

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.
- Paralysie 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

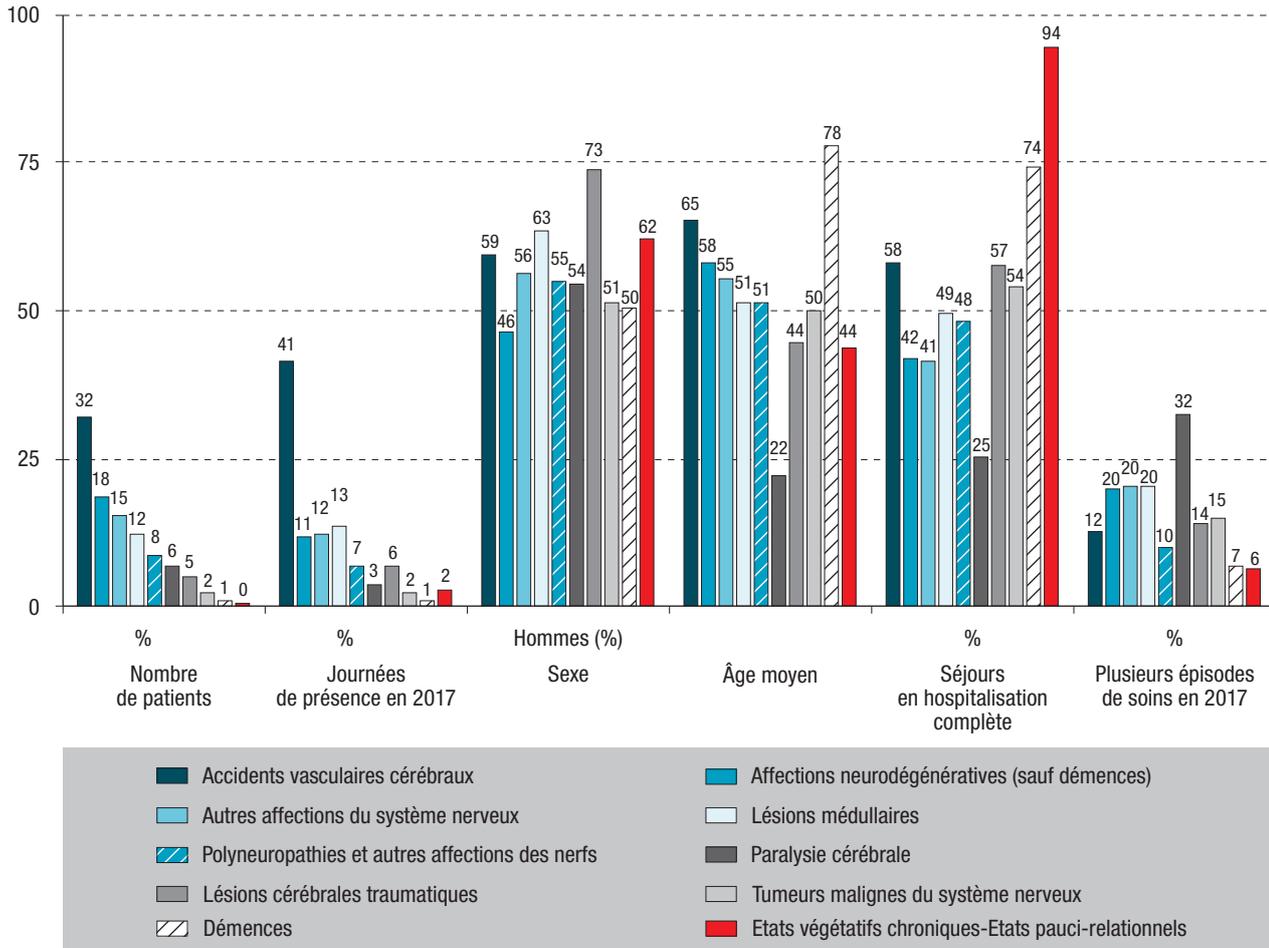
une hospitalisation en réadaptation fonctionnelle entre 2012 et 2016 (67%) et 32% ont eu plusieurs épisodes de soins courant 2017. Pour ces patients, si la FPP la plus fréquente reste la rééducation – ou la réadaptation fonctionnelle – (49%), la part des recours pour une autre FPP est importante : 17% 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.

