

Indicateur n°4-10 : Recentrage des lits hospitaliers sur les soins aigus : évolution de la durée moyenne de séjour pour les séjours en médecine et en chirurgie suivis d'un séjour en soins de suite et de réadaptation ou en hospitalisation à domicile

Finalité : l'indicateur vise à évaluer l'adéquation de l'utilisation des lits hospitaliers. En effet, l'hospitalisation dans un service de soins aigus de médecine ou de chirurgie doit être justifiée par la nature des actes effectués et/ou par l'état du patient. Dans les autres cas, et si une prise en charge hospitalière est nécessaire, d'autres modalités de prise en charge adaptées à la situation du patient doivent être recherchées, soit en alternative à l'hospitalisation en service de soins aigus, soit lors de l'organisation de la sortie du patient, après un séjour en soins aigus : hospitalisation à domicile (HAD), prise en charge dans un service de soins de suite et de réadaptation (SSR).

L'objectif de l'indicateur est de suivre l'évolution de la durée moyenne de séjour (DMS) en médecine et en chirurgie pour les séjours suivis d'un séjour en SSR ou en HAD. La DMS peut être expliquée médicalement par l'état de santé du patient et la lourdeur de la charge en soins. Elle est généralement plus importante pour les patients nécessitant une poursuite de soins hospitaliers en SSR ou HAD. La DMS dépend également de l'organisation de l'aval des activités de soins de médecine et de chirurgie.

Les années 2009 et 2010 ont été caractérisées par la mise en œuvre des décrets du 17 avril 2008 relatifs à l'activité de soins de suite et de réadaptation : élaboration des volets du SROS en 2009 et délivrance des nouvelles autorisations de mai à décembre 2010. Par conséquent, cette période a été peu propice au développement de nouvelles organisations territoriales. L'année 2011 a été caractérisée par la mise en conformité des structures avec une mise à niveau des plateaux techniques et des équipes de soins. L'année 2012 a été consacrée à l'élaboration et la publication des SROS PRS qui déterminent la stratégie nationale d'implantation des structures de SSR au regard d'une évaluation des besoins de soins sur les territoires de santé.

Résultats : l'évolution annuelle de la DMS en médecine et en chirurgie pour les patients transférés en SSR ou en HAD est donnée dans le tableau suivant (en nombre de jours) :

Discipline	Secteur	DMS 2009	DMS 2010	DMS 2011	DMS 2012	Evolution de la DMS			Objectif
						2009/10	2010/2011	2011/2012	
Médecine	Ex-DG	13,4	13,5	13,3	13,3	1,30%	-1,30%	0%	Réduction
	Ex-OQN	10,2	10,4	10,4	10,5	2,70%	-0,60%	0,90%	
	Tous	12,9	13,1	13	12,8	1,50%	-1,20%	-0,9%	
Chirurgie	Ex-DG	15,1	15	14,7	14,7	-0,60%	-1,60%	0%	
	Ex-OQN	10,8	10,6	10,4	10,3	-1,40%	-1,90%	-0,9%	
	Tous	13,2	13,1	12,8	12,9	-0,70%	-1,90%	-0,9%	

Source ATIH, PMSI. Note de lecture : « ex-DG » signifie secteur antérieurement financé par dotation globale et « ex-OQN », secteur antérieurement financé par l'objectif quantifié national.

(*) La ligne « Tous » correspond à l'ensemble des établissements (ex-DG et ex-OQN) et tient compte des effets volume en termes de journées et de séjours réalisées par chacun des secteurs hospitaliers.

Une analyse tenant compte des niveaux de sévérité des séjours permet les constats suivants :

- en médecine : Il est constaté depuis 2009 une tendance à la stagnation de la DMS pour les patients transférés en SSR ou en HAD. Il est toutefois confirmé la tendance à la diminution de la DMS des séjours hospitaliers de niveau de sévérité 1 de ces patients même si la part de ces séjours diminue et est faible (11,4% pour les ES ex-DG et 22,5% pour les ES ex-OQN en 2012). Il est constaté une quasi-stagnation de la DMS générale en médecine pour les patients transférés en SSR, tout niveau de sévérité confondu.
- en chirurgie : Le ralentissement de la tendance à la réduction de la DMS pour les patients transférés en SSR ou en HAD est constaté quel que soit le niveau de sévérité des séjours et

quel que soit le statut de l'établissement. Il est à noter que la part des séjours en chirurgie de niveau 1 pour les patient transférés en SSR ou en HAD s'établit à 26,6% pour les ES ex-DG et à 39,3% pour les ES ex-OQN en 2012.

Pour les deux secteurs, la part des patients de niveau de sévérité 1 parmi ceux transférés en SSR ou HAD diminue.

