

2014
octobre

Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire

www.santepaysdelaloire.com

Analyse des **parcours de soins** des patients pris en charge en services de Soins de Suite et de Réadaptation (**SSR**) polyvalents en Pays de la Loire.

Synthèse





SOMMAIRE

Introduction	5
La production de soins en SSR polyvalents	5
▶ Les SSR polyvalents représentent les 2/3 des journées d'hospitalisation en SSR.....	5
▶ Une patientèle essentiellement âgée	6
▶ Les affections et traumatismes du système ostéoarticulaire au premier plan	6
Le parcours de soins du patient	6
▶ 9 % des patients en hospitalisation complète proviennent du domicile	6
▶ Centres hospitaliers : essentiellement des entrées par mutation	7
▶ Un chaînage des séjours entre services MCO (2011-2012) et SSRP (2013).....	7
L'accès aux soins dans les territoires	7
▶ 99 % de la population dispose d'un temps d'accès à un SSRP de moins de 30 minutes.....	7
▶ Le taux de recours varie du simple au double entre TSP	7
▶ Des flux de patients importants dans les métropoles.....	8
Conclusion.....	9
Annexe 1 : Définitions et méthodes	10
Annexe 2 : Liste des livrables	15
▶ Bases de données SSRP	15
▶ Tableaux descriptifs	15
▶ Cartes régionales	16
▶ Cartes de zone de patientèle par établissement	16
▶ Cartes de répartition des patients par TSP de résidence	17
Annexe 3 : exemples de cartes	18

Introduction

Pour mener à bien cette analyse, le principal matériau utilisé a été le **PMSI**.

Le **PMSI SSR** a été mobilisé sur trois années consécutives chaînées (2011 à 2013) afin de gagner en puissance statistique. Le contenu du PMSI SSR a toutefois subi plusieurs modifications au cours de cette période (changement de l'algorithme de groupage des RHS et des séjours et de nomenclature des actes de rééducation), ce qui limite la portée de certaines analyses. Par ailleurs, le code Finess géographique des établissements d'accueil n'est renseigné qu'à partir de l'année 2013, information indispensable pour effectuer des analyses détaillées par unité de soins. Certaines données présentées ici concernent donc uniquement l'année 2013 (analyses par établissement géographique), alors que d'autres portent sur les trois années regroupées.

En plus du chaînage des données SSR polyvalents (SSRP) entre les trois années 2011-2013, un deuxième type de chaînage a été effectué entre les données du PMSI SSRP et celles du PMSI MCO, en vue d'appréhender le parcours de soins des patients de SSR Polyvalents.

Le répertoire **Finess** et la **Statistique Annuelle des Etablissements** nous ont fourni des éléments de cadrage concernant les établissements pourvus d'une autorisation SSR.

Enfin, une demande a été effectuée pour disposer d'une extraction de la base **ViaTrajectoire** concernant les SSR polyvalents. Dans cette base de données, les capacités en lits des unités de soins ne sont pas connues avec précision (l'information est absente dans 15 % des fiches Trajectoires et des incohérences sont observées entre les données PMSI et celles de Trajectoires dans 27% des cas).

La présente note comporte trois parties :

- la production de soins en SSR polyvalents
- le parcours de soins du patient
- l'accès aux soins dans les territoires.

La production de soins en SSR polyvalents

► Les SSR polyvalents représentent les 2/3 des journées d'hospitalisation en SSR

Les fichiers mis à notre disposition par l'ARS contiennent l'ensemble des séjours effectués par des patients résidant en Pays de Loire, ainsi que l'ensemble des séjours effectués dans un établissement SSR des Pays de Loire. Le solde des échanges (entrées – sorties) de patients des Pays de Loire avec les autres régions est nul : 4% des patients ligériens ont recours à un SSR d'une autre région et 4% des patients d'un SSR des Pays de Loire résident dans une autre région.

L'analyse a porté sur 87 établissements SSR polyvalents en 2013, pour un total de 3 700 lits dédiés à ce type de soins (SAE). Le nombre annuel de journées d'hospitalisation varie de 9 à 45 000 selon les établissements. Certaines unités de soins sont des établissements autonomes, alors que d'autres dépendent d'entités juridiques disposant de services médicaux. Deux établissements sur trois ont un statut d'établissement public.

Une cartographie de **l'aire d'attraction** a été réalisée pour chaque établissement. La majorité d'entre eux présente une aire d'attraction relativement concentrée (la majorité des patients résidant dans la commune d'implantation de l'établissement ou l'une des communes voisines), en particulier au sein des grandes villes. Ces établissements semblent jouer leur rôle d'établissement de proximité, tandis que d'autres ont une aire d'attraction plus étendue, atteignant même la superficie d'un département pour deux d'entre eux (centre hospitalier de Maubreuil et centre basse vision et troubles de l'audition).

Près de 40 000 séjours ont été enregistrés en moyenne chaque année (2011-2013) en SSRP, correspondant à 1,2 million de journées d'hospitalisation (dont 1% en hospitalisation de jour). L'activité de SSRP représente les deux tiers de l'activité SSR de la région (en nombre de journées d'hospitalisation).

La **durée moyenne des séjours** est de 30 journées en hospitalisation complète et de 7 jours en hospitalisation de jour. 10% des séjours durent au-delà de 60 journées d'hospitalisation, et correspondent à 30% des journées effectuées.

► Une patientèle essentiellement âgée

Les patients âgés forment l'essentiel de la patientèle des SSRP : 90% sont âgés de plus de 60 ans et 55% de plus de 80 ans (2011-2013). Les patients accueillis en SSRP se distinguent ainsi nettement des SSR spécialisés, qui accueillent majoritairement des personnes en âge d'activité.

