment on mental health: The case of Italy. *Soc Sci Med*. 2016;158:86-95.

[8] Carton M, Santin G, Leclerc A, Guegen A, Goldberg M, Roquelaure Y, *et al.* Prévalence des troubles musculo-squelettiques et des facteurs biomécaniques d'origine professionnelle : premières estimations à partir de Constances. *Bull Epidemiol Hebd*. 2016;(35-36):630-9. http://beh.sante-publiquefrance.fr/beh/2016/35-36/2016_35-36_4.html

[9] Roquelaure Y, LeManach AP, Ha C, Poinsel C, Bodin J, Descatha A, *et al.* Working in temporary employment and exposure to musculoskeletal constraints. *Occup Med (Lond)*. 2012. 62(7):514-8.

[10] Bodin J, Ha C, Sérazin C, Descatha A, Leclerc A, Goldberg M, *et al.* Effects of individual and work-related factors on incidence of shoulder pain in a large working population. *J Occup Health*. 2012;54(4):278-88.

[11] Wagenaar AF, Kompier MAJ, Houtman ILD, van den Bossche SNJ, Taris DW. Employment contracts and health selection: Unhealthy employees out and healthy employees in? *J Occup Environ Med*. 2012;54(10):1192-200.

[12] Dawson C, Veliziotis M, Pacheco G, Webber DJ. Is temporary employment a cause or consequence of poor mental health? A panel data analysis. *Soc Sci Med*. 2015;134:50-8.

[13] Pirani E, Salvini S. Is temporary employment damaging to health? A longitudinal study on Italian workers. *Soc Sci Med*. 2015;124:121-31.

[14] Benavides FG, Benach J, Muntaner C, Declos GL, Catot N, Amable M. Associations between temporary employment and occupational injury: What are the mechanisms? *Occup Environ Med*. 2006;63(6):416-21.

[15] Smith CK, Silverstein BA, Bonauto DK, Adams D, Fan ZJ. Temporary workers in Washington state. *Am J Ind Med*. 2010; 53(2):135-45.

[16] Picchio M, van Ours JC. Temporary jobs and the severity of workplace accidents. *J Safety Res*. 2017;61:41-51.

[17] Sakurai K, Nakata A, Ikeda T, Otsuka Y, Kawahito J. How do employment types and job stressors relate to occupational injury? A cross-sectional investigation of employees in Japan. *Public Health*. 2013;127(11):1012-20.

[18] Benavides FG, Benach J, Diez-Roux AV, Roman C. How do types of employment relate to health indicators? Findings from the second European survey on working conditions. *J Epidemiol Community Health*. 2000;54(7):494-501.

[19] Gimeno D, Benavides FG, Amick BC 3rd, Benach J, Martinez JM. Psychosocial factors and work related sickness absence among permanent and non-permanent employees. *J Epidemiol Community Health*. 2004;58(10):870-8.

[20] Tompa E, Scott-Marshall H, Fang M. The impact of temporary employment and job tenure on work-related sickness absence. *Occup Environ Med*. 2008;65(12):801-7.

[21] Rivière S, Martinaud C, Roquelaure Y, Chatelot J. Estimation de la sous-déclaration de troubles musculo-squelettiques : mise à jour pour 2011 dans onze régions françaises. *Bull Epidemiol Hebd*. 2018;(18):373-8. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/18/2018_18_3.html

[22] Valenty M, Homère J, Lemaitre A, Plaine J, Ruhlman M, Cohidon C, *et al.* Surveillance programme for uncompensated work related diseases in France. *Occup Med*. 2015;65(8): 642-50.

[23] Bloch J, Vanrullen I, Bonnetterre V. Focus. Expositions et situations à risque professionnel émergentes : l'apport du réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (rnv3p). *Bull Epidemiol Hebd*. 2018;(12-13): 258-9. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/12-13/2018_12-13_8.html

[24] Institut national de la statistique et des études économiques. Nomenclature d'activités française. Paris: Insee; 2008. <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=nomenclatures/naf2008/naf2008.htm>

[25] Institut national de la statistique et des études économiques. Résultats du recensement 2009 de la population. Paris: Insee; 2017. <https://www.insee.fr/fr/information/2876034#titre-bloc-1>

[26] Christian MS, Bradley JC, Wallace JC, Burke MJ. Workplace safety: A meta-analysis of the roles of person and situation factors. *J Appl Psychol*. 2009;94(5):1103-27.

[27] Brown KA, Willis PG, Prussia GE. Predicting safe employee behavior in the steel industry: Development and test of a socio-technical model. *J Oper Manag*. 2000;18(4):445-65

[28] Kompier MAJ, Ybema JF, Janssen J, Taris TW. Employment contacts: cross-sectional and longitudinal relations with quality of working life, health and well-being. *J Occup Health*. 2009;51(3):193-203.

[29] Virtanen P, Janlert U, Hammarström A. Exposure to temporary employment and job insecurity: A longitudinal study of the health effects. *Occup Environ Med*. 2011;68(8):570-4.

[30] Waenerlund AK, Virtanen P, Hammarström A. Is temporary employment related to health status? Analysis of the Northern Swedish cohort. *Scand J Public Health*. 2011;39(5):533-9.

Citer cet article

Rivière S, Tassy V, Bonmarin I, Chatelot J. Maladies à caractère professionnel chez les intérimaires en France entre 2009 et 2014. *Bull Epidemiol Hebd*. 2020;(27):524-30. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/27/2020_27_1.html

ÉTAT DE SANTÉ DES PATIENTS SE DÉCLARANT MINEURS NON ACCOMPAGNÉS ET NON RECONNUS MINEURS : ENQUÊTE RÉTROSPECTIVE AU SEIN DE LA PERMANENCE D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ DE L'HÔTEL-DIEU

// HEALTH CONDITION OF PATIENTS SELF-REPORTING AS UNACCOMPANIED MINORS AND NOT RECOGNIZED AS SUCH: RETROSPECTIVE SURVEY WITHIN THE HÔTEL-DIEU HEALTH PLATFORM PASS

Anna Hourdet (dr.anna.hourdet.garcon@gmail.com), Marine Rénier, Florette Van de Steeg, Guillaume Rieutord, Hélène de Champs Léger

Service de médecine sans rendez-vous Pass, CHU Hôtel-Dieu, Paris, France

Soumis le 22.01.2020 // Date of submission: 01.22.2020

Résumé // Abstract

Introduction – Le nombre de mineurs non accompagnés (MNA) a augmenté de façon exponentielle ces dernières années. Après une première évaluation de la minorité au sein du Dispositif national de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation des mineurs isolés étrangers (Demie), on estime à 57% le nombre de jeunes non reconnus mineurs. Le cadre juridique autour de ce statut reste flou et l'accès aux soins est entravé. Une étude rétrospective a été menée afin d'évaluer l'état de santé de cette population.

Matériel et méthodes – Le recueil a été effectué de manière rétrospective à partir du dossier médical Orbis®. Les patients inclus étaient ceux se déclarant MNA mais non reconnus mineurs par le Demie lors de la consultation à la Permanence d'accès aux soins de santé de l'Hôtel-Dieu (Paris). Ont été recueillis : les données démographiques, les diagnostics de consultation, la prévalence de pathologies cibles, les hospitalisations et les correspondants associatifs.

Résultats – Entre le 1^{er} janvier 2019 et le 9 octobre 2019, 301 patients ont été inclus et un total de 1 035 consultations ont été analysées. La proportion d'homme était de 95% et l'âge moyen déclaré de 16,2 ans. La prévalence des psychotraumatismes était de 27,7% et des infections chroniques par le virus de l'hépatite B (VHB) de 12,8%. Les principaux diagnostics de consultation concernaient l'appareil locomoteur, la dermatologie et la gastro-entérologie. Le taux d'hospitalisation suite à la consultation était de 6%.

Discussion – Il s'agit d'une population fragile et isolée. Les prévalences des pathologies graves et le taux d'hospitalisation sont plus élevés qu'attendus. L'adhésion à la prise en charge au sein de la structure est bonne.

Conclusion – La population des MNA non reconnus mineurs est une population à risque pour laquelle l'accès aux soins doit être facilité et amélioré.

Introduction – The number of unaccompanied minors (UAM) has increased exponentially in recent years. After an initial assessment of the national system for the shelter, evaluation and orientation of unaccompanied foreign minors (DEMIE), we estimated that 57% of unaccompanied minors are not recognized as such. The jurisdictional framework around this status remains unclear and access to healthcare is hampered. A retrospective study was conducted to assess the health status of this population.

Material and methods – The data collection was carried out retrospectively from the Orbis® medical file. The patients included were those self-reporting being UAM and not recognized as minors at the consultation of the Hôtel-Dieu hospital (Paris). Demographic data, consultation diagnosis, prevalence of pathologies of interest, hospitalizations and correspondents were collected.

Results – Between 1 January 2019 and 9 October 2019, 301 patients were included and a total of 1,035 consultations were analyzed. The proportion of men was 95% and the average age 16.2 years. The prevalence of psycho-traumatism is 27.7% and chronic HBV infection 12.8%. The main consultation diagnosis concerned the musculoskeletal system, dermatology and gastroenterology. The hospitalization rate after consultation was 6%.

Discussion – Non-recognized UAMs are a fragile and isolated population. The prevalence of serious illnesses and the hospitalization rate are higher than expected. Adherence to care within the structure is good.

Conclusion – the population of UAM not recognized as minors is a population at risk for which access to care must be facilitated and improved.

Mots-clés : Mineur non accompagné, Migration, État de santé, Accès au soin
// **Keywords**: Unaccompanied minor, Migration, Health status, Healthcare access

Introduction

Le Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés définit comme mineur non accompagné (MNA), une « *personne âgée de moins de 18 ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable, qui est séparée de ses deux parents et n'est pas prise en charge par un adulte ayant, de par la loi ou la coutume, la responsabilité de le faire.* »

Au cours des cinq dernières années, le nombre de MNA déclaré sur le territoire français a augmenté de façon exponentielle passant de 2 555 en 2013¹ à 17 022 en 2018².

La loi n°2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfance a apporté des précisions quant à la prise en charge de ces mineurs non accompagnés. Elle vise à faire face à l'accroissement du nombre de MNA, en les répartissant dans les départements métropolitains, et à harmoniser leur prise en charge. L'évaluation de la minorité et de l'isolement familial de la personne se déclarant MNA est réalisée au sein du Dispositif national de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation des mineurs isolés étrangers (Demie) départemental.

Le Demie vise à harmoniser les prises en charge selon les départements et à faire face à l'accroissement des demandes. Une personne se déclarant MNA est ainsi évaluée au sein du dispositif³. C'est au terme d'un entretien d'évaluation reposant sur le récit fait par les jeunes et l'étude de leurs éventuels documents d'identité que leur statut est reconnu ou non le statut de minorité. Si leur minorité est reconnue, ils relèvent de l'aide sociale à l'enfance, sinon c'est le droit des étrangers qui s'applique.

La cellule nationale des MNA du ministère de la Justice estimait en 2017 à 57% le nombre de MNA non reconnus mineurs à l'issue de cette première évaluation⁴. Ces jeunes vont, pour la plupart d'entre eux, faire appel de cette décision devant le juge des enfants³. Pendant le temps de cette procédure, qui peut durer plusieurs mois, leur statut administratif reste indéterminé, ni mineurs ni majeurs, leur statut ne renvoie de ce fait à aucun cadre légal. Dans ces circonstances, leurs conditions de vie se retrouvent extrêmement précaires et l'accès aux soins est entravé.

Devant ces constats, des réflexions au niveau des associations et du corps médical ont été menées et exposées aux tutelles. Ainsi, une note d'instruction de l'Agence régionale de santé (ARS) Île-de-France a été publiée le 15 juillet 2019⁵. Elle concerne la prise en charge médicale des MNA non reconnus en tant que tels par le Demie et en attente de recours juridique. Elle stipule que ces jeunes bénéficient de la présomption de minorité. Il convient donc pour les soignants de les considérer comme tels. La prise en charge médicale ne doit pas être entravée par l'absence d'autorité parentale. En l'absence d'urgence, il est recommandé que le mineur soit accompagné par un majeur de son choix. S'il se présente seul, il peut désigner un accompagnateur adulte au sein du service de soins où il consulte ou, dans certaines conditions, consentir

seul à ses soins. Afin de faciliter le parcours de soins de ces jeunes, l'ouverture de droits est facilitée avec un accès à l'aide médicale d'État (AME) sans condition de résidence de trois mois sur le territoire. En pratique, ces mesures restent difficiles à appliquer : ces jeunes sont de fait seuls.

En raison de ces vulnérabilités particulières, ces jeunes sont souvent adressés vers les Permanences d'accès aux soins de santé (Pass). En effet, les Pass, créées en 1998, ont pour mission de lutter contre l'exclusion et la précarité. Au sein de ces dispositifs, les professionnels de santé et les travailleurs sociaux travaillent en étroite collaboration, avec pour principaux objectifs de permettre l'accès aux soins des personnes les plus précaires et de les accompagner dans la reconnaissance de leurs droits. Les Pass constituent un lieu clé de la prise en charge de ces jeunes non reconnus mineurs.

