

Note sur le rapport annuel de la DREES « Panorama des établissements de santé »

FHP SSR – 13 juillet 2018

Contexte : La DREES, rattachée au Ministère de la santé, dans ses panoramas annuels, expose la nécessité de trouver des « alternatives à l'hospitalisation complète » suite au vieillissement de la population et de la « recrudescence des maladies chroniques ou polypathologiques ».

Ces bilans réunis dans un rapport mettent en exergue les évolutions récentes des établissements de santé, en termes de capacité de prise en charge, de type de patientèle, de maillage du territoire, d'organisation des parcours de soins ou de situation financière.

1. EVOLUTION DE L'HOSPITALISATION PARTIELLE

A retenir :

- ☞ Progression de 4,3% de l'hospitalisation partielle en 2016 pour l'ensemble des établissements de santé, 60% de cette hausse au bénéfice des cliniques privées à but lucratif
- ☞ Une hausse de 7,9% de l'hospitalisation partielle pour le SSR, tous statuts confondus
- ☞ Des évolutions 2015-2016 supérieures aux autres secteurs, en SSR à but lucratif en termes de journées d'hospitalisation complète et partielle et de séjours d'hospitalisation complète

La DREES met en avant le fait que l'hospitalisation partielle « continue de progresser, notamment en court et moyen séjour, où sa part dans l'activité est de plus en plus importante ». Les cliniques privées à but lucratif contribuent « pour 60% » à la progression de 4,3% de l'hospitalisation partielle globale en 2016. Cette hausse « atteint 7,9% dans le moyen séjour (SSR) et 5,9% dans le MCO », à l'inverse de la psychiatrie qui enregistre une baisse de 0,7%.

Les « journées d'hospitalisation partielle » sont réalisées à 46% en court séjour, 31% en psychiatrie et 24% en SSR. L'hospitalisation à temps partiel SSR est équitablement répartie entre les établissements privés à but non lucratif (38%) et les « cliniques privées » (37%).

Par ailleurs, l'activité d'hospitalisation complète des établissements SSR « continue de progresser (+0.7%), portée notamment par la forte hausse du nombre de journées dans les cliniques privées ». Cette augmentation va à rebours des diminutions observées de journées d'hospitalisation complète dans les secteurs de MCO (-1,2%) et de la psychiatrie (-0,9%).

Comme le montre le tableau ci-dessous, **les établissements SSR à but lucratif** ont l'évolution la plus significative en 2015-2016, tant en ce qui concerne les journées d'hospitalisation complète et partielle que pour les séjours en hospitalisation complète.

Tableau 1 Nombre de journées et de séjours par discipline d'équipement et type d'activité selon le statut de l'établissement en 2016

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2016	Évolution 2015-2016 (en %)	2016	Évolution 2015-2016 (en %)	2016	Évolution 2015-2016 (en %)	2016	Évolution 2015-2016 (en %)
Journées en hospitalisation partielle	7 669 715	1,6	3 101 746	5,2	5 702 078	7,6	16 473 539	4,3
MCO	3 124 108	5,2	652 953	8,7	3 742 759	6,0	7 519 820	5,9
Psychiatrie ¹	3 583 965	-2,4	947 765	-0,1	515 119	12,0	5 046 849	-0,7
SSR	961 642	5,6	1 501 028	7,2	1 444 200	10,2	3 906 870	7,9
Séjours en hospitalisation complète²	7 930 808	0,7	1 207 499	0,0	2 953 328	-1,2	12 091 635	0,2
MCO	7 069 821	1,1	845 145	1,0	2 479 800	-1,9	10 394 766	0,4
Psychiatrie	427 385	-5,8	73 016	-3,3	123 846	1,7	624 247	-4,1
SSR ³	433 602	0,1	289 338	-1,9	349 682	3,3	1 072 622	0,6
Journées en hospitalisation complète	77 495 083	-0,8	16 615 814	-1,1	27 258 943	0,5	121 369 840	-0,5
MCO	42 615 774	-0,8	4 665 975	-0,1	10 675 261	-3,3	57 957 010	-1,2
Psychiatrie	11 396 320	-1,9	2 216 669	-2,0	4 760 932	2,1	18 373 921	-0,9
SSR ³	13 628 106	0,1	8 847 522	-1,8	11 619 638	3,5	34 095 266	0,7
SLD	9 854 883	-0,7	885 648	3,1	203 112	4,9	10 943 643	-0,3

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; SLD : soins de longue durée.