En termes d'âge, le profil des patients de SSRP est proche de celui des SSR spécialisés pour personnes âgées polypathologiques dépendantes (SSR PAPD). Ce constat est toutefois à nuancer, les patients en SSR PAPD étant encore plus âgés, lourdement dépendants et fréquemment atteints de troubles mentaux. En termes d'effectifs, on dénombre 33 000 patients en SSRP en moyenne chaque année, pour 1 800 patients en SSR PAPD.

► Les affections et traumatismes du système ostéoarticulaire au premier plan

Quatre types d'informations sont mobilisables dans le PMSI pour analyser l'activité des établissements :

- les diagnostics des patients : Manifestation morbide principale (MMP), diagnostics associés (DA), affection étiologique (AE),
- la « finalité principale de la prise en charge » (codes « Z » de la CIM-10),
- la dépendance (physique et cognitive),
- les actes de rééducation (en quantité et en nature).

Par ailleurs, des groupes médico-économiques sont constitués à partir de ces informations (avec un changement de classification en 2013).

Les affections et traumatismes du système ostéoarticulaire constituent plus du tiers des séjours en SSR polyvalents (MMP). Les affections du système nerveux et les troubles mentaux et du comportement comptent, eux, pour 16% des séjours. 6% des séjours relèvent d'un registre palliatif (selon la « finalité de prise en charge »), essentiellement dans le cas de tumeurs.

Pour leurs actes de la vie quotidienne, 37% des patients nécessitent une assistance sur le plan physique et 20% une assistance sur le plan cognitif.

700 000 **actes de rééducation** en SSR polyvalents sont enregistrés en moyenne chaque année, avec des variations annuelles importantes liées notamment aux changements de classification intervenus en 2012. Un tiers de ces actes relèvent de l'organisation de la prise en charge et de la réinsertion (bilans, entretiens...). La fréquence des actes de rééducation est très variable d'un patient à un autre : durant leurs séjours, la moitié des patients bénéficient d'au moins 4 séances de rééducation-réadaptation par semaine, mais 13% des séjours ne contiennent aucun acte (cette situation concerne tout particulièrement les personnes atteintes de tumeurs ou de maladies de l'appareil circulatoire). Cette absence d'information peut correspondre à un défaut d'enregistrement des actes, ou refléter la réalité des prises en charge.

Le parcours de soins du patient

► 9 % des patients en hospitalisation complète proviennent du domicile

Les patients des SSR polyvalents en hospitalisation complète **proviennent principalement du secteur MCO** (88% des séjours). 9% des patients sont enregistrés comme provenant de leur domicile.

Trois séjours sur quatre en SSRP **s'achèvent par un retour à domicile**, 17% par un transfert dans une autre unité de soins et 8% par le décès du patient (dont la moitié relève d'une prise en charge en soins palliatifs).

► Centres hospitaliers : essentiellement des entrées par mutation

Les modes d'entrée varient fortement selon le statut du SSRP.

Le pourcentage d'**entrée par mutation** varie de 4 % pour les structures associatives, à 18 % dans les établissements privés lucratifs, et 41 % dans les établissements publics. Cette proportion atteint même 70 à 95 % dans les centres hospitaliers les plus importants. L'hôpital Bellier échappe à cette tendance, les séjours étant tous enregistrés comme provenant du domicile.

La part des entrées provenant du domicile varie selon le statut de l'établissement, mais de manière moins importante : 14% pour les structures associatives, 4% pour les établissements privés à but lucratif, et 11% pour les établissements publics.

► Un chaînage des séjours entre services MCO (2011-2012) et SSRP (2013)

La quasi-totalité des séjours en SSRP 2013, en provenance de MCO ont pu être chaînés avec le séjour MCO correspondant pour le même patient, et un lien a pu être établi entre la manifestation morbide principale en SSRP et le diagnostic principal du séjour en MCO. Au premier plan, les affections ostéoarticulaires présentes en SSRP correspondent aux « affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif » en MCO.

Par ailleurs, il a été possible, grâce au chaînage, d'identifier, pour chaque établissement, la liste des établissements adresseurs et le nombre de séjours ainsi initiés, ce qui permet de reconstituer les filières d'adressage de chaque établissement.

L'accès aux soins dans les territoires

► 99 % de la population dispose d'un temps d'accès à un SSRP de moins de 30 minutes

L'analyse des recours aux soins de la population a été effectuée en s'appuyant ensuite sur un découpage de la région en Territoire de santé de proximité. Neuf TSP ne disposent d'aucune unité de SSRP. Leurs habitants ont donc nécessairement recours à un établissement situé dans un autre territoire.

Le temps d'accès au SSRP le plus proche est en moyenne de 19 minutes lorsqu'il y a un équipement dans le territoire de santé, et de 32 minutes dans le cas contraire. Selon la modélisation effectuée à l'aide du logiciel Odomatrix de l'INRA, 87% de la population des Pays de Loire dispose d'un établissement accessible en voiture en moins de 20 minutes et 99% à moins de 30 minutes.

Les personnes résidant dans des centres urbains ont au moins un SSR accessible en moins de 10 minutes alors que le temps d'accès peut dépasser 20 minutes en périphérie d'agglomération.

La population n'a pas toujours recours à l'établissement le plus proche (parce que l'établissement n'a pas forcément de place disponible au moment de l'entrée en SSRP, ou pour des raisons de filières...). 20% des séjours ont ainsi lieu à plus de 30 minutes du domicile du patient.