Par ailleurs, l'association Médecins sans frontières (MSF) a créé depuis novembre 2017 une mission dont l'objectif est de soutenir les MNA en attente de reconnaissance de leur minorité, tant sur le plan juridique, social, psychologique que médical⁶. C'est dans ce contexte que la Pass de l'Hôtel Dieu collabore étroitement avec MSF afin d'assurer le suivi médical de certains de ces jeunes. Quand ils sont adressés à la Pass de l'Hôtel-Dieu, une prise en charge globale leur est proposée, avec un interrogatoire médico-social, une prise en compte de leur motif de consultation, un examen clinique soigneux, mais aussi des actions de dépistage, de prévention et d'éducation à la santé. Ainsi, un dépistage par un bilan complémentaire dit de « primo-arrivant » est proposé à chaque individu à l'issue de la première consultation. Il est composé d'un bilan sanguin et urinaire ainsi que d'une radiographie de thorax de dépistage de la tuberculose. L'objectif est de mettre en évidence les pathologies les plus fréquemment observées chez les patients issus de la migration.

La santé des mineurs non accompagnés non reconnus mineurs est une problématique encore peu étudiée en France. Il existe peu de données disponibles à ce sujet dans la littérature en dehors du rapport d'activité de Médecins du monde publié en mai 2018⁷ et du plaidoyer de MSF publié en juillet 2019⁶. Ces derniers ont mis en évidence une forte prévalence de maladies chroniques en lien avec des pathologies infectieuses endémiques au sein des pays d'origine de ces mineurs (VHB, VHC, VIH, tuberculose), mais aussi liées aux raisons de leur départ, à leur parcours migratoire ponctué de violences et à leurs conditions de vie une fois arrivés en France. Ces rapports soulignent la forte prévalence de troubles psychiques au sein de cette population ainsi que des troubles digestifs, dentaires, ophtalmologiques, ostéo-articulaires et dermatologiques. Des conditions de précarité extrême y sont décrites. Elles constituent, entre autres, un frein à l'accès aux soins.

L'objectif de cette étude est d'apporter des éléments nouveaux permettant de mieux connaître l'état de santé de cette population et ses spécificités par rapport aux populations migrantes adultes consultant habituellement à la Pass.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective, observationnelle et monocentrique. Elle a fait l'objet d'une déclaration de conformité auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) selon la méthodologie de référence MR004.

Ont été inclus tous les patients inscrits en consultation à la Pass de l'Hôtel-Dieu, se déclarant mineurs et non reconnus mineurs par le Demie au jour de la première consultation. Le recueil a été effectué du 1^{er} janvier 2019 au 9 octobre 2019, date à laquelle un total de 300 patients avait été enregistré.

Le recueil anonyme de données a été effectué de manière rétrospective par consultation du dossier patient informatisé sur le logiciel Orbis®, logiciel choisi par l'AP-HP comme solution de dossier patient unique et utilisé au sein de la Pass de l'Hôtel-Dieu. Deux investigateurs ont été chargés du recueil des données, standardisé dans un tableur Excel selon plusieurs paramètres : âge, sexe, association correspondante, pathologies issues du dépistage (virus de l'immunodéficience humaine (VIH), virus de l'hépatite B (VHB), virus de l'hépatite C (VHC), syphilis et tuberculose), présence d'un psychotraumatisme et diagnostic de consultation identifié par spécialité d'organe. Les données ainsi recueillies ont été analysées grâce au logiciel Excel afin de pouvoir caractériser les pathologies présentes dans cette population.

Comme le suggérait la littérature, nous nous sommes intéressés à certaines pathologies à forte prévalence dans les populations issues de la migration, et tout particulièrement à deux catégories de pathologies :

- les infections chroniques par le VIH, le VHB, le VHC, la syphilis et la tuberculose, du fait de leur caractère endémique au sein des pays d'origine ;
- le psychotraumatisme, du fait de la fréquence des violences subies au sein du pays d'origine, au cours de la migration, mais également une fois arrivés en France⁷.

Les données infectieuses étaient recueillies à partir des résultats des examens complémentaires effectués lors du bilan initial.

Un psychotraumatisme était retenu à partir des données issues du dossier médical quand il figurait un événement de vie traumatisant associé à des répercussions sur le plan psychique au moment de la consultation et/ou à un suivi spécialisé en cours.

Afin de caractériser les problématiques plus spécifiques de cette population, les diagnostics de consultations ont été recueillis. Ils ont été rassemblés par pathologie d'organe. Le diagnostic « prévention » était recueilli si le patient venait, au cours de son suivi, uniquement pour un acte de prévention sans aucun autre motif (vaccin ou bilan de dépistage).

Les hospitalisations ont été recensées à partir des données issues du dossier médical Orbis®. Seules

les hospitalisations ayant lieu au sein d'un service utilisant ce logiciel ont pu être visualisées. Cette méthode de recensement illustre donc essentiellement les hospitalisations dans les services des hôpitaux de l'Assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP).

Les données démographiques ainsi que les associations correspondantes (ayant adressé le jeune ou participé au suivi) ont été enregistrées afin de mieux caractériser le parcours de soin de cette population.

Résultats

Sur la période du 1^{er} janvier 2019 au 9 octobre 2019, 301 patients déclarés MNA non reconnus mineurs ont été admis au sein de la Pass de l'Hôtel-Dieu, représentant un total de 1 035 consultations. Le nombre moyen de consultations par patient était de 3,4 (médian : 3 ; min : 1 ; max : 15). Sur l'ensemble des patients admis, 66 n'ont bénéficié que d'une seule consultation (21,7%).

Caractéristiques démographiques

Sur les 301 patients suivis, 286 étaient des hommes (95%). La moyenne d'âge déclarée était de 16,2 ans. Les patients étaient essentiellement originaires d'Afrique de l'Ouest. Les trois nationalités les plus représentées dans cette population étaient les Maliens (43,2%), les Guinéens (16,9%) et les Ivoiriens (13,6%). Les données démographiques sont résumées dans le tableau 1.

Correspondants

Parmi les patients inclus, 88,6% étaient adressés par MSF, 3,7% par d'autres associations et 2% venaient par leurs propres moyens (figure).

Psychotraumatisme

Un psychotraumatisme était suspecté chez 82 patients (27,2%).

Infection

Une infection chronique par le VHB a été détectée chez 39 patients soit 12,8% de la population. Une infection par le VIH a été objectivée chez 1 patient (0,3%). Une infection par le VHC a été mise en évidence chez 1 patient (0,3%). Une infection syphilitique était positive chez 3 patients (1%). Une tuberculose a été diagnostiquée chez 2 patients (0,7%). Parmi ces patients, 3 d'entre eux étaient porteurs de co-infections.

Hospitalisation

On dénombre 17 hospitalisations sur la période de recueil, soit 6% de la file active. Les motifs sont, par ordre de fréquence :

- orthopédie (4) : abcès, ténolyse et chirurgie ligamentaire ;
- psychiatrie (3) : syndrome dépressif, état psychotique ;
- pneumologie (3) : tuberculose, grippe ;

- cardiovasculaire (3) : coarctation de l'aorte, embolie pulmonaire, fistule artério-veineuse ;
- gastro-entérologie (1) : douleur abdominale fébrile ;
- urologie (1) : torsion testiculaire ;
- ORL (1) : perforation tympanique ;
- social (1).

Diagnostiques de consultation

On dénombre en moyenne 2,4 diagnostics par patient posés au fil des consultations (nombre médian : 2 ; min : 1 ; max : 8).

Les 10 diagnostics les plus fréquents par pathologie d'organe sont : appareil locomoteur (32%), dermatologie (25,6%), gastro-entérologie (22,9%), infectieux (19,2%), dentaire (15,3%), ophtalmologie (13,6%), ORL (11%), psychiatrie (10,3%), cardiovasculaire (10%) et urologie (9,6%) (tableau 2).

On note également qu'au cours de leur suivi 41,9% des patients ont consulté au moins une fois dans un unique but de prévention (dépistage ou vaccination).

Tableau 1

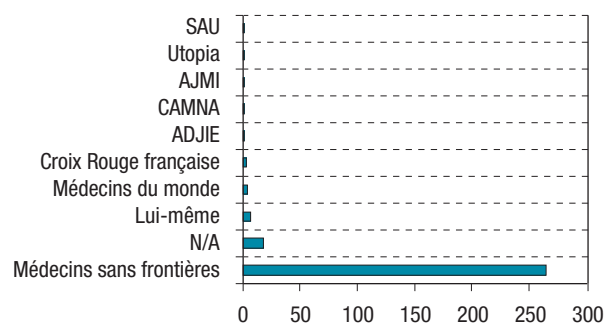
Origine géographique des patients déclarés MNA* non reconnus mineurs reçus à la Pass** de l'Hôtel-Dieu du 1^{er} janvier 2019 au 9 octobre 2019

| | | |
|----------------|-----|-------|
| Mali | 130 | 43,2% |
| Guinée Conakry | 51 | 16,9% |
| Côte d'Ivoire | 41 | 13,6% |
| Sénégal | 17 | 5,6% |
| Cameroun | 11 | 3,7% |
| Afghanistan | 13 | 4,3% |
| Gambie | 9 | 3,0% |
| Congo | 6 | 2,0% |
| Bangladesh | 3 | 1,0% |
| Pakistan | 2 | 0,7% |
| Somalie | 2 | 0,7% |
| Burkina Faso | 2 | 0,7% |
| Libéria | 1 | 0,3% |
| Tchad | 2 | 0,7% |
| Libye | 2 | 0,7% |
| Nigeria | 1 | 0,3% |
| Chine Pop. | 1 | 0,3% |
| Ghana | 1 | 0,3% |
| Érythrée | 1 | 0,3% |
| Sierra Leone | 1 | 0,3% |
| Angola | 1 | 0,3% |
| Russie | 1 | 0,3% |
| Maroc | 1 | 0,3% |
| Inconnue | 1 | 0,3% |

* MNA : mineur non accompagné ; ** Pass : Permanence d'accès aux soins de santé.

Figure

Mode d'adressage des patients déclarés MNA* non reconnus mineurs reçus à la Pass** de l'Hôtel-Dieu du 1^{er} janvier 2019 au 9 octobre 2019



*MNA : mineur non accompagné ; **Pass : Permanence d'accès aux soins de santé ; ADJIE : Accompagnement et défense des jeunes isolés étrangers ; CAMNA : Cellule d'accueil des mineurs non accompagnés ; SAU : Service d'accueil des urgences ; AJMI : Association des jeunes mineurs isolés ; N/A : Non acquis.

Discussion

Données sociodémographiques

La population étudiée est constituée d'une forte majorité d'homme (95%) ce qui est en accord avec le rapport annuel d'activité de la Mission MNA 2018 du ministère de la Justice². Ces données exposent une réelle divergence en comparaison aux patients adultes des Pass qui sont composées à 60% d'hommes⁸. Cela suppose une plus grande protection des jeunes filles par les familles et l'existence de circuits différents selon le sexe.

Concernant les origines géographiques, on constate qu'une majorité des patients sont originaires d'Afrique de l'Ouest. Malgré une plus forte proportion de patients d'origine malienne, cela est en accord avec le même rapport².

Ces données tendent à démontrer que notre échantillon se rapproche des données connues concernant cette population.

Les études faites sur les migrants adultes montrent une large majorité de Soudanais et d'Afghans⁸. Ces résultats sont aussi retrouvés dans les études sur les MNA faites en Allemagne⁹. Cette différence d'origines géographiques est importante à prendre en compte notamment dans la prévalence des pathologies selon les pays d'origine dans les dépistages proposés.

Partenariats associatifs

La majorité de ces patients sont adressés par l'association MSF (88,9%). Cette collaboration est un élément clé de la prise en charge des MNA reçus à la Pass de l'Hôtel-Dieu, de par la fonction d'orientation et de suivi médico-social de cette association. Seuls 2% des patients viennent en consultation d'eux-mêmes, preuve de leur difficulté d'accès aux soins en l'absence des réseaux associatifs. De plus, dans ce même dispositif, on sait que 25% des patients majeurs migrants viennent en consultation par eux-mêmes ou par le bouche-à-oreille¹⁰. Cette

Tableau 2

Diagnostics des consultations de MNA* non reconnus mineurs reçus à la Pass de l'Hôtel-Dieu du 1^{er} janvier 2019 au 9 octobre 2019**

| | | |
|---------------------|-----|-------|
| Prévention | 126 | 41,9% |
| Appareil locomoteur | 99 | 33,0% |
| Dermatologie | 77 | 25,6% |
| Gastro-entérologie | 69 | 22,9% |
| Infectiologie | 57 | 18,9% |
| Odontologie | 46 | 15,3% |
| Ophthalmologie | 41 | 13,6% |
| ORL | 33 | 11,0% |
| Psychiatrie | 31 | 10,3% |
| Cardiologie | 30 | 10,0% |
| Urologie | 29 | 9,6% |
| Parasitologie | 25 | 8,3% |
| Hématologie | 14 | 4,7% |
| Neurologie | 17 | 5,6% |
| Pneumologie | 16 | 5,3% |
| Hépatologie | 1 | 0,3% |
| Gynécologie | 6 | 2,0% |
| Stomatologie | 2 | 0,7% |
| Endocrinologie | 2 | 0,7% |
| Addictologie | 2 | 0,7% |
| Allergologie | 1 | 0,3% |
| Chirurgie digestive | 1 | 0,3% |
| Douleur | 1 | 0,3% |
| Néphrologie | 1 | 0,3% |
| Obstétrique | 1 | 0,3% |
| Proctologie | 1 | 0,3% |
| Sommeil | 1 | 0,3% |

*MNA : mineur non accompagné ; **Pass : Permanence d'accès aux soins de santé.

différence s'explique, pour les MNA, par un étroit réseau de connaissance du système de santé mais surtout à un grand isolement.

Recours aux soins

Le nombre médian de consultations était de 3, ce qui est conséquent pour une population jeune. Toutefois, les consultations n'étaient pas toutes en lien avec la maladie et répondaient également à un besoin de soins de prévention, à savoir un suivi médical régulier et une mise à jour des vaccinations.