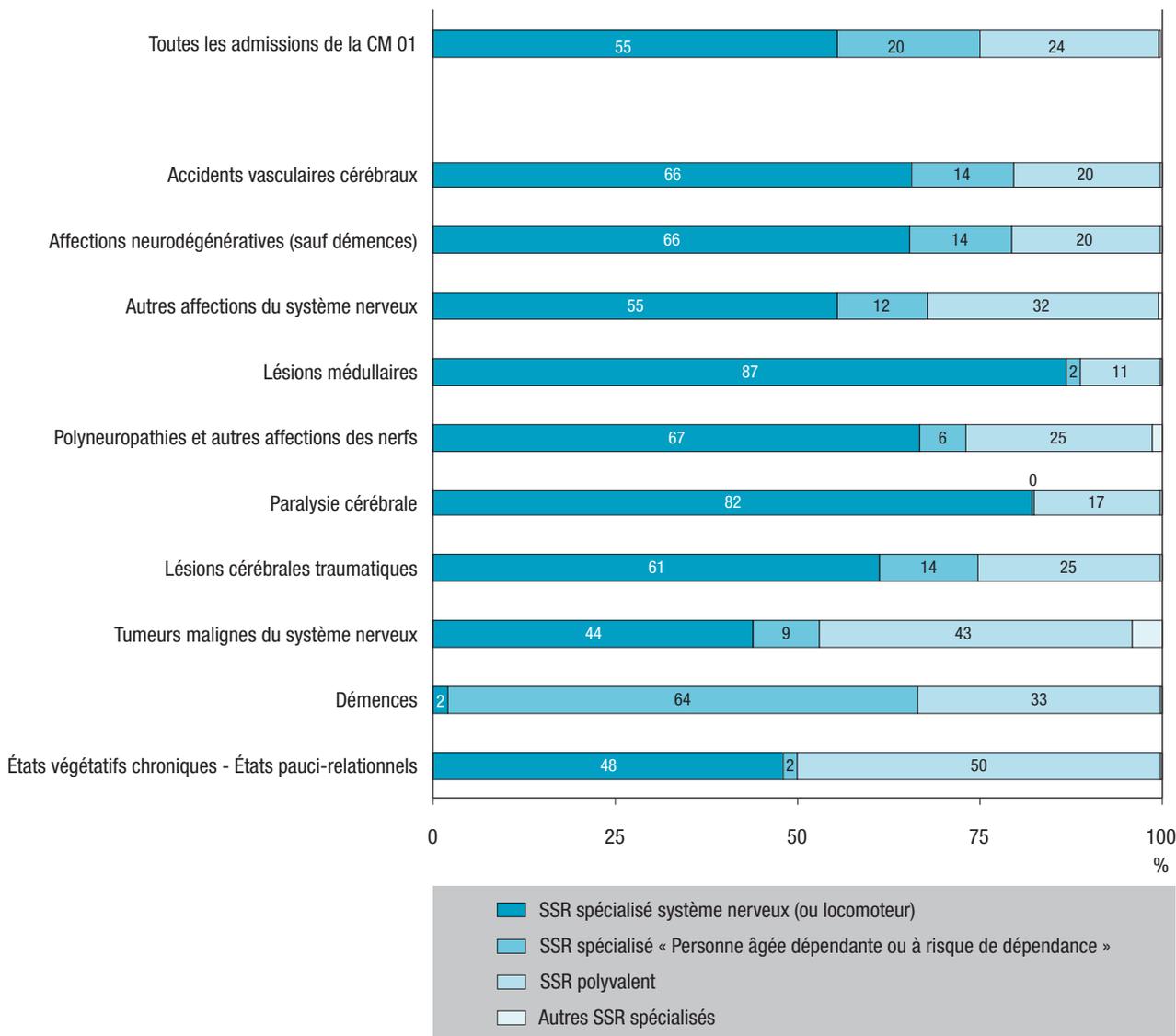
Parallèlement, le nombre de patients admis dans l’année a augmenté de 30%. C’est également le cas pour les admissions, avec des différences selon le mode d’hospitalisation : +12% pour l’hospitalisation complète et +51% pour l’hospitalisation partielle. L’augmentation correspondante du nombre de journées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