► Le taux de recours varie du simple au double entre TSP

Le recours annuel (standardisé) aux SSR polyvalents par territoire de santé varie de 200 à 500 journées d'hospitalisation pour 1000 habitants, écarts qui n'ont pu être que très partiellement expliqués.

Dans la mesure où ces équipements répondent principalement à l'accueil de personnes âgées, l'importance des écarts observés doit être rapprochée des caractéristiques de l'offre de soins dans ces territoires. En effet, sur le plan gériatrique, l'organisation des soins présente de fortes disparités d'un territoire à l'autre, que ce soit en termes de taux d'équipement en EHPAD (qui varie du simple au triple), de densité médicale et infirmier, de développement des services à domicile, voir de vie sociale et de liens entre générations (la demande institutionnelle est

notamment liée à l'importance des réseaux familiaux susceptible d'être mobilisés au moment de la sortie MCO).

Cependant, des corrélations faibles sont observées entre le recours aux SSRP et le taux d'EHPAD, ou avec le recours aux SSR spécialisés. Dans certains territoires, on observe à la fois un taux de recours élevé en SSRP et un fort taux d'EHPAD (Savenay, Vallet, Beaupréau, Montaigu, Pontchâteau, Saint-Philbert de Grand-Lieu, Machecoul, Chemillé). Un diagnostic approfondi de l'organisation des soins gériatriques y serait nécessaire.

► Des flux de patients importants dans les métropoles

L'analyse des patients ayant effectué un séjour dans un autre territoire de santé que celui dans lequel ils résident a permis d'évaluer « l'autonomie » et « l'attractivité » de ces territoires.

Des cartes de répartition des patients selon leur TSP de résidence permettent d'affiner localement ces analyses.

Parmi les TSP disposant d'au moins une unité de SSRP, les échanges avec d'autres territoires correspondent en moyenne au tiers des séjours. L'importance du recours à des SSR en dehors du territoire de santé peut être un simple artefact du découpage (un SSR d'un autre TSP peut être plus proche que ceux du TSP de résidence), tout comme elle peut traduire un déficit local de l'offre. Ne disposant que de données fragmentaires concernant le nombre de lits des établissements, on ne peut distinguer ces possibilités.

Les territoires de santé des grandes villes de la région enregistrent des flux de patients importants avec les autres territoires. En 2013, le territoire de santé de Nantes enregistre 800 séjours de patients résidant dans un autre TSP (sur un total de 4500 séjours effectués sur le territoire) et 1300 séjours effectués dans un autre TSP par des résidents du territoire nantais. Le territoire du Mans enregistre 800 entrées et 800 sorties, celui d'Angers 900 entrées et 400 sorties. Ces échanges se font principalement avec les territoires voisins et dépendent de la façon dont les territoires et leurs voisins englobent l'agglomération dense.

Conclusion

L'activité de SSRP occupe une place déterminante parmi les disciplines de soins de suite et de réadaptation (SSR), recouvrant les deux tiers des journées d'hospitalisation en 2013.

99 % de la population dispose d'un établissement accessible à moins de 30 minutes de son domicile. Mais la population n'accède pas toujours à l'équipement le plus proche, 20 % des séjours ayant lieu à plus de 30 minutes du domicile du patient. Le parcours de soins du patient obéit en effet à des déterminants complexes, et dépend notamment du degré de saturation des SSRP. Par ailleurs, le temps d'accès domicile/établissement SSRP n'est pas la seule variable à prendre en compte, car, dans la très grande majorité des cas, les patients sont hospitalisés en SSRP après un séjour en MCO. Or, dans certains établissements, entre 70 et 95 % des entrées s'effectuent... par mutation. La proximité des unités MCO/SSRP, au sein du même établissement, peut être un élément déterminant dans le choix du lieu d'hospitalisation du patient.

Les unités de soins de SSRP s'adressent essentiellement à une population âgée, les affections ostéo-articulaires étant les motifs de recours les plus fréquents, devant les affections du système nerveux, et les troubles mentaux et du comportement.

Les taux de recours de la population varient du simple au double selon les territoires de santé de proximité. Mais cet indicateur ne peut être utilisé isolément. Dans la mesure où les unités de soins de SSRP ont une vocation essentiellement gériatrique, il semble nécessaire d'analyser ces disparités, en conduisant en regard un véritable diagnostic de l'offre de soins gériatrique dans ces territoires, interrogeant les caractéristiques de l'offre de soins de premier recours (densité de généralistes, soins infirmiers...), médico-sociale (taux d'équipement en EHPAD), et de SSRP spécialisés.

Les besoins en SSR polyvalents étant potentiellement variables d'un territoire à l'autre, il est d'autant plus difficile d'évaluer les besoins non-couverts que l'on ne dispose pas de données fiables concernant la capacité en lits de chaque unité de SSR polyvalents. La notion d'accessibilité englobe en effet non seulement une dimension géographique (temps d'accès) mais également une deuxième dimension, toujours présente dans les modèles d'analyse des besoins, d'interaction entre l'offre et la demande.

Annexe 1 : Définitions et méthodes

► Actes de rééducation

De nombreux actes pouvant être réalisés durant chaque RHA (jusqu'à une centaine), la seule information que l'on peut agréger à l'échelle du séjour est le nombre d'actes réalisés, à partir duquel on estime un nombre d'actes journaliers.