On observe que 79,3% des patients sont revenus au moins pour une seconde consultation ; cela témoigne d'une bonne adhésion aux soins et au dispositif Pass. On note que 41,9% des patients revenaient en consultation dans une démarche de prévention, ce qui souligne cette adhésion au projet de soins. Il s'agit pour la majorité de vaccination.

Par ailleurs, les données concernant les couvertures maladies en place pour ces jeunes lors des prises en

charge n'ont pas été recueillies lors de cette étude et constituent une limite de cette dernière. Il serait intéressant de préciser ce point lors de la réalisation d'une étude de plus grande envergure.

Pathologies

Les données recueillies concernant la suspicion de psychotraumatisme soulignent une prévalence forte dans cette population : cela concerne presque 1 jeune sur 3. Cause de leur départ du pays d'origine ou conséquence d'un voyage migratoire à un âge très jeune, leur souffrance interroge les soignants. D'autant plus que l'accès au suivi psychiatrique est difficile du fait de leur âge, de leur statut administratif et de leur instabilité de logement.

À cela s'ajoutent les difficultés de vie auxquelles ils doivent faire face une fois arrivés en France et qui constituent des facteurs aggravants. Peu de conduites addictives ont été retrouvées dans cette population, mais elle reste néanmoins particulièrement vulnérable et à risque d'en développer. Ces données sont en accord avec le plaidoyer de MSF publié en juillet 2019⁶ qui faisait état de 34% de patients suivis présentant une symptomatologie évocatrice de stress post-traumatique. Une revue du BEH parue en septembre 2017¹¹ et s'intéressant à l'état de santé psychique des patients migrants adultes ayant consulté au sein du Comité pour la santé des exilés (Comede) fait, quant à elle, état d'une prévalence de 16,6% des syndromes de stress post-traumatiques. Ces données laissent supposer une plus forte prévalence chez les plus jeunes. Elles sont également en accord avec les données apportées par une étude allemande concernant les MNA⁹.

Le taux d'infection chronique par le VHB, avec une prévalence très forte (12,8%), est particulièrement prégnant et préoccupant. Ces chiffres sont nettement plus élevés que ceux retrouvés lors de l'enquête transversale AfroBaromètre 2016¹² où la prévalence était de 7% chez les patients migrants originaires d'Afrique subsaharienne. Ces infections chroniques à VHB sont très certainement issues pour la majorité d'infection materno-fœtales¹³. Cette population jeune doit être une cible prioritaire des actions de dépistage mais également de prévention.

Concernant les infections tuberculeuses, deux patients ont été diagnostiqués. Les dépistages ont été réalisés par le biais d'une radiographie de thorax. Le test quantiféron n'a pas été réalisé pour des raisons économiques et car il n'était pas encore recommandé chez les patients mineurs de plus de 15 ans lors de l'étude. Une réflexion autour du moyen de dépistage pourrait être intéressante lors d'une étude ultérieure. La problématique du suivi entrerait alors en ligne de compte.

Le taux d'hospitalisations était de 6%, ce qui est très élevé. Les pathologies ayant motivé l'hospitalisation sont, pour la majorité, graves et pouvant engager le pronostic vital. Cela souligne la fragilité de ces patients. Si l'on compare ce taux à celui paru au sein de l'Étude nationale sur les caractéristiques

des migrants adultes consultant dans les Pass en 2016¹¹, qui était de 1%, on observe une fréquence supérieure des hospitalisations chez ces jeunes, ce qui est un révélateur inquiétant de leur état de santé et souligne l'intérêt de mettre en place une politique d'accès aux soins privilégiée pour cette population.

Les données recueillies concernant les diagnostics de consultation sont le miroir des pathologies présentes chez le jeune. Il existe un fort taux de diagnostics concernant l'appareil locomoteur. On retrouve cette même prévalence dans l'étude sur les primo-arrivants adultes réalisée par le Samusocial de Paris en 2015 et 2016¹¹. Cela s'explique par la fréquence des traumatismes physiques non pris en charge ayant eu lieu dans leur pays d'origine ou sur le parcours migratoire. La prévalence élevée des diagnostics urologiques est une donnée intéressante qui mériterait de plus amples explorations. Une première hypothèse est la prévalence importante de la bilharziose urinaire dans les populations issues de la migration. Cette pathologie était dépistée de manière systématique par le biais d'une bandelette urinaire et des explorations plus poussées étaient alors effectuées sur point d'appel. Elle n'a pas été distinguée des autres problématiques urologiques lors du recueil des données. Une attention toute particulière à cette pathologie pourrait être un point intéressant lors de la réalisation de travaux ultérieurs. La place de la sérologie, actuellement non réalisée pour des questions de coûts, doit en particulier être repensée. Une seconde hypothèse est le plus faible accès aux points d'eau potable et aux commodités, qui pourrait expliquer une survenue plus fréquente d'infection urinaire ou encore de lithiase.

Enfin, une comparaison entre les hommes et les femmes n'a pas pu être établie du fait de la faible proportion de femmes dans cet échantillon. Cette comparaison serait digne d'intérêt au cours d'une étude ultérieure à plus grande échelle.

Forces de l'étude

Dans cette étude, 301 patients ont été inclus et 1 035 consultations analysées, ce qui confère une puissance importante aux données étudiées et un caractère significatif aux résultats.

On constate que les données sociodémographiques sont concordantes avec les données publiées par le rapport d'activité de la Mission MNA 2018². Elles sont également en accord avec le rapport d'activité apporté par Médecins du monde⁷ qui met en évidence une prépondérance d'hommes (96%), une moyenne d'âge de 15,7 ans et, pour 97%, originaires d'Afrique subsaharienne. Nos données présentent donc des similitudes avec celles des études précédentes.

La prise en charge suivait un protocole "primo-arrivant" propre au service et le recueil des données était standardisé. Ces deux éléments assurent la qualité des données recueillies.

Limites de l'étude

Le caractère rétrospectif constitue une faiblesse par le faible niveau de preuve qu'il induit¹⁴.

Le caractère monocentrique induit un biais de sélection accentué par notre partenariat avec MSF. L'association a pu diriger vers la Pass de l'Hôtel-Dieu les patients qui, selon eux, étaient les plus fragiles et ne pouvaient être pris en charge dans les autres structures partenaires, où le plateau technique est plus léger.

Le recueil était standardisé, ce qui a permis d'obtenir une unité des données recueillies. Cependant, le caractère rétrospectif et l'utilisation du dossier médical comme intermédiaire pour l'extraction des données ont pu entraîner un biais de classement, en particulier pour les suspicions de psychotraumatisme.

Le nombre de patients non revus en consultation après la première visite médicale s'élève à 21,7%. Dans la mesure où un bilan biologique et une radiographie de thorax était proposée de façon presque systématique, cette donnée laisse à penser qu'ils ont été perdus de vue.

La notion de perdus de vue peut être expliquée par divers motifs : un défaut de compréhension du patient, une difficulté d'accès aux soins ou encore la poursuite du suivi dans une autre structure. Dans le cas précis des MNA, elle peut également être expliquée par la reconnaissance de leur minorité ou leur placement provisoire en dehors de l'Île-de-France. Les données manquantes peuvent induire un biais d'attrition. Il semble difficile d'estimer le nombre réel de perdus de vue.

Enfin, seules les hospitalisations visibles sur Orbis[®] ont pu être recueillies. Il existe un risque de sous-estimation de leur nombre par non-indication dans le dossier ou hospitalisation hors de l'AP-HP. Il est utile de noter qu'environ 80% des services des hôpitaux de l'AP-HP utilisent Orbis[®] et que les hospitalisations y ont lieu préférentiellement pour des raisons d'accessibilité, ce qui limite cette sous-estimation.

Conclusion

Le cadre légal des MNA non reconnus mineurs laisse peu de place à la mise en route d'une prise en charge médico-sociale adaptée.

Or, si l'on en croit les données issues de la littérature et celles de cette enquête, ces jeunes se déclarant MNA et non reconnus en tant que tels, présentent un plus mauvais état de santé qu'attendu : infections virales, pathologies de l'appareil locomoteur et psychotraumatisme mais aussi, plus inquiétant, des pathologies à un stade avancé nécessitant une hospitalisation. Cela s'explique pour partie par un manque de prévention et des prises en charges trop tardives par manque d'accès aux soins. Les données de cette étude soulignent l'urgence de la situation. Il est indispensable de faciliter l'accès aux soins de ces jeunes sans attendre le statut final de leur minorité.

Il ne nous appartient pas, en tant que soignants, de reconnaître leur minorité. En revanche, force est d'admettre ce qui est indéniablement primordial : le nombre croissant de ces jeunes et l'enjeu de leur prise en charge médicale et sociale.

Une étude de cohorte prospective multicentrique menée sur un échantillon plus important de la population serait digne d'intérêt afin de corroborer ces premiers résultats. ■

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Références

- [1] Mission mineurs non accompagnés : rapport annuel d'activité 2016. Paris: ministère de la Justice; 2017. 27 p. <http://www.justice.gouv.fr/justice-des-mineurs-10042/mineurs-non-accompagnes-12824/mission-mineurs-non-accompagnes-rapport-annuel-dactivite-2016-29893.html>
- [2] Mission mineurs non accompagnés : rapport annuel d'activité 2018. Paris: ministère de la Justice; 2019. 26 p. http://www.justice.gouv.fr/art_pix/RAA-MMNA-2018.pdf
- [3] Mission mineurs non accompagnés. Plaquette de présentation. Paris: Ministère de la justice. 2 p. http://www.justice.gouv.fr/art_pix/plaquette_presentation_mna.pdf
- [4] Les dossiers de la commission des droits de l'enfant n° 17. Les mineurs isolés étranger. Paris: Amnesty internationale; 2017. 32 p. https://www.infomie.net/IMG/pdf/mie_dossier_ai_2.pdf
- [5] Note d'instruction de l'ARS Île-de-France en direction des offreurs de soins concernant la prise en charge des Mineurs Non Accompagnés Étrangers. Paris: Agence régionale de santé Île-de-France; 2019. 9 p. http://www.corevihest.fr/ckfinder/userfiles/files/textes/15%20juillet%202019_Note%20d'instruction%20MNA.pdf
- [6] Les mineurs non accompagnés, symbole d'une politique maltraitante. Rapport de la mission de MSF auprès des mineurs non accompagnés en France. Paris: Médecins

Sans Frontières; 2019. 60 p. <https://www.msf.fr/sites/default/files/2019-09/201909%20-%20Rapport-Mission-France%20MSF.pdf>

- [7] Médecin du Monde. Rapport d'activité 2018. Programme Mineurs Non Accompagnés (MNA). Paris: Médecins du Monde (délégation Ile de France); 2019. 25 p. http://www.infomie.net/IMG/pdf/ra_2018_programme_mna_vf.pdf
 - [8] Populations migrantes : violences subies et accès aux soins. Numéro thématique. Bull Epidémiol Hebd. 2019. 52 p. <http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/17-18/index.html>
 - [9] Pädiatrische Praxis. Medizinische Versorgung von neu ankommenden unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen. 2017. 16 p.
 - [10] PASS Hôtel-Dieu. Copil 2018. http://www.passhoteldieu.sitew.com/Rapports_d_activite_COPIL.I.htm
 - [11] La santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique. Numéro thématique. Bull Epidémiol Hebd. 2017. 66 p. <http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/index.html>
 - [12] Larsen C, Limousi F, Rahib D, Barin F, Chevaliez S, Peytavin G, et al. Infections VIH et VHB parmi les Afro-Caribéens d'Île-de-France : des prévalences élevées et des dépistages insuffisants. Bull Epidémiol Hebd. 2017;(29-30): 609-16. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/29-30/2017_29-30_3.html
 - [13] Organisation mondiale de la santé. Hépatite B. Principaux faits. 27 juillet 2020. <https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/hepatitis-b>
 - [14] Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique. Paris: Haute Autorité de santé; 2013. 92 p. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf
- Citer cet article**
- Hourdet A, Rénier M, Van de Steeg F, Rieutord G, de Champs Léger H. État de santé des patients se déclarant mineurs non accompagnés et non reconnus mineurs : enquête rétrospective au sein de la Permanence d'accès aux soins de santé de l'Hôtel-Dieu. Bull Epidémiol Hebd. 2020;(27):531-7. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/27/2020_27_2.html

LES HOSPITALISATIONS EN SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION SPÉCIALISÉS POUR LES AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX EN 2017

// HOSPITALIZATIONS IN POST-ACUTE REHABILITATION UNITS SPECIALIZED FOR NEUROLOGICAL DISEASES IN 2017

Christine de Peretti¹ (Christine.DEPERETTI@sante.gouv.fr), France Woimant^{2,3}, Alexis Schnitzler⁴

¹ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), Sous-Direction OSAM, Paris, France

² Agence régionale de santé Île-de-France, Paris, France

³ Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, France

⁴ Hôpital Raymond-Poincaré, Service de médecine physique et de réadaptation, Garches, France

Soumis le 10.03.2020 // Date of submission: 03.10.2020

Résumé // Abstract

Introduction – Les objectifs de cette étude sont de décrire la patientèle du secteur des soins de suite et de réadaptation (SSR) spécialisé pour les affections du système nerveux en 2017 : les principales pathologies prises en charge, les facteurs associés à la prise en charge dans ces SSR spécialisés, les disparités régionales, ainsi que les évolutions survenues entre 2013 et 2017.