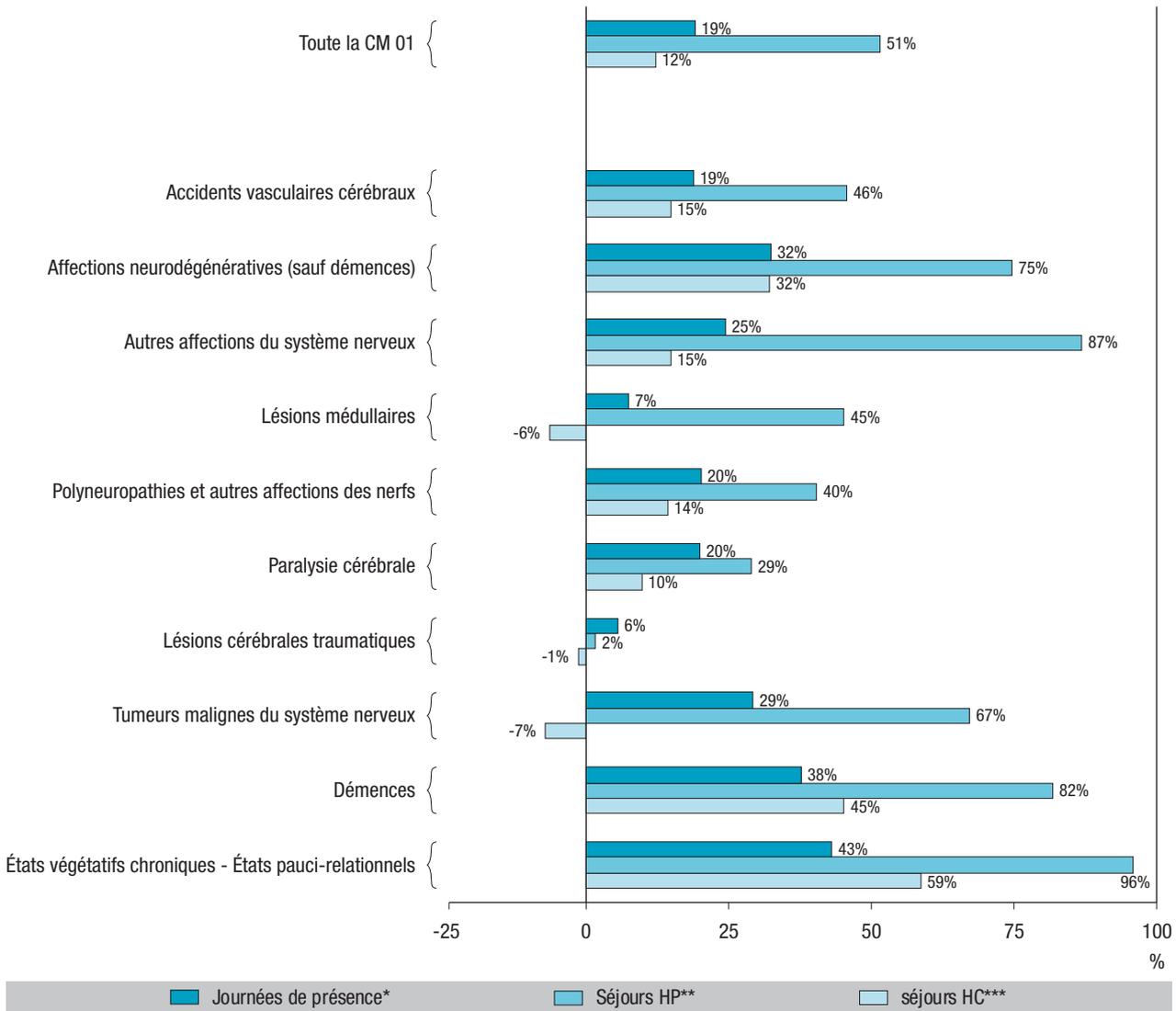
neurodégénérative (hors démences) : +32,5% pour les journées de présence et +44% pour les patients. C'est également le cas pour les patients admis pour une affection relevant du regroupement « autres affections du système nerveux » : ce groupe a augmenté de 25% en termes de journées, cette évolution 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%).