L'étude de la nature de ces actes est réalisée sous deux aspects complémentaires :

- La description du nombre d'actes de chaque type réalisés par année, sans prise en compte des patients
- La description du nombre de patients concernés par chaque type d'acte, indépendamment du nombre d'occurrence de ces actes

► Age

L'âge utilisé est l'âge révolu en début de séjour. Dans la mesure où 90% des séjours durent moins de 2 mois et que la corrélation entre âge et durée de séjour est faible, on peut considérer comme négligeable le biais induit par cette définition. Deux pyramides des âges ont néanmoins été construites : la première correspond à cette définition de l'âge, la seconde étant directement construite à partir des RHA. La première décrit donc le profil des patients à leur entrée tandis que la seconde décrit l'occupation moyenne des établissements.

► Chaînage MCO – SSRP

Ce chaînage a été mis en œuvre afin d'étudier les relations entre établissements MCO adresseurs et établissements SSRP receveurs.

On a réduit le champ des établissements SSR à l'année 2013, où figure pour la première fois l'identification géographique des établissements. Pour retrouver les séjours MCO en amont des séjours SSR 2013, on mobilise donc les bases PMSI MCO 2012 et 2013.

La clé de jointure des bases SSR et MCO est le numéro anonyme de patient. Les fichiers de chaînage contiennent également des numéros anonymes permettant une datation relative des événements. Pour chaque patient ayant effectué un séjour en SSR Polyvalent en 2013 dont la provenance est le MCO, on recherche un séjour dans les bases PMSI MCO tel que la durée écoulée entre la fin de ce séjour et le début du séjour en SSR soit la plus courte.

On trouve dans la base MCO 27819 patients des 28891 attendus selon les données de la base SSR, soit 96%. Notons que la base MCO mobilisée est, tout comme la base SSR, une base régionale. Parmi les manquants figurent donc les patients résidant dans une autre région et ayant été hospitalisés en MCO dans une autre région.

Bien que ce chaînage ne permette de décrire qu'un seul élément de trajectoire (le passage du MCO au SSR), il démontre qu'il est techniquement possible de retracer des chronologies complexes impliquant des allers-retours entre les différents secteurs hospitaliers.

► Chaînage pluriannuel des bases PMSI SSR

L'exploitation des bases PMSI SSR porte sur les années 2011 à 2013, ce qui octroie de la puissance statistique aux données géographiques des patients et devait permettre une meilleure photographie des séjours longs. Ce second objectif n'a pu être atteint. En effet, la clé de chaînage des bases PMSI est un numéro anonyme de patient, mais rien ne permet de distinguer de façon formelle un séjour à cheval sur deux années de deux séjours distincts.

Cependant, on a pu constituer une base de données de patients qui cumule des données de la base séjours, telles que le nombre d'établissements fréquentés ou le nombre de séjours effectués sur la période 2011-2013. Les informations agrégées en séjour ont aussi été agrégées par patient, mais la plupart des analyses ont pris comme objet les séjours, dont la cohérence interne est plus fiable (deux séjours d'un même patient peuvent être sans rapport entre eux).

► Destination et mode de sortie

Ont été retenues les valeurs spécifiées dans le dernier RHA de chaque séjour.

► Diagnostic et prise en charge

Les modalités des variables de finalité principale de prise en charge, manifestation morbide principale et affection étiologique retenues sont celles de la première semaine des séjours.

► Durées des séjours

Deux types de durées sont calculés : une durée dite « calendaire » et une durée dite « effective ».

La durée calendaire est le temps écoulé entre le début et la fin du séjour, indépendamment du nombre réel de jours passés en soins de suite.

La durée effective correspond au nombre de journées d'hospitalisation, soit la somme du nombre de jours de présence, indépendamment de leur étalement dans le temps. Cette définition est celle que nous utilisons pour quantifier la durée des séjours. Pour chaque RHA, on connaît le nombre de jours de présence effective. Cet indicateur présente cependant un biais concernant les séjours non achevés en fin d'année : qu'on choisisse de les écarter ou de les prendre en compte sans connaître leur durée ultérieure, cela nous conduit à sous-estimer la quantité de séjours longs. En effet, la probabilité que la fin d'un séjour ne soit pas enregistrée dans le PMSI d'une année donnée est proportionnelle à sa durée calendaire. Sachant cela, on peut effectuer les redressements adéquats pour corriger le biais. Nous n'avons pas effectué ce redressement, jugeant que le biais est minime du fait de la faible proportion de séjours longs et que l'introduction d'une variable de pondération ajouterait en confusion quant aux effectifs des différents champs mobilisés.

► Enregistrement et domiciliation

Le PMSI permet une double approche : l'une centrée sur la production de soins de la région, l'autre sur sa consommation. Sont donc enregistrés tous les séjours effectués dans les Pays de Loire, y compris par des patients résidant dans une autre région, ainsi que les séjours effectués en dehors de la région par des personnes résidant en Pays de Loire.

On mobilise les données domiciliées pour évaluer les caractéristiques de la population et les données enregistrées pour décrire l'activité des établissements. Les analyses territoriales, traitant essentiellement de la relation entre patients et établissements, sont effectuées sur les séjours à la fois domiciliés et enregistrés en Pays de Loire.

► Évaluation des besoins

La notion d'accessibilité d'un équipement ne se limite pas à sa proximité géographique, mais doit aussi intégrer une dimension quantitative : l'offre locale de soins doit être en adéquation avec la demande, sans quoi on peut faire l'hypothèse que la demande se reporte sur d'autres équipements de plus en plus éloignés. On distingue donc une accessibilité géographique d'une accessibilité dite « économique » qui découle de la concurrence des patients pour l'obtention des lits.

Cependant, cette dimension ne peut actuellement être prise en compte car nous ne disposons pas du nombre de lits par établissement, les données de ViaTrajectoire à ce sujet étant trop incomplètes pour donner lieu à des imputations (près de 50% de valeurs non renseignées ou aberrantes).