Méthodes – Les données proviennent des bases nationales du PMSI-SSR 2017. Les admissions ont été sélectionnées sur le type d'unité médicale et la catégorie majeure (CM 01). L'offre régionale en lits ou places a été calculée à partir de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Des indices comparatifs des taux de patients admis en SSR spécialisé ont été calculés par standardisation indirecte sur l'âge, par région de résidence afin de pouvoir comparer directement chaque taux régional à la valeur 100 qui représente la moyenne nationale.

Résultats – Le SSR spécialisé pour les affections du système nerveux prend en charge 55% des séjours en SSR pour affection du système nerveux. Les pathologies les plus fréquentes sont les accidents vasculaires cérébraux (32% des patients), les maladies neurodégénératives hors démences (18%), les « autres affections du système nerveux », qui comprennent de nombreuses séquelles neurologiques (15%) et les lésions médullaires (12%). Entre 2013 et 2017, la capacité en lits ou places en SSR « système nerveux » a augmenté de 25%. Parallèlement, les admissions ont augmenté de 30% et les journées de présence de 19%. Des disparités géographiques notables persistent : les indices comparatifs régionaux des taux de personnes hospitalisées en SSR « système nerveux » varient de 75 à 147 en métropole, l'amplitude des disparités étant plus marquée dans les départements et régions d'outre-mer.

Discussions-conclusion – Cette étude descriptive sur la prise en charge des affections neurologiques dans les services de SSR spécialisés pour les affections du système nerveux contribue à l'état des lieux du champ d'hospitalisation SSR. Elle montre le poids important des accidents vasculaires cérébraux, des affections neurodégénératives et des lésions médullaires dans ce secteur spécialisé. Malgré l'augmentation notable de la capacité de ce secteur entre 2013 et 2017, il persiste de fortes disparités des taux régionaux de recours.

Introduction – The aim of this study was to describe the patients' population admitted in post-acute rehabilitation hospitalization units (PARH) specialized for neurological diseases (NPARH) in France in 2017: the diseases treated, the related factors for NPARH admission, regional disparities and evolutions between 2013 and 2017.

Methods – We used the national databases for post-acute rehabilitation hospitalization (PMSI-SSR) in which we selected patients admitted based on the type of medical ward and major category (MC 01). Neurological diseases were grouped according to the French PARH classification. The number of rehabilitative beds and places were retrieved from the national administrative databases called "Statistique administrative des établissements de santé" (SAE). Regional comparative rates were calculated using the indirect age-standardization method to compare the regional rates of patients admitted in NPARH to the mean national rate (value=100). The regional supply of beds or places was calculated from the annual statistics of health care institutions. Comparative indices of the rates of patients admitted to specialized PARH were calculated by indirect standardization on age, by region of residence in order to directly compare each regional rate to the value 100, which represents the national average.

Results – Amongst PARH admissions of patients with neurological disease, 55% were in NPARH. The most frequent diseases were stroke (32% of patients), neurodegenerative diseases (except dementia, 18%), the group of "other neurological diseases" (in which many sequelae, 15%) and spinal cord lesions (12%). Between 2013 and 2017, there was an increase in the availability of NPARH beds or day-hospitalization places (+25%). During the same time, the increase was +30% for the admissions and +19% for the global count of hospitalization days.

Moreover, there were variations across metropolitan regions, with comparative rates of patients admitted in NPARH ranging from 75 to 147 in metropolitan regions. Discrepancies are larger in overseas regions.

Discussion-Conclusion – This descriptive study focused on the hospital admissions of neurological patients in neurologic PARH units (NPARH), contributing to the description of the PARH sector activity. It shows the high proportions of patients with stroke, neurodegenerative diseases and spinal cord lesions in these units. Regional disparities persist in spite of the increase in NPARH beds or places.

Mots-clés : Hospitalisation, Soins de suite et de réadaptation, Affections du système nerveux
// **Keywords:** Hospitalization, Post-acute rehabilitation units, Neurological diseases

Introduction

Le secteur hospitalier des soins de suite et de réadaptation (SSR) a été profondément réorganisé par les décrets et circulaires de 2008 qui ont regroupé 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. L'activité des 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.

Les décrets de 2008 distinguent les services SSR polyvalents et les SSR autorisés pour une activité spécialisée ; celles-ci sont au nombre de 9 : 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 polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance. Les décrets de 2008 ont défini leurs conditions techniques de fonctionnement respectives en termes de compétences professionnelles, médicales et paramédicales, et d'équipements¹.

Depuis 2008, ce secteur a connu de nombreuses évolutions, avec notamment la création de la classification des séjours SSR en groupes médico-économiques (2013) et l'évolution de la nomenclature des actes de rééducation-réadaptation (2012), d'une part, et de la tarification (2017), d'autre part. Cette évolution se poursuit avec des projets de révision des décrets de 2008, de refonte des autorisations et d'évolution de la tarification.

Contrairement au secteur MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique), le secteur SSR est en expansion. L'augmentation des lits ou des places d'hospitalisation partielle a été globalement estimée à 13% entre 2008 et 2016². Cette évolution, qui ne peut être étudiée par mention que depuis 2013, n'est pas uniforme. Les lits et les places en SSR polyvalents ont ainsi globalement diminué de 13% entre 2013 et 2017, à l'avantage des SSR avec mention spécialisée, et particulièrement des SSR spécialisés pour

les affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance (+25%), pour les affections du système nerveux (+25%) et pour les affections de l'appareil locomoteur (+13%). Compte tenu de leurs poids respectifs initiaux dans l'offre de soins SSR, ces augmentations représentent respectivement 40%, 23% et 20% des lits ou places créés durant cette période.

Néanmoins, l'activité du champ SSR et de ses diverses mentions spécialisées est peu décrite. C'est notamment le cas pour les SSR avec mention pour les affections du système nerveux, dont la capacité a pourtant notablement augmenté durant la période. En outre, ce SSR a été sollicité par le « Plan d'actions national AVC 2010-2014 » qui comportait des objectifs généraux d'amélioration de l'organisation de la prise en charge des AVC (accidents vasculaires cérébraux), de l'urgence au retour à domicile ou au secteur médico-social, et notamment de l'offre de rééducation, réadaptation et réinsertion³. Ils sont également sollicités dans le cadre du « Plan maladies neurodégénératives 2014-2019 »⁴, pour des maladies telles que la sclérose en plaques, la maladie de Parkinson, la sclérose latérale amyotrophique, voire la maladie d'Alzheimer. Si plusieurs publications ont décrit les hospitalisations en SSR des patients victimes d'AVC⁵⁻⁷, la prise en charge en SSR des patients avec maladies neurodégénératives et *a fortiori* avec d'autres affections du système nerveux est mal connue.

En 2017, selon l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih), sur le million de patients en SSR, près de deux sur dix y étaient hospitalisés pour une maladie de l'appareil neurologique (séjour classé en catégorie majeure –CM– 01)⁸ ; parmi eux, près de la moitié ont été pris en charge par une équipe spécialisée dans des lits ou places autorisés pour les affections du système nerveux. Ce secteur se caractérise par des compétences pluridisciplinaires associant *a minima* des médecins spécialistes en médecine physique et de réadaptation (MPR) et des neurologues, des masseurs-kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, des orthophonistes et des psychologues. Il doit assurer un accès à un plateau technique permettant de réaliser des examens spécialisés et dispenser à chaque patient plusieurs séquences quotidiennes de traitement.

Les objectifs de cette étude sont de décrire la patientèle du secteur SSR spécialisé dans les affections du système nerveux en 2017 pour contribuer à l'état des lieux sur l'activité du champ SSR : les principales caractéristiques des patients, les pathologies prise

en charge, les facteurs associés à une hospitalisation en SSR spécialisés pour les affections du système nerveux, plutôt que dans un autre secteur SSR, les évolutions survenues entre 2013 et 2017, ainsi que les disparités régionales observées en 2017.

Méthodes

Données

Trois sources de données ont été utilisées :

- hospitalisations en soins de suite et de réadaptation : bases annuelles nationales du PMSI-SSR (PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information) produites par l'Atih, années 2013 à 2017 ;
- capacité en lits ou places : bases de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) produites par la Drees (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) pour les années 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) ;
- Populations : estimations localisées de population (ELP) produites par l'Insee (Institut national de la statistique et des études économiques) pour l'année 2017.

Champ de l'étude

Le champ de l'étude est l'ensemble des admissions dans le champ SSR classées dans la catégorie majeure relative aux affections du système nerveux (CM 01). Les admissions d'intérêt ont inclus les admissions pour lesquelles il y a eu un passage dans une unité spécialisée pour les affections du système nerveux (SSR « système nerveux ») ou, par extension, en SSR spécialisés pour les affections de l'appareil locomoteur dans la mesure où certains lits ou places peuvent ne pas être formellement différenciés lorsque ces unités sont situées dans un même service de « médecine physique et de réadaptation » (10% des admissions considérées) : tous ces séjours ont été considérés comme admis en SSR « système nerveux ». En revanche, les séjours relevant d'une autre CM ont été exclus (7%).

L'étude 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. Ont été considérés tous les séjours survenus dans les établissements de santé, publics et privés, de France métropolitaine et des départements et régions d'outremer (DROM), qu'ils soient en hospitalisation complète ou en hospitalisation partielle (hospitalisations de jour essentiellement, mais aussi les séances, voire très exceptionnellement, des « hospitalisations de nuit »).

Les séjours avec anomalies de chaînage (1,7%) et les prestations inter-établissements (0,0%) ont été exclus du champ de l'étude.

Unités décomptées

Les patients admis dans l'année, leurs admissions, ainsi que les journées correspondantes de présence en 2017 ont été décomptés en raison des particularités du champ SSR : les prises en charge y sont souvent longues, éventuellement émaillées de permissions ou de modifications du mode de prise en charge.

Les motifs des admissions ont été étudiés sur la base des groupes nosologiques (GN) de la classification élaborée par l'Atih à partir des codes CIM-10 (Classification internationale des maladies – 10^e révision) des variables qui constituent la « morbidité principale »⁽¹⁾, en vigueur au cours des années étudiées⁽²⁾. Certains GN ont toutefois été regroupés pour fluidifier la lecture des résultats et étudier les évolutions :

- 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⁽³⁾.
- Démences : GN 0127.
- Autres affections neurodégénératives (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⁽⁴⁾.

Analyse des données

Les patients de la CM 01 admis en SSR « système nerveux » 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'année. Le PMSI-SSR comprend en effet des évaluations de l'autonomie des patients pour six activités de la vie quotidienne⁽⁵⁾, cotées chacune de 1 à 4 selon le niveau de dépendance : la valeur 1

⁽¹⁾ Finalité principale de prise en charge, manifestation morbide principale et diagnostic étiologique quand il est différent de la manifestation morbide principale, voire dans quelques cas codes de diagnostics associés.

⁽²⁾ <https://www.atih.sante.fr/manuel-des-gme-2017>

⁽³⁾ Le GN 0124, intitulé « Affections des nerfs (à l'exclusion des polyneuropathies) » comprend aussi les affections musculaires et neuromusculaires, notamment les myasthénies, les myopathies congénitales...

⁽⁴⁾ Le GN 0145, intitulé « Autres affections du système nerveux », représente 78% des admissions de ce regroupement en SSR spécialisés pour les affections du système nerveux.

⁽⁵⁾ Voir guide méthodologique du PMSI SSR disponible à l'adresse suivante : https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bos/2017/sts_2017_0002_0001_p000.pdf

correspond à une indépendance pour la réalisation de l'activité et la valeur 4, à un besoin total d'assistance humaine. Le score de dépendance physique est obtenu par sommation des cotations des 4 activités suivantes : habillage⁽⁶⁾, déplacement et locomotion, alimentation et enfin continence/hygiène de l'élimination ; sa valeur minimale est égale à 4 et sa valeur maximale, à 16. Le score cognitif additionne pour sa part les cotations du comportement et de la communication (minimum : 2, maximum : 8).

Pour chaque patient, le nombre d'admissions sur l'année en SSR « système nerveux » a été calculé. En raison de la durée parfois importante des séjours SSR, le cumul annuel médian des jours de présence 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 dénombrement des journées de présence, 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 en SSR « système nerveux » ont été définis pour chaque patient, en considérant comme nouvel épisode de soin toute nouvelle admission dans ce secteur ayant une « date d'entrée » (telle qu'elle figure dans le PMSI) distante de plus de 30 jours de la fin du séjour précédent.

Deux analyses multivariées par régression logistique ont été réalisées. La première compare les nouveaux patients de 2017 aux patients hospitalisés en SSR « système nerveux » au cours des cinq années précédentes (2012-2016) en termes de sexe, âge, GN, mode d'hospitalisation, finalité principale de prise en charge (FPP) et du nombre de jours de présence. La seconde compare les patients de la CM 01 admis en SSR « système nerveux » à ceux qui ont été admis dans d'autres types d'unités SSR (essentiellement SSR polyvalent ou SSR spécialisé pour la personne âgée polypathologique dépendante ou à risque de dépendance) en fonction de l'âge, du sexe, du groupe nosologique, de la dépendance physique et cognitive, ainsi que de la FPP, des jours de présence et du score de rééducation-réadaptation construit par l'Atih à partir des pondérations, basées sur la consommation de ressources, des actes de rééducation-réadaptation.

Les évolutions du SSR « système nerveux » entre 2013 et 2017 ont été étudiées d'une part, en termes d'offre de soins (lits ou places déclarés dans l'enquête annuelle de la SAE⁽⁷⁾) et, d'autre part, en termes d'admissions (patients, séjours et journées de présence). L'évolution de la médiane du nombre de jours de présence cumulés sur l'année des patients admis au cours du premier semestre a été testée par le test non paramétrique de la médiane.