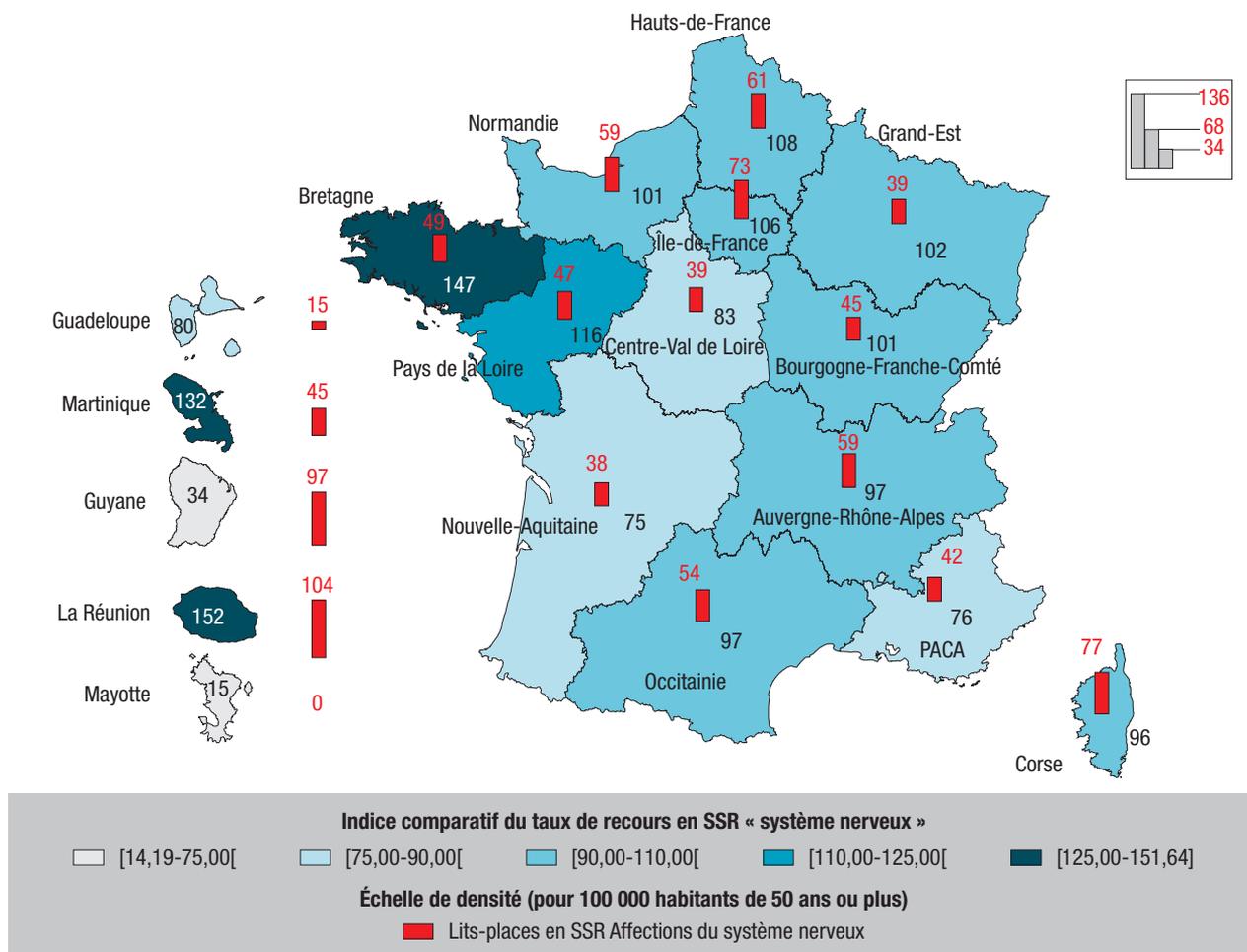
Ces disparités ont un impact sur les taux de recours des résidents. Les indices comparatifs (IC) des taux de patient admis en SSR « système nerveux » sont particulièrement bas pour les résidents de Mayotte (IC=15) et de Guyane (IC=34), ainsi que dans les régions Nouvelle-Aquitaine (IC=75) et Provence-Alpes-Côte 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