Lorsque ces données seront disponibles, deux modèles, complémentaires, pourront être réalisés. En effet, il est impossible de bâtir un indicateur d'accessibilité prenant en compte à la fois la dimension géographique et la dimension économique. En revanche, on peut construire deux indicateurs standardisés :

- Un modèle de pression de la demande sur l'offre basé sur le **ratio local entre l'offre et la demande**. Cela implique de fixer une échelle géographique ou un seuil de temps qu'on

ne souhaite pas dépasser (autrement dit, de répondre à la question du rayon d'accessibilité acceptable aux SSR)

- Un modèle de répartition géographique de la demande théorique qui tient compte de la capacité des établissements pour « placer » les patients de façon optimale. Les temps d'accès induits par ce modèle pourraient alors être comparés aux temps d'accès observés, les écarts pouvant alors être révélateurs de l'existence de filières ou d'autres enjeux de l'adressage.

Notons par ailleurs que ces deux modèles nécessitent que nous connaissions localement l'importance de la demande en SSR : il faut donc faire l'hypothèse que celle-ci est constante au niveau régional et indépendante du niveau de l'offre, ou l'exprimer en fonction de la capacité d'accueils d'équipements jugés complémentaires tels que les SSR spécialisés ou les EHPAD (mais cette complémentarité n'est que très modérée).

► Odomatrix

Odomatrix est un logiciel développé par l'institut national de recherche agronomique (INRA) permettant de calculer les distances routières et les temps de trajet en voiture entre les chefs-lieux des communes françaises d'après la base de données IGN Route500®. Le calcul des temps de trajet intègre l'influence de l'environnement géographique (densité urbaine) et du type de voie sur la vitesse en heures creuses et en heures pleines. Les temps de trajet utilisés dans l'étude sont une moyenne des heures creuses et des heures pleines.

Le calcul de la distance routière entre deux points est assimilé à la distance entre les chefs lieux des communes auxquels ils appartiennent. Cela biaiserait des données infra-communales mais ne pose pas de problème ici, les patients étant localisés au code postal. Enfin, il convient de bien distinguer temps de trajet et temps d'accès : ne sont pas pris en compte les temps d'accès au véhicule depuis le domicile, de parking, et d'accès à la destination depuis l'emplacement de parking.

► PMSI SSR

L'unité d'enregistrement du PMSI SSR est la semaine calendaire, par le biais du résumé hebdomadaire standardisé (RHS), qui devient par la suite un résumé hebdomadaire anonymisé (RHA) après suppression ou transformation d'informations telles que la date du séjour ou la date de naissance du patient. Chaque RHA est identifié par un numéro Finess d'établissement d'enregistrement, l'année d'enregistrement, un numéro séquentiel de séjour et un numéro de rang du RHA dans le séjour.

La base de données contient des informations constantes durant le séjour, des informations propres à l'unité médicale et aux mouvements du patient et des informations hebdomadaires relatives à sa prise en charge. Elle contient en outre une partie dite « variable », contenant les informations relatives aux diagnostics associés du patient, ainsi qu'aux actes CDARR/CSARR et CCAM effectués sur lui.

Un patient peut effectuer plusieurs séjours, un séjour peut contenir plusieurs RHA, chacun durant 1 à 7 jours et pouvant contenir de nombreux actes de rééducation. De nombreux objets statistiques ont été manipulés et leur construction a parfois nécessité de formuler des hypothèses d'agrégation.

Trois changements notables sont intervenus dans le PMSI SSR entre 2011 et 2013 :

- Les groupes majeurs de diagnostic (GMD) deviennent en 2013 des groupes médicoéconomiques (GME).
- Le catalogue des actes de rééducation et réadaptation (CdARR) devient catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation (CSARR). Cette nouvelle classification entre en vigueur courant 2012, mais le personnel hospitalier peut choisir d'utiliser l'ancienne ou la nouvelle jusqu'à mi-2013. De fait, presque aucun acte n'est codé en CSARR en 2012.

- Jusqu'en 2012, le seul identifiant des établissements est un numéro Finess « hybride » : il s'agit du Finess de l'entité géographique en ce qui concerne les établissements privés, et du Finess juridique en ce qui concerne les établissements publics. Depuis 2013, le PMSI SSR contient également le Finess géographique de tous les établissements d'accueil. Cette donnée est essentielle à l'appréciation des distances impliquant les établissements.

► Scores de dépendance

Pour chacun des six indicateurs de dépendance, la valeur retenue est la moyenne des valeurs de la première et de la dernière semaine du séjour.

L'indicateur de dépendance physique est la somme des indicateurs de dépendance pour l'habillement, les déplacements, l'alimentation et la continence. L'indicateur de dépendance cognitive est la somme de l'indicateur de dépendance relationnelle et comportementale. Chacun des indicateurs originels variant de 1 à 4 selon l'intensité de la dépendance, la dépendance physique varie de 4 à 16 et la dépendance cognitive de 2 à 8. Les intitulés des classes de scores se réfèrent à des moyennes d'objets de nature variable.

► Séjours

Les séjours sont envisagés en termes de file active sur une année. On dispose pour chaque RHA de deux variables indiquant s'il s'agit respectivement de la première semaine et de la dernière semaine du séjour. On peut donc identifier les séjours incomplets.

Certaines informations contenues dans les RHA sont fixes durant un séjour et ne posent donc pas de problème lors de l'agrégation. C'est notamment le cas du sexe du patient, son lieu de résidence, sa provenance, etc. D'autres sont réduites à leur première ou leur dernière occurrence.