Pour l'étude des disparités régionales, les capacités régionales en lits ou places spécialisés « système nerveux » 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. En outre, des indices comparatifs⁽⁸⁾ des taux de patients admis en 2017 en SSR « système nerveux » pour affection de la CM 01 ont été calculés par standardisation indirecte sur l'âge, pour chaque région de résidence afin de pouvoir comparer directement chaque taux régional à la valeur 100 qui représente la moyenne nationale.

Résultats

Caractéristiques des patients admis en SSR spécialisés pour les affections du système nerveux

En 2017, près de 89 000 patients ont été admis en SSR « système nerveux » pour affection de la CM 01, ce qui représente 49% de l'ensemble des patients de cette CM admis en SSR et 55% des admissions. Les patients de ces SSR spécialisés sont majoritairement des hommes (56,5%) ; ils sont relativement jeunes, avec un âge moyen de 55,3 ans : 61% ont moins de 65 ans et 39% sont plus âgés (35% ayant entre 65 ans et 84 ans) (tableau 1). Le score médian de dépendance physique est égal à 8 et celui de la dépendance cognitive est de 3.

Près de six patients sur dix ont eu une hospitalisation complète (HC), avec des séjours généralement assez longs, soit 40 jours pour le nombre médian des 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 séjours en hospitalisation de jour (HJ) sont presque aussi fréquents, mais plus courts : 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 et une proportion élevée de séjours très brefs (un seul jour dans l'année : 21%). De plus, 12% des patients ont eu plusieurs modes d'hospitalisation.

La part du privé est prépondérante : 62% des admissions, mais avec une prédominance des établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic : 40%, contre 21,5% dans le secteur privé à but lucratif). La part du secteur public est minoritaire (38% : 16% en centre hospitalier régional ou universitaire et 22% en centre hospitalier général)⁹.

Tous séjours confondus, la finalité principale de prise en charge (FPP) la plus fréquente est la rééducation physique (75,5%), de laquelle on peut rapprocher les séjours pour réadaptation (ergothérapie, rééducation professionnelle ou pour autres thérapies concernant les activités de la vie quotidienne : 6%) (données non présentées). Viennent ensuite les recours

⁽⁶⁾ Habillage ou toilette depuis 2018.

⁽⁷⁾ Dans la SAE, la capacité par spécialité SSR n'est disponible que depuis 2013.

⁽⁸⁾ Il s'agit de SMR (*standardized morbidity ratios*).

Tableau 1

Admissions en soins de suite et de réadaptation (SSR) spécialisés pour les affections du système nerveux. France, 2017

| Affections de la CM 01 admises en SSR « système nerveux » | |
|---|---------------------|
| Nombre de séjours débutés dans l'année | 152 209 |
| Journées d'hospitalisation en 2017 | 3 598 756 |
| <i>dont journées en hospitalisation complète (%)</i> | 79,2% |
| Catégorie d'établissement (%) | |
| Centre hospitalier public | 22,1 |
| Centre hospitalier régional | 16,3 |
| Privé non lucratif | 40,1 |
| Privé lucratif | 21,5 |
| Patients | 88 695 |
| Âge moyen (ans) | 55,3 |
| Distribution par classe d'âge (%) | |
| 0-17 ans | 7,6 |
| 18-64 ans | 53,5 |
| 65-84 ans | 34,7 |
| ≥85 ans | 4,2 |
| Sexe (%) | |
| Femmes | 43,5 |
| Hommes | 56,5 |
| Mode d'hospitalisation | |
| Patients avec séjour en hospitalisation complète (%) | 57,3 |
| Patients avec séjour en hospitalisation de jour (%) | 53,7 |
| Patients avec plusieurs modes d'hospitalisation* (%) | 11,9 |
| Journées de présence en 2017 (cumul sur l'année**) | |
| En hospitalisation complète : médiane (Q25, Q75) | 40 (22, 82) |
| En hospitalisation de jour : médiane (Q25, Q75) | 7 (2, 22) |
| Séjours antérieurs en rééducation fonctionnelle (2012-2016)*** (%) | 46,0 |
| Plusieurs épisodes de soins en 2017 (%) | 16,9 |
| Plusieurs admissions en 2017 (%) | 34,2 |
| Scores de dépendance à l'entrée (1^{er} séjour de l'année) | |
| Dépendance physique : médiane (Q25, Q75) | 8 (5, 13) |
| Dépendance cognitive : médiane (Q25, Q75) | 3 (2, 5) |
| Score RR**** (1^{er} RHA du séjour) : médiane (Q25, Q75) | 88 (47, 135) |

* Parmi les 4 modes possibles (hospitalisation complète, hospitalisation partielle de jour, hospitalisation partielle de nuit, séances).

** Cumul des journées de présence sur l'année pour les patients dont la première admission a été réalisée au cours du premier semestre.

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

**** Score de rééducation réadaptation.

RHA : résumés hebdomadaires anonymes ; CM 01 : catégorie majeure 01. Champ : France entière, admissions de la CM 01 en SSR spécialisé pour les affections du système nerveux (ou en SSR spécialisé pour les affections de l'appareil locomoteur). 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).

pour examens ou avis divers (5%) et ceux pour traitement médicamenteux, notamment de la spasticité (« chimiothérapie non tumorale » : 4%).

Près de la moitié des patients (46%) avaient déjà été hospitalisés en SSR « système nerveux » au cours des cinq années précédentes et 17% ont eu plusieurs épisodes de soins espacés d'au moins un mois en 2017. L'analyse multivariée montre que les patients suivis depuis plusieurs années dans ces services sont plus jeunes et plus souvent admis pour traitement médicamenteux et en hospitalisation partielle de courte durée ; la probabilité d'hospitalisations pluriannuelle est ainsi augmentée pour les états végétatifs chroniques, ainsi que pour les maladies neurodégénératives (hors démences), les lésions médullaires et les paralysies cérébrales (données non présentées).

Comparaison avec les patients de la CM 01 admis dans les autres mentions SSR

Les patients hospitalisés pour une affection de la CM 01 en SSR spécialisé « système nerveux » sont plus jeunes que ceux hospitalisés en SSR polyvalent et *a fortiori* en SSR spécialisé pour la personne âgée polypathologique (tableau 2). Ils sont aussi plus autonomes, avec des scores d'activités égaux à 8 pour la dépendance physique et à 3 pour la dépendance cognitive, *versus* 10 et 4 en SSR polyvalent et 11 et 5 en SSR spécialisé pour la personne âgée polypathologique. Par ailleurs, leur score médian de rééducation-réadaptation en première semaine, qui représente le volume quotidien de rééducation-réadaptation, est plus élevé (86 *versus* 33 en SSR polyvalent et 29 en SSR spécialisé pour la personne âgée polypathologique).

Après ajustements sur les groupes nosologiques et l'âge, l'analyse multivariée confirme une probabilité d'admission dans ces services plus faible pour les femmes (odds ratio, OR=0,81, intervalle de confiance à 95%, IC95%=[0,79-0,83]) et en cas de dépendance cognitive importante (OR=0,93 [0,92-0,94]). En termes de prise en charge, on y observe une plus grande propension à l'hospitalisation de jour (OR=4,0 [3,85-4,17]) et des FPP plus souvent orientées vers les traitements médicamenteux (hors chimiothérapie cancéreuse), la rééducation, l'adaptation de prothèse ou autre matériel, ainsi que les bilans (tableau 3).

Principales pathologies prises en charge en SSR spécialisé pour les affections du système nerveux en 2017

En SSR spécialisé « système nerveux », les patients les plus nombreux sont les victimes d'AVC (32% des patients et 41% des journées) (figure 1). Leur âge moyen est égal à 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 (médiane à 4). La FPP prédominante est la rééducation-réadaptation (90 % des séjours). Plus d'un patient sur dix ont eu plusieurs épisodes de soins en 2017 (12,5 %).

Tableau 2

Distribution des admissions en soins de suite et de réadaptation (SSR) pour affection du système nerveux par spécialisation des services de SSR selon les caractéristiques de patients et des séjours. France, 2017

| | SSR spécialisés système nerveux | SSR spécialisés « Personne âgée dépendante ou à risque de dépendance » | SSR polyvalents | Autres SSR spécialisés |
|---|---------------------------------|--|-----------------|------------------------|
| Toutes admissions de la CM 01 (%) | 55,4 | 19,6 | 24,5 | 0,5 |
| Sexe | | | | |
| Femmes (%) | 48,9 | 24,3 | 26,4 | 0,4 |
| Hommes (%) | 61,4 | 15,3 | 22,7 | 0,6 |
| Âge | | | | |
| 0-17 ans (%) | 67,3 | 0,0 | 31,4 | 1,3 |
| 18-64 ans (%) | 83,3 | 1,2 | 15,0 | 0,5 |
| 65-84 ans (%) | 45,8 | 26,5 | 27,2 | 0,5 |
| 85 ou plus (%) | 9,7 | 54,2 | 35,8 | 0,3 |
| Type d'hospitalisation | | | | |
| Hospitalisation complète (%) | 43,0 | 25,2 | 31,1 | 0,7 |
| Hospitalisation partielle (%) | 75,8 | 10,4 | 13,5 | 0,2 |
| Score de rééducation-réadaptation (médiane) | 86,0 | 29,0 | 33,0 | 45,0 |
| Score de dépendance physique (médiane) | 8 | 11 | 11 | 9 |
| Score de dépendance cognitive (médiane) | 3 | 5 | 4 | 4 |
| Pathologies | | | | |
| Accidents vasculaires cérébraux (%) | 65,8 | 13,8 | 20,0 | 0,4 |
| Autres affections neurodégénératives (sauf démences) (%) | 65,5 | 13,7 | 20,5 | 0,3 |
| Autres affections du système nerveux (%) | 55,4 | 12,3 | 31,7 | 0,7 |
| Lésions médullaires (%) | 87,0 | 1,8 | 10,9 | 0,2 |
| Polyneuropathies et autres affections des nerfs (%) | 66,8 | 6,2 | 25,4 | 1,5 |
| Paralysie cérébrale (%) | 82,2 | 0,3 | 17,2 | 0,3 |
| Lésions cérébrales traumatiques (%) | 61,2 | 13,7 | 24,7 | 0,4 |
| Tumeurs malignes du système nerveux (%) | 43,8 | 9,2 | 42,8 | 4,2 |
| Démences (%) | 2,1 | 64,3 | 33,4 | 0,2 |
| États végétatifs chroniques –États pauci-relationnels (%) | 48,1 | 2,0 | 49,9 | 0,1 |

CM 01 : catégorie majeure 01.

Champ : France entière, toutes admissions en SSR pour affections de la CM 01.

Sources : Bases nationales du PMSI-SSR 2017 (Atih).

Les patients hospitalisés pour maladies neuro-dégénératives (hors démences) telles que la sclérose en plaques, la maladie de Parkinson, la sclérose latérale amyotrophique, *etc.* représentent le deuxième groupe de patients atteints de troubles neurologiques en termes d'importance numérique (18% des patients et 11,5% des journées). 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 10 avaient déjà été hospitalisés en SSR au cours des années précédentes (60%) et 20% ont eu plusieurs épisodes de soins en 2017. Dans ce groupe, les pathologies les plus fréquentes sont la sclérose en plaques (51% des patients) et la maladie de Parkinson (25%). Les patients atteints de sclérose en plaques sont en majorité des femmes (65%) relativement jeunes (l'âge moyen est égal à 54 ans).

À l'inverse, la population des patients atteints de maladie de Parkinson est plus masculine (60%) et plus âgée (âge moyen de 71 ans.)

En troisième position se situe le regroupement « autres affections du système nerveux » qui représente 15% des patients et 12% des journées. Ce groupe est assez jeune en moyenne (55 ans) et majoritairement masculin (56 %). Il comprend de nombreux patients avec séquelles neurologiques, particulièrement des hémiplésies qui concernent plus de la moitié de ces patients (52%). Un code de séquelle d'AVC est relevé pour 28% des patients de ce groupe, ce qui porte à 36% le poids des patients pour lesquels un AVC, récent ou ancien, est codé dans le PMSI-SSR.

Viennent ensuite les patients atteints de lésions ou affections médullaires (12% des patients, 13,5%

Tableau 3

Facteurs liés à l'admission en SSR spécialisés pour les affections du système nerveux parmi les patients admis en SSR pour affection du système nerveux. France, 2017

| | Odds ratio ajusté | Intervalle de confiance à 95% | |
|---|-------------------|-------------------------------|-------|
| Âge | 0,96 | 0,96 | 0,96 |
| Sexe (femmes <i>versus</i> hommes) | 0,81 | 0,79 | 0,83 |
| Pathologies | | | |
| Lésions médullaires | 3,17 | 2,96 | 3,38 |
| Accidents vasculaires cérébraux | 1,87 | 1,80 | 1,95 |
| Affections neurodégénératives (sauf démences) | 1,23 | 1,18 | 1,29 |
| Autres affections du système nerveux (référence) | 1,00 | | |
| Polyneuropathies, autres affections des nerfs | 0,98 | 0,93 | 1,04 |
| Lésions cérébrales traumatiques | 0,90 | 0,84 | 0,97 |
| États végétatifs chroniques | 0,82 | 0,69 | 0,97 |
| Paralysies cérébrales | 0,73 | 0,67 | 0,80 |
| Tumeurs malignes du système nerveux | 0,61 | 0,56 | 0,66 |
| Démences | 0,05 | 0,05 | 0,06 |
| Finalité principale de prise en charge | | | |
| Traitement médicamenteux (spasticité...) | 8,70 | 7,01 | 10,80 |
| Rééducation physique | 3,75 | 3,18 | 4,44 |
| Prothèses, appareils... (mise en place, ajustement) | 2,17 | 1,78 | 2,65 |
| Examens ou avis divers | 1,40 | 1,17 | 1,68 |
| Soins post-chirurgicaux (référence) | 1,00 | | |
| Ergothérapie, rééducation professionnelle | 0,73 | 0,61 | 0,86 |
| Autres | 0,62 | 0,52 | 0,74 |
| Hospitalisation de jour (<i>versus</i> complète) | 4,01 | 3,85 | 4,17 |
| Nombre de jours de présence | 1,00 | 1,00 | 1,00 |
| Score de dépendance physique | 0,99 | 0,98 | 0,99 |
| Score de dépendance cognitive | 0,93 | 0,92 | 0,94 |
| Score de rééducation-réadaptation | 1,01 | 1,01 | 1,01 |

Champ : France entière, toutes admissions en SSR pour affections de la CM 01.