Construction de l'indicateur : l'indicateur est construit à partir du recensement (via le PMSI) des séjours d'hospitalisation en médecine ou chirurgie qui ont été suivis d'un transfert vers un service de soins de suite et de réadaptation (SSR) ou vers une hospitalisation à domicile (HAD). L'évolution de la DMS a été calculée pour ces séjours, selon la discipline, médecine ou chirurgie, et le type d'établissement (public ou privé). Les codes PMSI des destinations de sortie retenus sont les suivants : 2 - sortie vers une unité de soins de suite et de réadaptation - et 6 - sortie avec hospitalisation à domicile.

Au regard du manque de fiabilité des données du PMSI relatives aux situations de patients en attente de placement en SSR ou HAD ou pour lesquels une autre orientation/modalité de sortie a finalement été décidée - (retour à domicile, orientation vers le secteur médico-social...) -, l'indicateur présenté n'aborde pas l'intégralité de la problématique des inadéquations hospitalières. Cette problématique a pu être davantage objectivée par une étude nationale sur les inadéquations hospitalières lancée en 2009 par la direction générale de l'offre de soins (DGOS). Cette étude met en évidence qu'en France métropolitaine, sur un jour donné au sein des établissements de santé, 10,3% des lits de médecine/chirurgie seraient occupés de manière inadéquate : 5% dans les services de chirurgie et 17,5% dans ceux de médecine. Ces inadéquations ont des causes variées : 3,8% des hospitalisations seraient inadéquates au moment de l'admission des patients et 12,5% des hospitalisations seraient adéquates mais comporteraient au moins une journée inadéquate. Ces journées non adaptées s'expliqueraient notamment par des problèmes d'aval : 41% des patients auraient du être pris en charge en SSR, 37% à domicile et 20% dans les structures de soins de longue durée.

Afin de donner un sens à l'indicateur national et transversal, des indicateurs complémentaires sont suivis et colligés :

- l'évolution annuelle du nombre de journées en SSR et en HAD ;
- l'évolution annuelle du pourcentage des transferts vers d'autres prises en charge (SSR, USLD, HAD, médico-social).

Evolution annuelle du nombre de journées en SSR et en HAD

Secteur	Soins de suite et réadaptation				Hospitalisation à domicile			
	Nb de journées en 2012	Évolution			Nb de journées en 2012	Evolution		
		2009/2010	2010/2011	2011/2012		2009/2010	2010/2011	2011/2012
ex-DG	23 533 386	1,20%	1%	1,3%	2 171 786	6,10%	5,0%	8,7%
ex-OQN	12 441 887	1,10%	3,60%	3,6%	2 035 391	14,80%	10,20%	7%
Tous	35 975 273	1,10%	1,90%	2,1%	4 207 177	10,10%	7,50%	7,8%

Source : ATIH, PMSI

Evolution annuelle des sorties vers les autres services hospitaliers ou médico-sociaux des patients hospitalisés soins aigus

		2009	2010	2011	2012	Evol. 2010/2009	Evol. 2011/2010	Evol 2012/2011
Secteur ex-DG	Sortie vers SSR	423 812	441 007	447 377	459 041	4%	1%	3%
	Sortie vers SLD	41 466	39 462	37 815	39 308	-5%	-4%	4%
	Sortie vers HAD	9 141	10 964	12 249	13 595	20%	12%	11%
	Sortie vers médico social	51 648	58 949	66 810	76 297	14%	13%	14%
	Total	526 067	550 382	564 251	588 241	5%	3%	4%
Secteur ex- OQN	Sortie vers SSR	162 169	165 074	168 872	166 995	2%	2%	-1%
	Sortie vers SLD	2 727	2 850	2 540	2 814	5%	-11%	11%
	Sortie vers HAD	1 234	1 592	1 843	2 012	29%	16%	9%
	Sortie vers médico social	984	1 276	1 215	1 662	30%	-5%	37%
	Total	167 114	170 792	174 470	173 483	2%	2%	-1%

Source : PMSI-traitement ATIH

Note de lecture : « SSR » signifie soins de suite et réadaptation, « USLD » unités de soins de longue durée,
« HAD » hospitalisation à domicile, et « MS », structure d'hébergement médicosociale

Il s'agit de mettre en perspective la diversité des modes de prise en charge pouvant faire suite à une hospitalisation en médecine ou chirurgie.

Pour ces indicateurs, les codes PMSI des destinations de sortie retenus intègrent également les codes complémentaires suivants : 3 - sortie vers une unité de soins de longue durée - et 7 - sortie vers une structure d'hébergement médico-sociale.