Une fois l'ensemble des patients passé au crible, on dispose pour chaque commune d'un nombre de patients associé à chacun des SSR polyvalents de la région. On calcule alors les temps d'accès et on utilise les quantités de patients pour en faire une moyenne sur l'entité géographique de résidence de notre choix, en l'occurrence le territoire de santé de proximité.

► Sélection des SSRP

Les SSR polyvalents sont détectés par la variable « type d'autorisation de l'unité médicale » du PMSI.

► Sources des données utilisées dans l'étude

- PMSI SSR 2011, 2012, 2013, région Pays de la Loire
- PMSI MCO 2012,2013, région Pays de la Loire, concernant la provenance des patients de SSR
- Répertoire Finess, pour l'identification et la localisation des établissements SSR
- Dispositif ViaTrajectoire, dans lequel les professionnels de santé renseignent la capacité des unités médicales, bien que cette donnée soit encore très incomplète
- Statistique Annuelle des Etablissements, afin de contrôler la cohérence des données issues des autres sources de données
- Recensement de la population (calcul de taux de recours)

► Taux de recours

Les taux de recours calculés sont exprimés en nombre annuel de journées d'hospitalisation par habitant. Ils sont standardisés par âge quinquennal selon les données du recensement de la population 2010. Les tests de significativité concernent l'hypothèse : « le taux de recours du TSP est différent du taux régional ». Un descriptif détaillé des variables mobilisées et calculées accompagne la base de données des territoires de santé de proximité.

► Temps d'accès

L'étude distingue des temps d'accès dits « à l'établissement le plus proche » de temps d'accès dits « observés ». Les temps d'accès à l'établissement le plus proche n'utilisent pas les données PMSI des patients, mais seulement la localisation géographique des SSR Polyvalents. Cela implique une restriction du champ à l'année 2013 car on ne dispose pas du numéro Finess géographique des établissements pour les années antérieures.

Les temps d'accès observés tiennent compte des établissements réellement fréquentés par les patients. Cependant, ceux-ci sont localisés au code postal, qui peut englober plusieurs communes. On éclate donc les patients dans les communes qui composent son code postal de résidence, au prorata de leur population respective. En d'autres termes, on associe à chaque commune la probabilité qu'elle soit la commune de résidence réelle du patient.

Exemple : Le code postal de résidence du patient est composé des communes A (500 habitants) et B (1500 habitants). On considère alors que 0,25 patient réside dans la commune A et 0,75 patient réside dans la commune B.

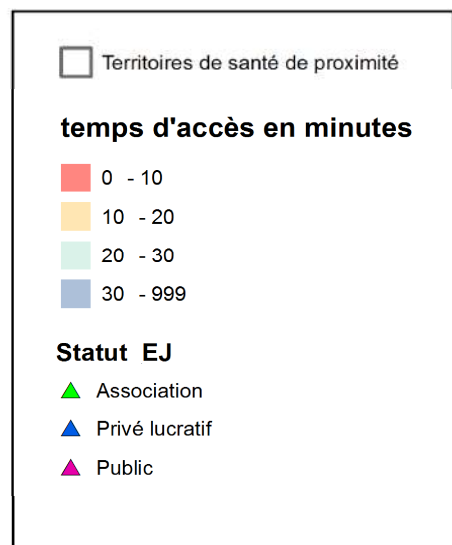
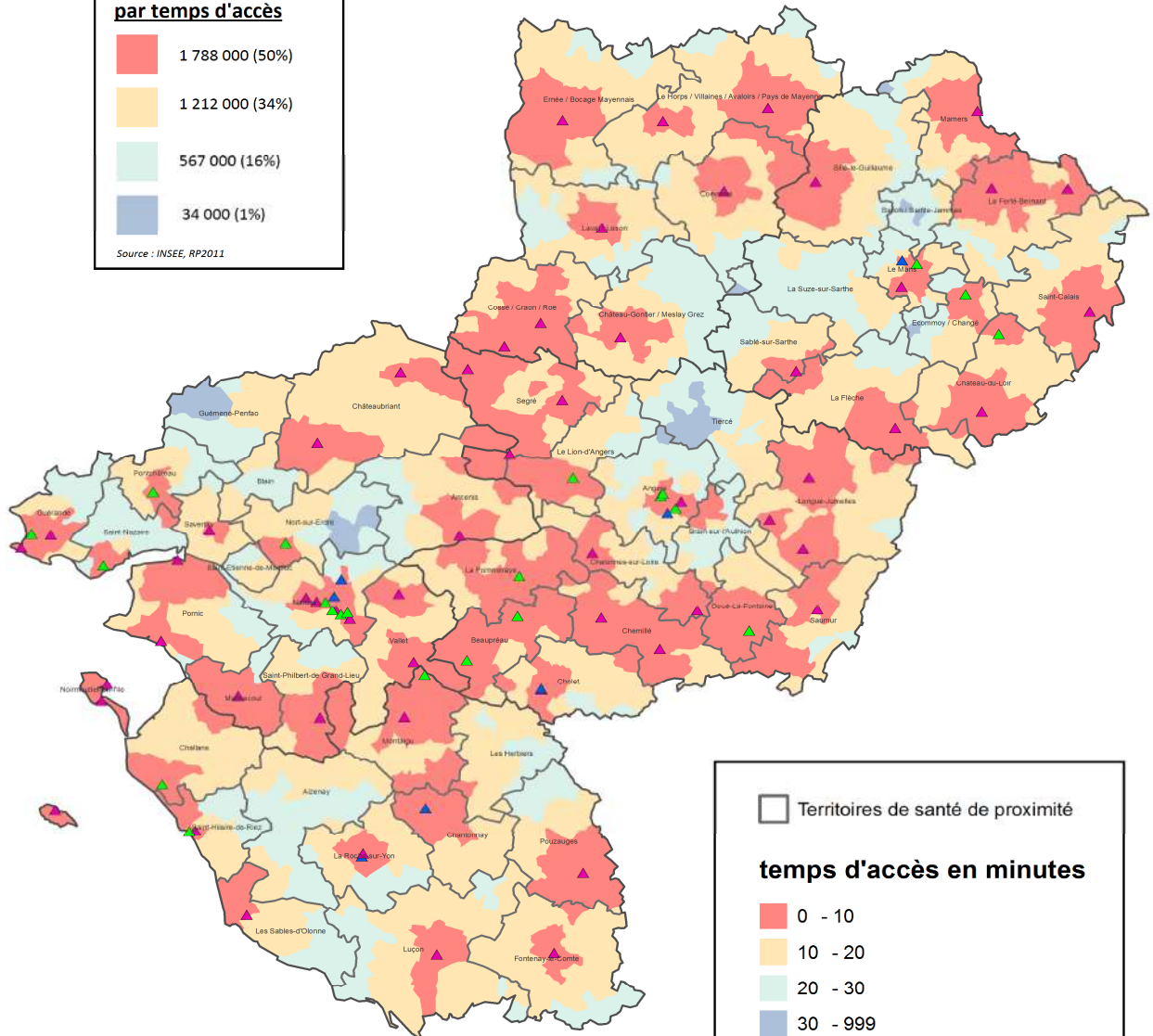
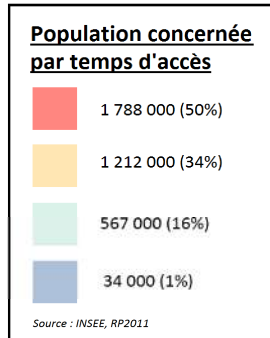
► Types d'hospitalisation (complète, de jour)