Sources : Bases nationales du PMSI-SSR 2017 (Atih).

SSR : soins de suites et de réadaptation.

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 20% ont eu plusieurs épisodes de soins en 2017.

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 (plusieurs épisodes de soins : 10%) 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

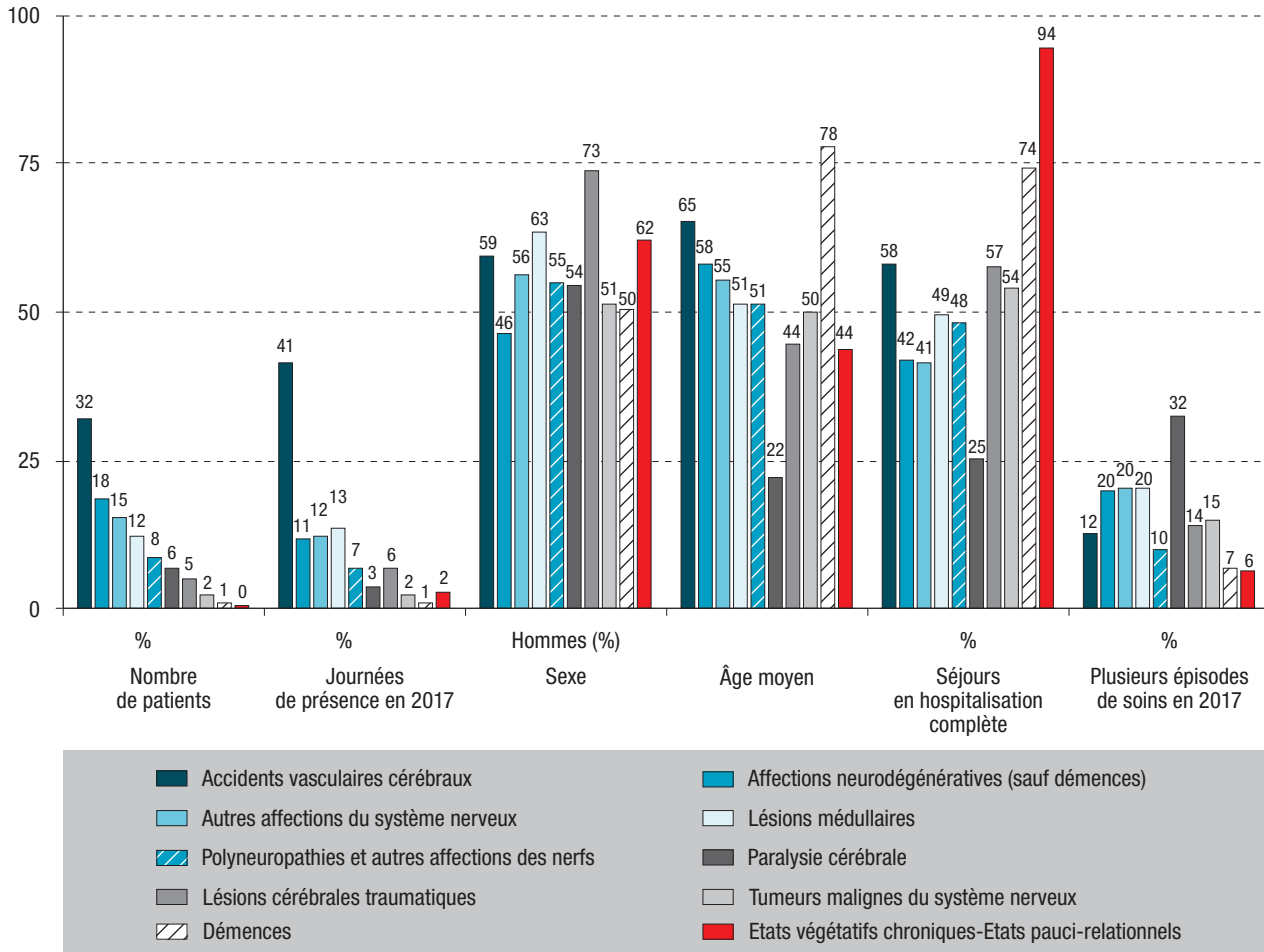
une hospitalisation en réadaptation fonctionnelle entre 2012 et 2016 (67%) et 32% ont eu plusieurs épisodes de soins courant 2017. Pour ces patients, si la FPP la plus fréquente reste la rééducation – ou la réadaptation fonctionnelle – (49%), la part des recours pour une autre FPP est importante : 17% 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 assez jeune (44,4 ans en moyenne). Ces patients ont un score physique médian (8) identique à celui de ce SSR, 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%)

Figure 1

Hospitalisations en SSR « système nerveux » : principales caractéristiques des patients de la CM 01 admis en SSR « système nerveux » selon les pathologies. France, 2017



Champ : France entière, patients admis pour affection de la CM 01 en SSR spécialisé pour les affections du système nerveux (ou en SSR spécialisé pour les affections de l'appareil locomoteur).
Sources : Bases nationales du PMSI-SSR 2017 (Atih).
SSR : soins de suite et de réadaptation ; CM : catégorie majeure.

et ceux en états végétatifs chroniques ou pauci-relationnels (0,4%, mais 2,4% pour les journées de présence).

Les affections de la CM 01 surreprésentées en SSR « système nerveux », comparativement aux autres SSR, sont en premier lieu les lésions ou affections médullaires, pour lesquelles 87% des admissions se font en SSR « système nerveux », et les paralysies cérébrales (82%) (figure 2). Viennent ensuite les polyneuropathies et autres affections des nerfs (67%), les AVC (66%) et les maladies neurodégénératives autres que la démence (65,5%). À l'opposé, les démences y sont très peu nombreuses (2%), car préférentiellement admises en SSR spécialisé pour la personne âgée polypathologique dépendante ou à risque de dépendance (64%).

Évolutions survenues entre 2013 et 2017

Entre 2013 et 2017, la capacité des SSR spécialisés pour les affections du système nerveux a augmenté de 20% pour les lits et de 48% pour les places d'hospitalisation partielle, soit de plus de 25% globalement.

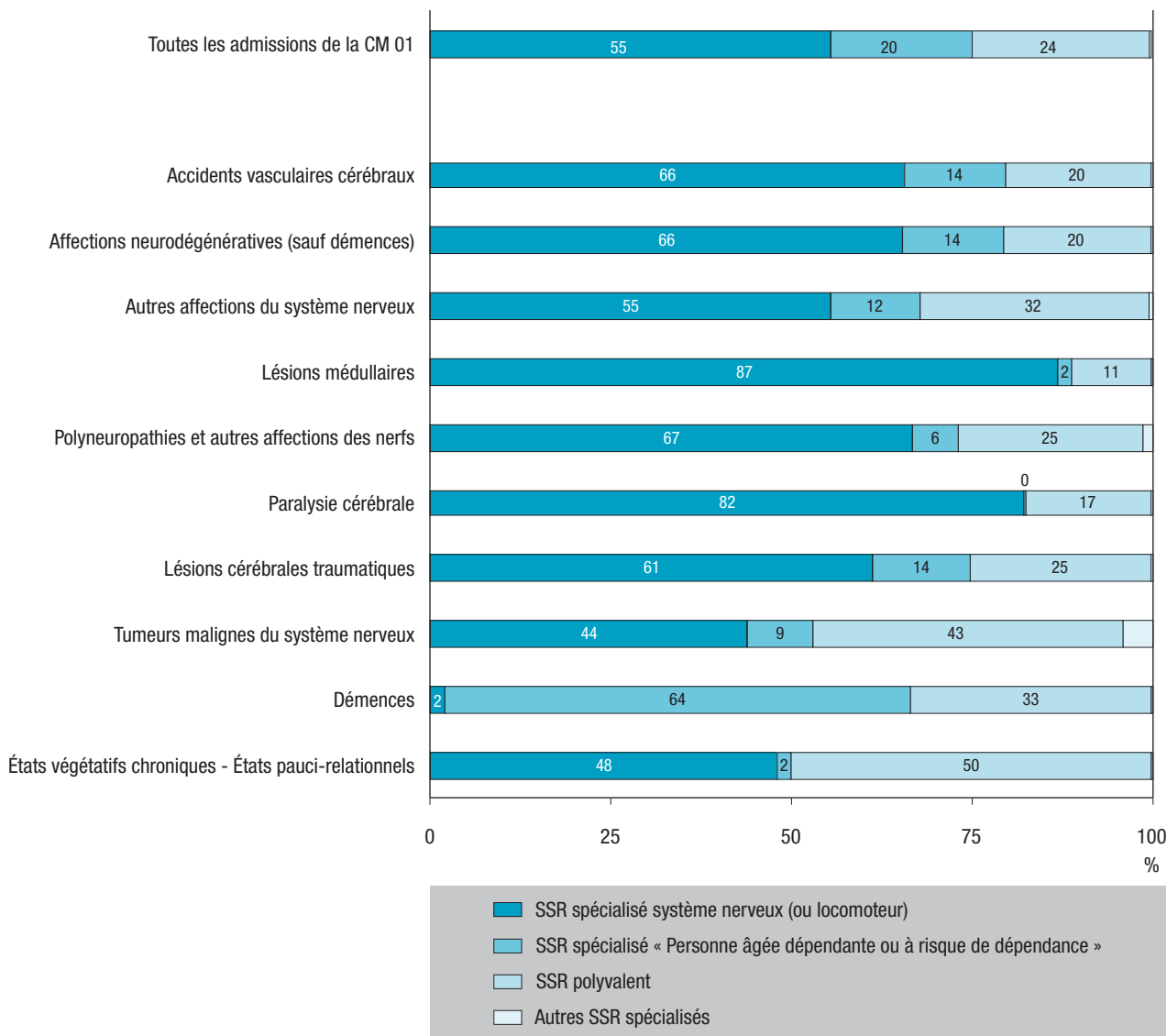
Parallèlement, le nombre de patients admis dans l'année a augmenté de 30%. C'est également le cas pour les admissions, avec des différences selon le mode d'hospitalisation : +12% pour l'hospitalisation complète et +51% pour l'hospitalisation partielle. L'augmentation correspondante du nombre de journées de présence sur l'année est de 19% (figure 3).

Cette évolution s'est accompagnée d'une légère augmentation de l'âge moyen des patients entre 2013 et 2017 (de 54,0 à 55,3 ans). Parallèlement, le nombre médian des journées de présence cumulées sur l'année⁽⁹⁾ a légèrement, mais significativement, diminué pour l'hospitalisation complète (de 41 à 40 jours) et augmenté pour l'hospitalisation de jour (de 6 à 7). Avec le développement de l'hospitalisation partielle, on observe en outre une évolution des FPP, avec une augmentation notable des séjours dont la FPP traduit le suivi de patients chroniques, notamment les séjours pour « chimiothérapie non

⁽⁹⁾ Patients ayant une première admission au cours du premier semestre de l'année.

Figure 2

Distribution des admissions pour affection de la catégorie majeure 01 (CM 01) selon la spécialisation de l'unité de soins de suite et de réadaptation (SSR). France, 2017



Champ : France entière, toutes admissions en SSR pour affections de la CM 01.
Sources : Bases nationales du PMSI-SSR 2017 (Atih).

tumorales » (+190%), pour examen (+79%) ou encore pour bilan ou ajustements de prothèses ou autres matériel (+72%).