1. Le nombre de journées est exprimé en équivalent-journée où une demi-journée compte pour 0,5.

2. Non compris les séjours de soins de longue durée.

3. Y compris les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.

Sources > ATIH, PMSI-MCO et PMSI-SSR 2015-2016, traitements DREES, pour l'activité de MCO et de SSR ; DREES, SAE 2015-2016, traitements DREES, pour les disciplines de psychiatrie et de SLD.

2. PHOTOGRAPHIE DU SSR : MAILLAGE TERRITORIAL, PATIENTELE, PERSONNEL...

A retenir :

- ☞ Les établissements publics de SSR « *allouent en moyenne deux fois plus d'aides-soignants* » que le SSR privé à but lucratif, mais pour un ratio de personnel de rééducation identique
- ☞ Disparités inter et infrarégionales en dotation de lits et places de SSR, les flux de patients peuvent accentuer ces écarts d'une région à l'autre
- ☞ Une patientèle d'environ 68 ans pour les SSR privés à but lucratif contre 71 ans pour le public et 57 ans pour les privés à but non lucratif
- ☞ Les SSR privés à but lucratif prennent plus régulièrement en charge « *les suites de lésions traumatiques ou de maladies du système ostéo-articulaire* »

→ A. Les établissements de soins de suite et de réadaptation

Les SSR privés à but lucratif représentent 32% des 118 000 lits et places SSR en France. Leur activité est évaluée par la DREES comme étant constituée à 11% part de l'hospitalisation partielle contre 15% pour le privé non lucratif et 7% pour le public.

En outre, le rapport fait remarquer que les **établissements publics de SSR « allouent en moyenne deux fois plus d'aides-soignants (0,4 ETP par lit ou place) que les établissements du secteur privé à but lucratif (0,2 ETP par lit ou place) » [contre 0,3 ETP pour le SSR privé à but non lucratif]**. Par ailleurs, la DREES évalue le personnel non médical des établissements de SSR comme étant « *en moyenne de 0,9 ETP par lit* » (tableau ci-dessous). Le tableau portant sur les « *capacités, activités et personnel des établissements* » montre également **que le ratio moyen de personnel de rééducation est identique à 0,1 ETP pour l'ensemble du secteur SSR**.

Comme le note l'encadré ci-contre, les disparités en termes de dotation régionale en établissement de SSR sont nombreuses. La DREES pose la question des flux de patients pouvant contribuer à compenser ces faiblesses de maillage territorial en SSR. Elle révèle que les régions faiblement dotées en établissements SSR « voient plus souvent leurs résidents pris en charge dans d'autres régions qu'elles n'accueillent de patients non-résidents » (différence entre taux d'entrée et taux de fuite). Par ailleurs, les disparités infrarégionales sont aussi à noter selon la DREES, qui prend l'exemple de la région Occitanie dans laquelle « 4 [départements] ont des densités supérieures à 545 lits et places pour 100 000 habitants de 50 ans ou plus [...] alors que 6 autres ont des densités inférieures à 410 lits et places » pour la même population.

Le SSR en chiffres :

- **1843** établissements en France = « 25% des capacités d'hospitalisation »
- **28%** de « l'activité hospitalière totale »
- Régions les **mieux dotées** : Provence-Alpes-Côte-D'azur ; Île-de-France ; Occitanie ; Corse
- Régions les **moins bien dotées** : Nouvelle-Aquitaine et Pays de la Loire

Concernant les DROM¹, les écarts de dotation en lits de SSR sont particulièrement criants. En effet, la Guadeloupe et la Martinique « disposent respectivement de 17 et 14 lits pour 10 000 habitants » contre « 5 pour la Guyane, 9 pour la Réunion et 0 pour Mayotte ».