L'étude porte sur l'ensemble des séjours en SSR Polyvalent enregistrés dans le PMSI, qu'ils soient en hospitalisation complète ou de jour. Ces derniers constituent 3% des séjours et moins d'1% des journées d'hospitalisation. La distinction du type d'hospitalisation est faite lors des analyses de la provenance et de la destination des patients, mais pas en ce qui concerne leur pathologie, leur prise en charge et leur dynamique territoriale, où l'impact des hospitalisations de jour est jugé mineur et statistiquement inexploitable.

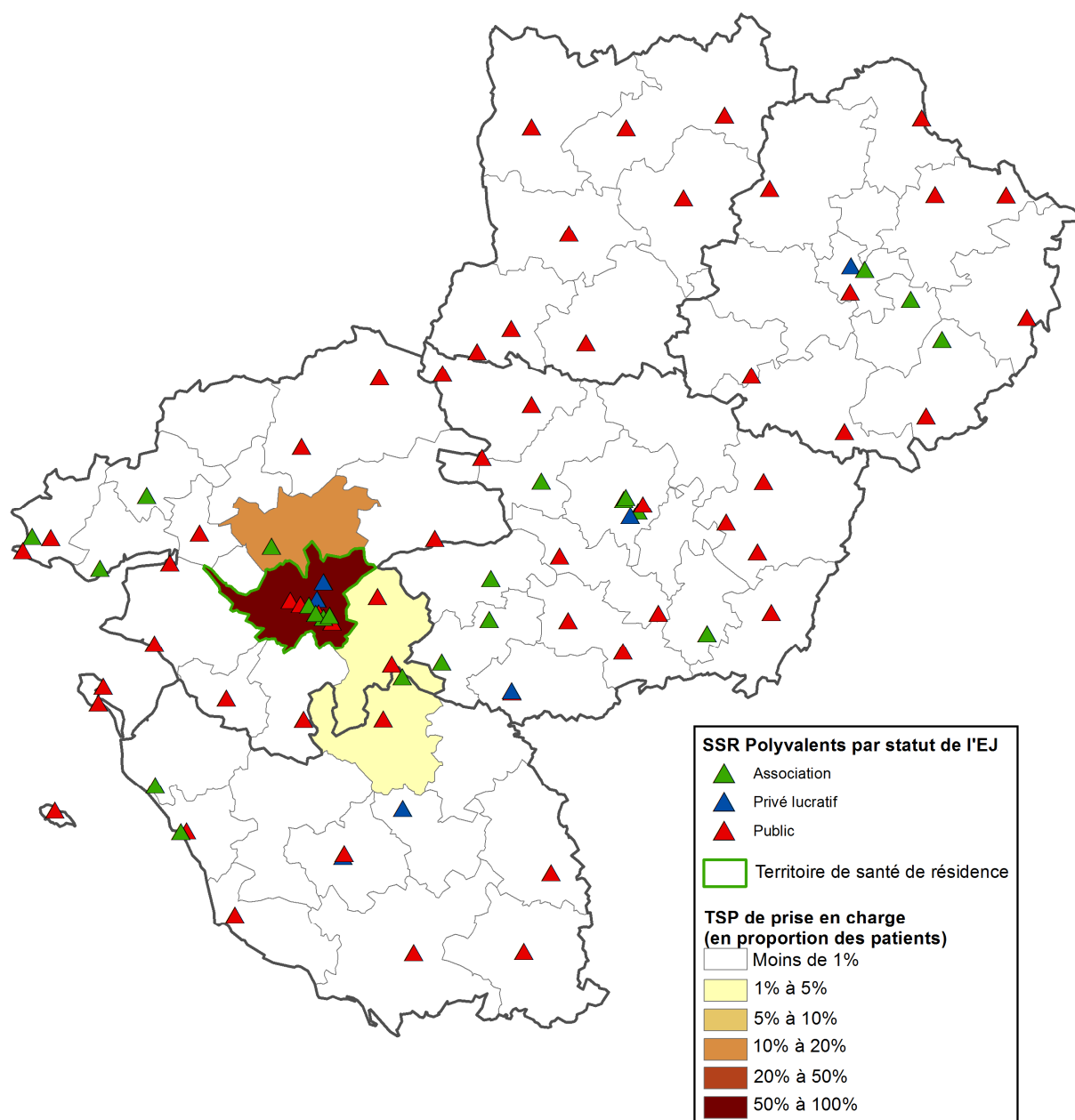
Annexe 3 : exemples de cartes

Temps d'accès au SSRP le plus proche par commune de résidence

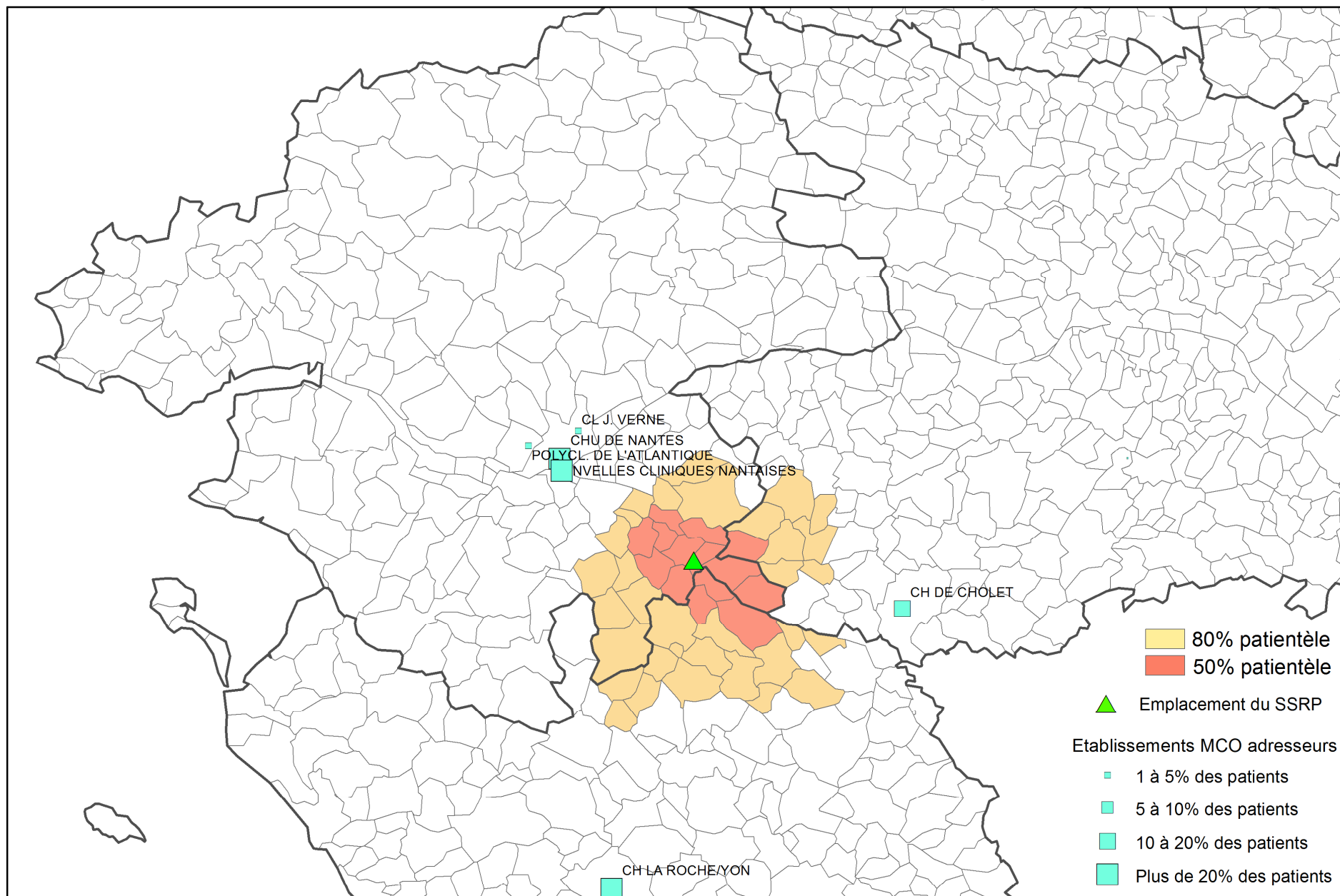
Moyenne heures creuses - heures pleines de temps d'accès routiers entre
centroïdes des communes effectués par le logiciel Odomatrix de l'INRA
Etablissements SSRP répertoriés dans le PMSI 2013



Répartition spatiale de la prise en charge en 2013 des patients résidant dans le territoire de santé de Nantes (44_18)



SSRP : Zone de patientèle Hôpital de Clisson (Finess 440001964, 347 séjours en 2013)



Source : PMSI (SSR 2013, MCO 2012-2013),

nombre de patients ayant fréquenté l'établissement, par codes postaux de résidence ventilés par communes, ordonnés par ordre croissant de temps d'accès



Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire
Hôtel de la région • 1 rue de la Loire
• 44966 Nantes Cedex 9
Tél. 02 51 86 05 60 • Fax 02 51 86 06 61
accueil@orspaysdelaloire.com
www.santepaysdelaloire.com