L'augmentation du nombre de journées d'hospitalisation est observée pour tous les regroupements de pathologies. Néanmoins, en raison de leur prévalence importante, quatre groupes expliquent à eux seuls 80% de l'augmentation des journées : 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 de +19% pour les journées de présence et de +23% pour les patients. Une augmentation plus importante est observée pour les patients avec affection

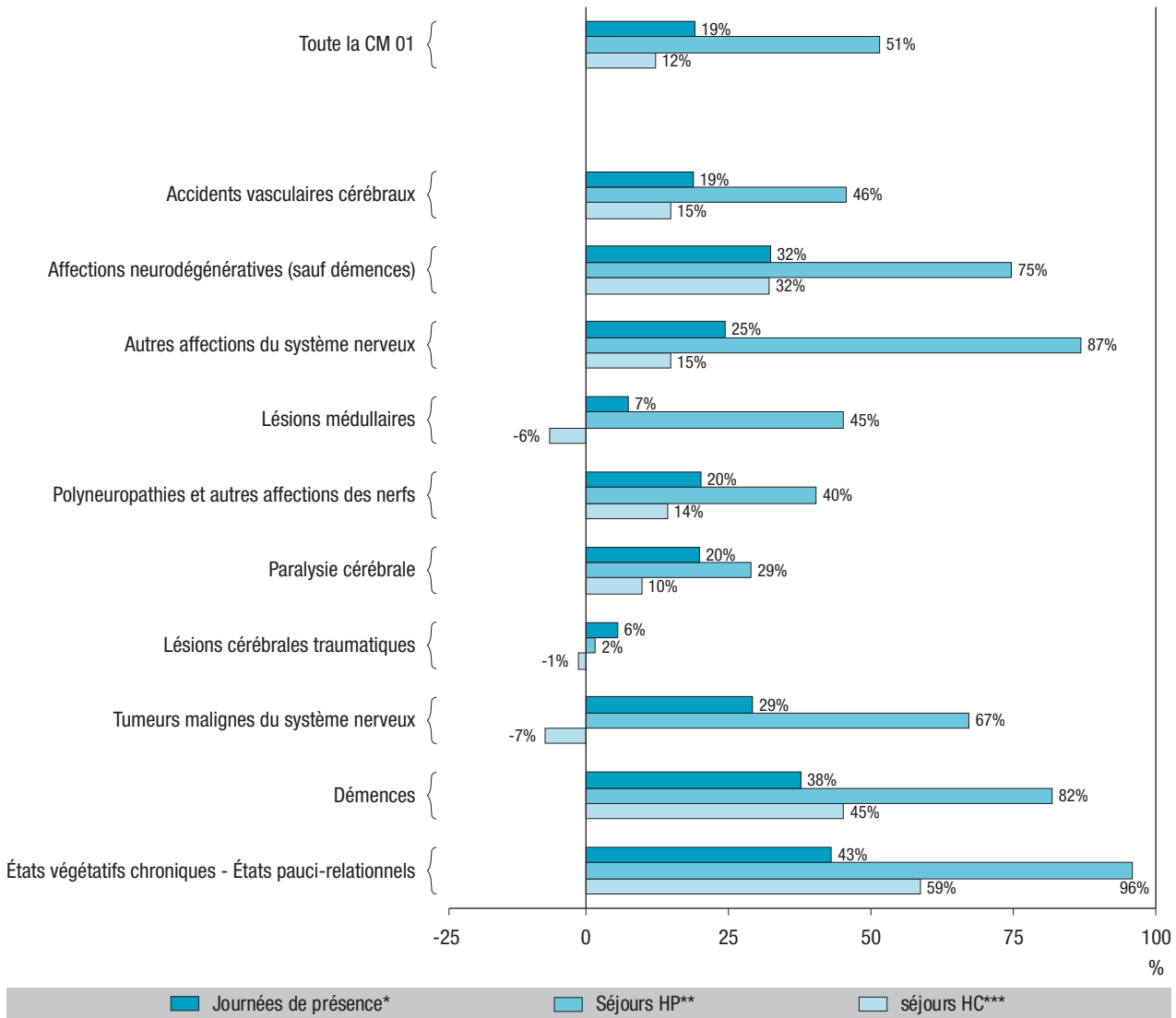
neurodégénérative (hors démences) : +32,5% pour les journées de présence et +44% pour les patients. C'est également le cas pour les patients admis pour une affection relevant du regroupement « autres affections du système nerveux » : ce groupe a augmenté de 25% en termes de journées, cette évolution étant essentiellement portée par les séjours en hospitalisation partielle, dont le nombre a augmenté de 87% durant la période, avec en parallèle une forte augmentation du nombre de patients (+51,5%). Concernant les polyneuropathies et autres affections des nerfs, l'augmentation est de 20% pour les journées et de 26% pour les patients.

Disparités régionales

Selon la SAE, il existe des disparités de l'offre régionale en SSR spécialisés pour les affections du système nerveux. En 2017, la densité nationale

Figure 3

Évolution des admissions en SSR spécialisés pour les affections du système nerveux entre 2013 et 2017 en France



* Journées de présence en 2017 des admissions de l'année.
 ** Hospitalisations partielles (de jour, de nuit, séances).
 *** Hospitalisations complètes.
 SSR : soins de suite et de réadaptation ; CM 01 : catégorie majeure 01.
 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).

était de 53 lits ou places pour 100 000 habitants de 50 ans ou plus, avec des densités régionales variant en métropole de 38 pour 100 000 en Nouvelle-Aquitaine (écart à la densité nationale de -28%) à 77 pour 100 000 en Corse (+45%) ; dans les DROM, la densité varie également, de 0 lit-place à Mayotte, à 104 pour 100 000 à La Réunion (+95%).

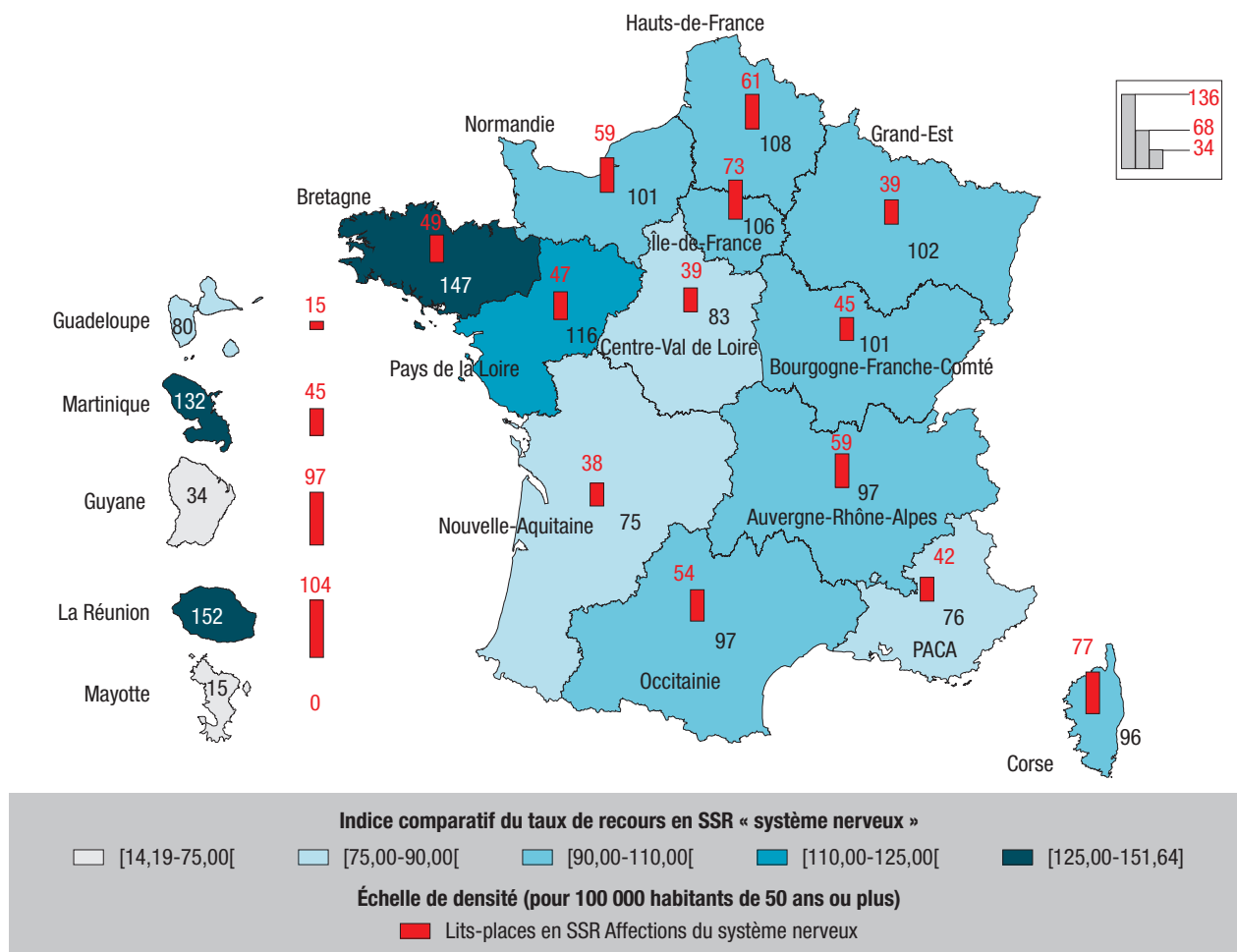
Ces disparités ont un impact sur les taux de recours des résidents. Les indices comparatifs (IC) des taux de patient admis en SSR « système nerveux » sont particulièrement bas pour les résidents de Mayotte (IC=15) et de Guyane (IC=34), ainsi que dans les régions Nouvelle-Aquitaine (IC=75) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca, IC=76) (figure 4). Des indices élevés sont observés à La Réunion (IC=152), en Martinique (IC=132) et en Bretagne (IC=147).

Discussion

Les SSR avec mention spécialisée pour les affections du système nerveux se caractérisent par la multidisciplinarité (médecins spécialisés en médecine physique et de réadaptation, neurologues, kinésithérapeutes, psychomotriciens, ergothérapeutes, orthophonistes, neuropsychologues...) et par l'accès à des plateaux techniques et des laboratoires spécialisés. Les affections neurologiques qui y sont prises en charge sont diverses en termes de circonstances de survenues et d'évolutivité : AVC récents, maladies neurodégénératives, lésions ou affections médullaires, neuropathies, paralysie cérébrale, lésions cérébrales traumatiques, tumeurs du système nerveux, états végétatifs chroniques ou pauci-relationnels... La présence de séquelles neurologiques ou de poussées évolutives ainsi que leurs complications affectent l'autonomie et

Figure 4

Taux de patients admis en SSR spécialisés pour les affections du système nerveux et densité correspondante en lits ou places*. France, 2017



* pour 100 000 habitants âgés de 50 ans ou plus.
SSR : soins de suite et de réadaptation.

la qualité de vie des patients, qui nécessitent selon les cas une prise en charge pluridisciplinaire intensive de rééducation et réadaptation, un suivi, le traitement des complications, notamment de la spasticité, l'ajustement des orthèses ou autres appareillages, voire des séjours de réinduction. De ce fait, près de la moitié de la patientèle est suivie depuis plusieurs années.

Principaux facteurs favorisant l'hospitalisation dans le secteur SSR spécialisé pour les affections du système nerveux

En SSR « système nerveux », les patients atteints d'affection neurologique sont plus jeunes et ont moins souvent une dépendance cognitive que ceux orientés en SSR polyvalents et *a fortiori* en SSR spécialisés pour la personne âgée dépendante ou à risque de dépendance. Ce constat a déjà été fait pour les accidents vasculaires cérébraux⁹. Il a de plus été observé une meilleure récupération des patients victimes d'AVC hospitalisés en SSR « système nerveux », plutôt que dans les deux autres types de SSR^{9,10}. De fait, en

SSR « système nerveux », la rééducation-réadaptation est multidisciplinaire ; elle est plus intense que dans les autres services, comme l'illustre le score de rééducation réadaptation. L'orientation dans ces services implique toutefois une certaine capacité à réaliser des efforts soutenus ainsi que des perspectives de récupération. Pour les personnes âgées les plus dépendantes, notamment sur le plan cognitif, les SSR spécialisés pour les personnes âgées représentent généralement une indication d'orientation lorsque cette capacité et cette perspective sont absentes. Toutefois, on ne connaît pas la proportion de patients hospitalisés en SSR polyvalents ou en SSR « personnes âgées » en raison d'un manque de place en SSR « système nerveux », pour lesquels on peut se demander s'il y a une perte de chance.

L'étude montre en outre que les femmes hospitalisées en SSR pour affection neurologique ont une probabilité plus faible d'être en SSR « système nerveux », comparativement aux hommes, y compris après ajustement sur l'âge et les groupes nosologiques.

Un constat similaire a également été fait pour les patients victimes d'AVC¹¹ et, dans un autre registre, pour les SSR spécialisés dans les affections cardiovasculaires après un infarctus du myocarde^{12,13}.

Il serait utile d'étudier précisément ces phénomènes pour évaluer l'écart entre les intentions initiales d'orientation et la réalité des orientations pour différentes pathologies neurologiques et caractéristiques d'âge et de sexe, et pour en comprendre les causes. Il serait aussi instructif d'estimer les éventuelles conséquences de ces écarts pour les patients dans des conditions optimales de comparabilité, ce qui nécessiterait un recueil détaillé sur l'état cognitif et l'autonomie initiale, la gravité des atteintes neurologiques et des comorbidités, les troubles de l'humeur, les besoins de soins spécialisés, les supports sociaux...

Évolutions

L'augmentation des prises en charge dans le secteur SSR n'est pas seulement le reflet des évolutions épidémiologiques. Différents facteurs interviennent, avec notamment la capacité d'accueil en SSR et la répartition des lits-places entre les diverses mentions spécialisées et les SSR polyvalents. Entre 2013 et 2017, il y a eu une augmentation de la capacité des SSR « système nerveux », souvent par transformation de lits-places de SSR polyvalents dont la densité a de fait diminué dans toutes les régions. Cette évolution a permis d'augmenter le poids des SSR « système nerveux » dans la prise en charge des affections relevant de la CM 01 et de réduire celui des SSR polyvalents. C'est notamment le cas pour les patients victimes d'AVC, pour lesquels on observe une augmentation des patients, des admissions et des journées de présence. Ces augmentations sont dues conjointement à la hausse du nombre d'AVC dans la population française (compte tenu de son augmentation et de son vieillissement)¹⁴, à la progression du taux de patients AVC transférés en SSR après l'hospitalisation en court séjour⁹, et au poids croissant des SSR spécialisés pour les affections du système nerveux dans la prise en charge des AVC admis en SSR (59% en 2013 et 66% en 2017).