Tableau 1 Capacités, activité et personnel des établissements développant des soins de suite et de réadaptation selon leur statut juridique en 2016

	Secteur public	Secteur privé à but non lucratif	Secteur privé à but lucratif	Ensemble
Nombre d'établissements	904	468	471	1 843
Nombre de lits et places, dont :	45 372	34 804	37 858	118 034
hospitalisation partielle (part en %)	3 351 (7 %)	5 037 (14 %)	4 132 (11 %)	12 520 (11 %)
Nombre de séjours (en milliers), dont :	577	435	436	1 448
hospitalisation partielle (part en %)	143 (25 %)	146 (34 %)	86 (20 %)	375 (26 %)
Nombre de journées de présence (en milliers), dont :	14 590	10 349	13 064	38 002
hospitalisation partielle (part en %)	962 (7 %)	1 501 (15 %)	1 444 (11 %)	3 907 (10 %)
Durée moyenne des séjours d'hospitalisation complète terminés ¹ en 2016 (en journées)	34,9	34,0	36,5	35,2
Ratio moyen de personnel aide-soignant (ETP par lit)	0,4	0,3	0,2	0,3
Ratio moyen de personnel infirmier (ETP par lit)	0,3	0,2	0,2	0,3
Ratio moyen de personnel de rééducation ² (ETP par lit)	0,1	0,1	0,1	0,1
Ratio moyen d'autres types de personnel ³ (ETP par lit)	0,2	0,2	0,1	0,2

1. Environ 987 095 séjours d'hospitalisation complète terminés sont dénombrés en 2016, soit 68 % des séjours de SSR.

2. Le personnel désigné comme personnel de rééducation ou rééducateurs comprend les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les ergothérapeutes et les psychomotriciens.

3. Les autres types de personnel sont les psychologues, les diététiciens, les personnels éducatifs, les assistants de service social, etc.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA, y compris les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, tous types d'hospitalisation confondus.

Sources > ATIH, PMSI-SSR 2016 pour l'activité, traitements DREES ; SAE 2016 pour la capacité et le personnel, traitements DREES.

→ **B. La patientèle des établissements SSR**

De manière générale, la DREES note que, pour le SSR, c'est dans « le secteur public que les patients sont les plus âgés (71 ans en moyenne, contre 68 ans dans le privé à but lucratif et 57 ans dans le privé à but non lucratif) ».

Les motifs de prise en charge les plus récurrents dans les établissements de SSR ont également été identifiés. Ainsi, les « maladies du système ostéo-articulaire » représentent 19% de la prise en charge, suivent les lésions traumatiques pour 14% et enfin les affections de l'appareil cardio-vasculaire (12%) et du système nerveux (13%).

En termes de prises en charge de ces affections, les « suites de lésions traumatiques ou de maladies du système ostéo-articulaire sont un peu plus répandus dans le secteur privé à but lucratif » (Annexe 3). Le SSR privé à but non lucratif « prend plus souvent en

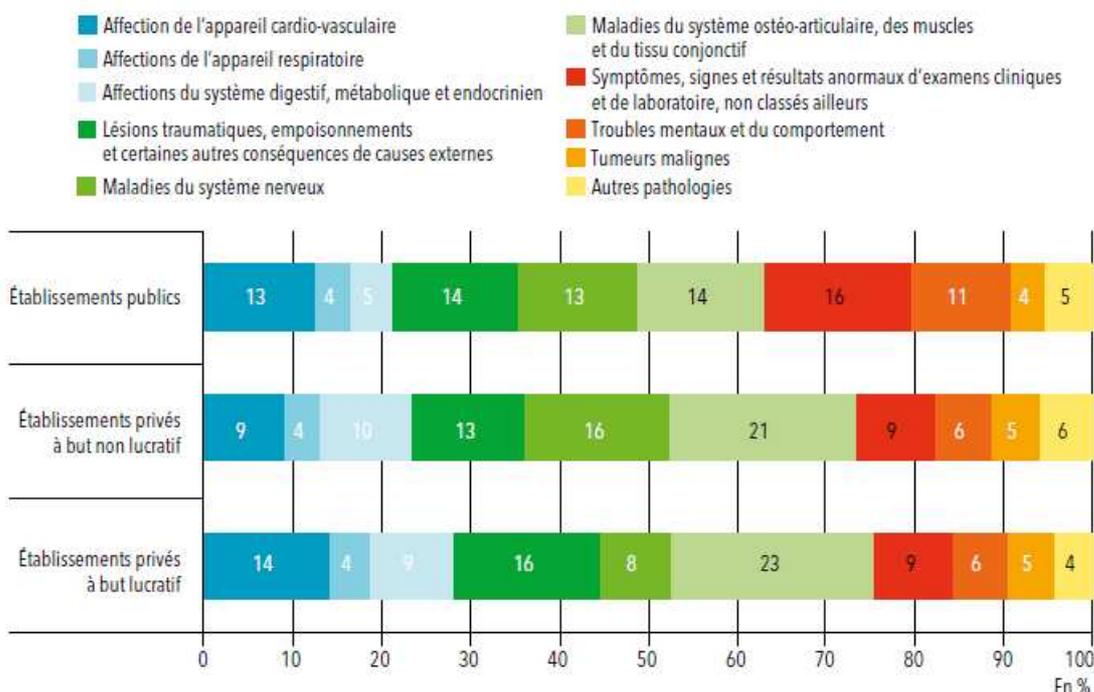
Le SSR en chiffres :

- La moitié des patients des établissements SSR, tout statuts, ont **71 ans** ou plus
- **55%** sont des femmes
- **88%** des patients en hospitalisation partielle sont autonomes ou faiblement dépendants, contre **53%** pour l'hospitalisation complète

¹ Départements et Régions d'Outre-Me

charge des séjours pour suite de maladies du système nerveux ». Le secteur SSR public s'occupe, lui, plus fréquemment des « soins de troubles mentaux et du comportement, ainsi que des suites de symptômes divers (dont les chutes et anomalies de la démarche et de la mobilité) ».

Graphique 2 Répartition des séjours selon la morbidité enregistrée à l'admission et le statut juridique des établissements de SSR



Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA, y compris les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, tous types d'hospitalisation confondus.

Source > ATIH, PMSI-SSR 2016, traitements DREES.

3. LES PARCOURS DE SOINS HOSPITALIERS

En 2016, 71% des patients ont été « hospitalisés pour un épisode unique au cours de l'année ». Par ailleurs, la DREES note que pour « plus d'un quart des patients (3 675 000), une nouvelle hospitalisation, a eu lieu à distance du premier séjour ou épisode ».

Le rapport distingue trois « grands types de parcours hospitaliers ». D'une part, il existe des séjours uniques relevant « principalement » du MCO. D'autre part, pour « près de la moitié des patients » (251 000 patients), l'épisode de soins unique avec plusieurs séjours « a débuté par un séjour en MCO et s'est poursuivi immédiatement par une prise en charge en SSR ». Enfin, concernant les parcours « constitués de plusieurs hospitalisations non contiguës au cours de l'année », la nouvelle prise en charge s'effectue principalement en MCO.

Il est à noter que la prise en charge ne s'effectuant qu'« **exclusivement en SSR** » concerne, selon la DREES, **seulement 1,1% des patients** (88,7% en MCO, 0,1% pour l'HAD et 1,9% pour la psychiatrie).