Certaines évolutions observées pourraient aussi, au moins en partie, être liées au virage ambulatoire et à l'évolution du PMSI-SSR dans le contexte de la préparation de la réforme du financement de ce secteur initiée en 2017. En effet, le recueil des informations dans le PMSI-SSR a été profondément modifié avec l'introduction d'une nouvelle nomenclature des actes de rééducation-réadaptation, le CSARR (Catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation) généralisé en 2012, puis d'une classification en groupes médico-économiques (GME) en 2013 introduisant, notamment, des GME spécifiques de l'hospitalisation partielle. La période a aussi été marquée par des évolutions réglementaires telles que l'introduction en 2014 d'une liste de molécules onéreuses spécifiques du SSR, mesure susceptible

de peser sur l'augmentation du poids de la FPP codée Z51.2 (« Autres formes de chimiothérapie »). La création de nouvelles places d'hospitalisation partielle, conjuguée aux évolutions réglementaires, a certainement eu un impact sur ce mode d'hospitalisation qui a augmenté de 51% entre 2013 et 2017 (admissions). La présente étude montre que les patients chroniques, suivis depuis plusieurs années, étaient plus souvent pris en charge en hospitalisation partielle. L'examen des FPP en fonction du mode d'hospitalisation montre que si certaines sont spécifiques de l'hospitalisation partielle (examens, traitement médicamenteux, mise en place, ajustement de prothèses ou de matériel), la rééducation et l'ergothérapie y concernent toutefois près des deux tiers des admissions, d'autant que ce mode d'hospitalisation est privilégié lorsque la situation du patient le permet.

Parallèlement, la possibilité d'utiliser les codes de séquelles n'a été autorisée qu'à partir de 2013 dans le PMSI-SSR. Cette évolution pourrait expliquer la forte augmentation du GN « autres affections du système nerveux ».

Disparités régionales

Les disparités de la capacité régionale en lits ou places ont une influence sur les taux de recours et le case-mix régional des pathologies prises en charge. 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 bien connues et tendent à diminuer^{1,15}. En 2017, des capacités d'accueil diminuées 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 a pas d'établissement SSR. Elles étaient par contre augmentées d'au moins 10% dans les régions Paca (+27%), Guadeloupe et Île-de-France. Des disparités infrarégionales sont de plus fréquentes.

Mais les disparités régionales observées pour les SSR spécialisés pour les affections du système nerveux ont un profil différent : 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 SSR¹⁶. Certaines régions cumulent ainsi une faible densité globale de lits-places SSR (tous types d'autorisations) et une faible capacité pour les SSR « système nerveux ». C'est notamment le cas de Mayotte, de la Nouvelle-Aquitaine et des Pays de la Loire. Mais dans d'autres régions, on observe un contraste entre une faible capacité en SSR « système nerveux » alors que la capacité SSR globale y est supérieure à la moyenne nationale (régions Paca et Guadeloupe), ou seulement modérément réduite (Centre Val-de-Loire, Grand-Est et Bourgogne-Franche-Comté).

La situation en Martinique est particulière, avec une densité élevée pour les SSR spécialisés pour les

affections de l'appareil locomoteur ou du système nerveux contrastant avec une offre régionale SSR globale faible. La faible densité en lits ou places SSR « système nerveux » observée en 2017 semble toutefois due à des anomalies des données recueillies dans la SAE 2017 dans la mesure où la répartition des lits ou places entre ces deux spécialités (74% en SSR locomoteur et 26% en SSR « système nerveux » en 2017) ne concorde ni avec celle de la SAE 2016 (54% et 46%), ni avec la distribution des séjours observée dans le PMSI 2017 pour ces deux mentions (55% et 45%).

Enfin, les taux très élevés de recours observés en Bretagne s'expliquent par un taux d'hospitalisation partielle très élevé (IC=205), associé à un taux de recours en hospitalisation complète proche de la moyenne nationale (IC=97).

L'ensemble de ces observations témoigne de la variabilité des choix régionaux d'organisation des soins pour ce secteur. Cette variabilité est largement impactée par la situation qui préexistait avant les décrets de 2008, en termes de services spécialisés en rééducation fonctionnelle. Pour améliorer l'équité territoriale, il serait utile d'évaluer les besoins non couverts, particulièrement dans les régions les moins dotées.

Limites

Cette étude repose sur les données nationales du PMSI-SSR. Cette base est plus complexe que celle du PMSI-MCO (PMSI-Médecine, chirurgie, obstétrique) par plusieurs aspects, le recueil de résumés hebdomadaires en premier lieu. Ainsi en SSR, les résumés hebdomadaires anonymes (RHA) des séjours commencés en fin d'année et terminés l'année suivante figurent sur chacune des bases annuelles correspondantes, alors qu'en court séjour les bases annuelles ne comprennent que les séjours terminés dans l'année.

Dans l'étude, les séjours de l'année ont été appréhendés sur la base des admissions de l'année (et des journées de présence correspondantes au cours de l'année calendaire). Le dénombrement des admissions facilite l'étude des évolutions temporelles en évitant les doubles comptes des séjours à cheval sur deux années, pour lesquels la comptabilisation des journées de présence a de plus varié sur la période considérée dans le PMSI SSR. Cela entraîne toutefois une perte d'information pour les séjours non terminés en fin d'année. Pour cette raison, les médianes des journées de présence cumulées sur l'année n'ont été calculées que pour les séjours débutés au premier semestre.

En outre, les contraintes réglementaires des hospitalisations en SSR imposent des règles de clôture administrative des séjours qui diffèrent pour l'hospitalisation complète et pour l'hospitalisation partielle : en hospitalisation complète, les séjours doivent être clôturés en cas d'absence supérieure à 48 heures, même s'il ne s'agit que d'une permission, alors qu'en hospitalisation partielle, la règle est beaucoup plus souple, certains

séjours se prolongeant sur des semaines avec peu de venues, alors que dans d'autres cas, des séjours similaires sont clôturés et font l'objet de réadmissions lors des nouvelles venues. De plus, une modification du mode de prise en charge impose la clôture du séjour administratif (par exemple lorsque qu'une prise en charge initialement en hospitalisation complète est poursuivie en hospitalisation partielle). De ce fait, une nouvelle hospitalisation peut correspondre à une continuité de la prise en charge, ce qui a amené en 2015 à la création de la variable « poursuite du même projet thérapeutique » pour les séjours espacés de 5 jours au plus de la fin du séjour précédent. Nous avons toutefois préféré la notion « d'épisodes de soins », en privilégiant l'estimation des réadmissions à plus d'un mois, plutôt que des réadmissions précoces dont la signification est plus équivoque. Mais cela ne permet pas d'identifier toutes les hospitalisations partielles périodiques si elles sont regroupées dans un même séjour.

Dans le PMSI SSR, la morbidité principale repose sur trois variables codées en CIM-10 (Classification internationale des maladies-10^e révision) : la finalité principale de prise en charge (FPP), la manifestation morbide principale (MMP) et, s'il y a lieu, l'affection étiologique (AE). La morbidité hospitalière en SSR ne peut donc pas être appréhendée à partir d'un seul code de la CIM-10. Elle a été approchée à partir des groupes nosologiques et des catégories majeures définies par l'Atih pour les besoins de la classification française des hospitalisations en SSR. À cet égard, la CM 01, étudiée ici, correspond relativement bien à la patientèle du SSR spécialisé pour les affections du système nerveux, alors qu'elle recouvre des affections classées dans des chapitres distincts de la CIM-10.

Dans l'étude, les admissions de la CM 01 pour lesquelles le type d'unité médicale codé dans le PMSI était le SSR spécialisé pour les affections de l'appareil locomoteur ont été considérées comme étant en SSR « système nerveux » dans la mesure où certains lits ou places peuvent ne pas être formellement différenciés lorsque ces unités sont situées dans un même service correspondant à la spécialité médicale « médecine physique et de réadaptation ». Par ailleurs, les séjours relevant d'une autre CM que la CM 01 ont été exclus du champ de l'étude (7%, dont les plus fréquentes sont les CM 19 « troubles mentaux et du comportement », CM 11 « Affections de l'appareil génito-urinaire » et CM 23 « Autres motifs de recours au système de santé »).

Si cette étude décrit des disparités régionales importantes en termes de taux de recours, elle ne permet pas de connaître les besoins non satisfaits qui dépendent de nombreux facteurs, et notamment de l'épidémiologie des pathologies prises en charge dans ces services, des ressources du secteur SSR (capacités, répartition des lits-places entre mentions), des possibilités offertes dans le secteur ambulatoire, ainsi que de la saturation du secteur susceptible d'être générée par un manque de lits ou places d'aval.

Conclusion

Cette étude repose sur les données nationales et exhaustives du PMSI SSR. Elle décrit les patients hospitalisés en SSR spécialisé pour les affections du système nerveux pour une affection relevant de la CM 01, en France, en 2017. Elle montre que 55 % des admissions de la CM 01 en SSR sont prises en charge dans ces SSR spécialisés, avec des variations selon les pathologies. Entre 2013 et 2017, le nombre de journées de présence a augmenté de 19%, avec une augmentation plus marquée des admissions en hospitalisation partielle. Il existe des disparités régionales des taux de recours dans ce secteur SSR, généralement liées à l'offre régionale en lits ou places spécialisés, avec toutefois l'observation de faible taux de recours coexistant avec une capacité SSR globale (toutes mentions) élevée dans quelques régions. ■

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Références

- [1] Décret n°2008-376 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation. Journal officiel de la république française du 20 avril 2008. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000018664432&categorieLien=id>
- [2] Charavel C, Mauro L, Seimandi T. Les soins de suite et de réadaptation entre 2008 et 2016. – Forte progression de l'activité, en réponse au vieillissement de la population. Les Dossiers de la Drees. 2018;(30):1-40. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/les-soins-de-suite-et-de-readaptation-entre-2008-et-2016-forte-progression-de-l>
- [3] Les actions du « plan d'actions national AVC 2010-2014 » et leur niveau de pilotage (extrait du plan d'actions national AVC 2010-2014). Paris: Ministère de la santé; 2010. 3 p. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/liste_des_actions_du_plan_AVC.pdf
- [4] Plan maladies neurodégénératives 2014-2019. Paris: Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes; 2014. 124 p. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_maladies_neuro_degeneratives_def.pdf
- [5] Gabet A, de Peretti C, Woimant F, Giroud M, Béjot Y, Schnitzler A, *et al.* Admission in neurorehabilitation and association with functional outcomes after stroke in France: A nation-wide study, 2010-2014. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2018;27(12):3443-50.
- [6] de Peretti C, Nicolau J, Tuppin P, Schnitzler A, Woimant F. Évolutions de la prise en charge hospitalière des accidents vasculaires cérébraux en court séjour et en soins de suite et de réadaptation entre 2007 et 2009 en France. *Presse Med.* 2012;41(5):491-503

[7] de Peretti C, Gabet, Lecoffre C, Oberlin P, Olié V, Woimant F. Regional disparities in acute and post-acute care of stroke patients in France, 2015. *Rev Neurol.* 2018;174(7-8):555-63.

[8] Atih. Soins de suite et de réadaptations. Chiffres clés 2017. Mise à jour le 10 juillet 2018. https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2554/atih_chiffres_cles_ssr_2017.pdf

[9] Gabet A, de Peretti C, Woimant F, Giroud M, Béjot Y, Schnitzler A, *et al.* Évolution de l'admission en soins de suite et de réadaptation des patients hospitalisés pour accident vasculaire cérébral en France, 2010-2014. *Bull Épidémiol Hebd.* 2017;(11):196-207. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/11/2017_11_1.html

[10] Schnitzler A, Woimant F, Nicolau J, Tuppin P, de Peretti C. Effect of rehabilitation setting on dependence following stroke: An analysis of the French inpatient database. *Neurorehabil Neural Repair.* 2014;28(1):36-44.

[11] de Peretti C, Nicolau J, Holstein J, Rémy-Néris O, Woimant F. Hospitalisations en soins de suite et de réadaptation en France après un accident vasculaire cérébral survenu en 2007. *Bull Épidémiol Hebd.* 2010; (49-50):501-6. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral/accident-vasculaire-cerebral/documents/article/hospitalisations-en-soins-de-suite-et-de-readaptation-en-france-apres-un-accident-vasculaire-cerebral-survenu-en-2007>

[12] de Peretti C, Nicolau J, Chin F, Tuppin P, Danchin N, Danet S, *et al.* Réadaptation cardiaque hospitalière après infarctus du myocarde en France : apports du PMSI-SSR. *Bull Épidémiol Hebd.* 2014;(5):84-92. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2014/5/2014_5_1.html

[13] Angus JE, King-Shier KM, Spaling MA, Duncan AS, Jaglal SB, Stone JA, *et al.* A secondary meta-synthesis of qualitative studies of gender and access to cardiac rehabilitation. *J Adv Nurs.* 2015;71(8):1758-73.

[14] Lecoffre C, de Peretti C, Gabet A, Grimaud O, Giroud M, Béjot Y, *et al.* National trends in patients hospitalized for stroke and stroke mortality in France, 2008 to 2014. *Stroke* 2017;48(11):2939-45.

[15] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les établissements de soins de suite et de réadaptation. In « Les établissements de santé, éditions 2018 ». Paris: Drees; 2018. p. 110-3. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-etablissements-de-sante-edition-2018>

[16] de Peretti C, Woimant F, Schnitzler A. Les patientèles des SSR spécialisés pour les affections de l'appareil locomoteur et les affections du système nerveux. *Les Dossiers de la Drees.* 2019;(44):1-38. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd44_la_patientele_des_ssr.pdf

Citer cet article

De Peretti C, Woimant F, Schnitzler A. Les hospitalisations en soins de suite et de réadaptation spécialisés pour les affections du système nerveux en 2017. *Bull Épidémiol Hebd.* 2020;(27):538-51. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/27/2020_27_3.html