4. LA SITUATION FINANCIERE

A retenir :

- ☞ Rentabilité du secteur SSR à but lucratif en hausse à 6,3 %, et à 3,6 % pour les cliniques privées en général
- ☞ Baisse du nombre d'établissements SSR privés à but lucratif en déficit passant de 24 % en 2015 à 16 % en 2016

La rentabilité des cliniques privées en France atteint désormais 3,6% du chiffre d'affaires, soit le niveau le « plus élevé des dix dernières années » (Graphique ci-dessous). En outre, leur endettement se stabilise à 35,4%. Le chiffre d'affaires a, lui augmenté de 0,9% pour l'ensemble des cliniques privées atteignant 14,6 milliards d'euros en 2016.

L'excédent brut d'exploitation des cliniques privées a reculé de 7,2% à 6,5% entre 2015 et 2016. Cet effet a eu pour source, « *pour certains* », la mise en place du CICE. Il est à rappeler que « *les pouvoirs publics ont cependant atténué l'effet positif du CICE [...] via des baisses tarifaires des séjours hospitaliers* ».

Les établissements de SSR privés à but lucratif ont **leur rentabilité qui « progresse et s'établit à 6,3%, bien au-dessus de son niveau moyen antérieur à la mise en place du CICE »**.

Si une clinique privée sur cinq est en déficit, **le SSR privé à but lucratif voit sa part d'établissements en déficit passer de 24% en 2015 à 16% en 2016**. Leur capacité d'autofinancement augmente également atteignant 7,8%. De même, à l'inverse de l'effort d'investissement du MCO et de la psychiatrie privée qui se stabilise, celui du SSR « poursuit sa reprise et atteint 6,1% du chiffre d'affaires en 2016, après 5,2% en 2015 ».

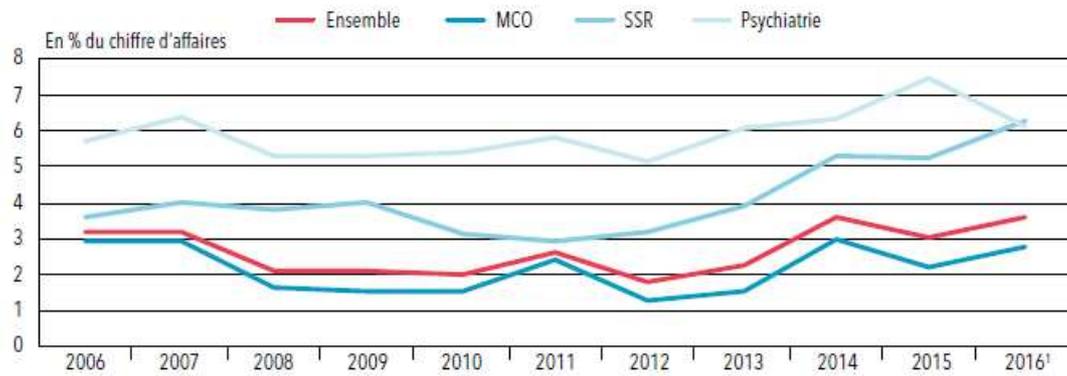
→ **En bref : La situation financière des ESPIC**

« *En 2016, le déficit des établissements de santé privés d'intérêt collectif [...] continue de se réduire pour devenir quasiment nul* ». Il s'établit à 0,3 million d'euros, alors qu'en 2015 il était de 27 millions d'euros.

Si la situation financière des établissements MCO s'améliore, celle des ESPIC SSR « *se détériore [...] le déficit se creuse en 2016 et atteint -0,6% des recettes, après 0,1% en 2015* ».

Par ailleurs, le nombre d'établissements ESPIC en déficit se réduit en MCO comme en SSR, passant « *de 43% en 2015 à 39% en 2016* ».

Graphique 1 Évolution de la rentabilité nette des cliniques privées depuis 2006



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation.

1. Données provisoires.

Champ > Cliniques privées de France métropolitaine et des DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), présentes dans la SAE.

Sources > Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2006-2016, traitements DREES.