

Juillet 2011

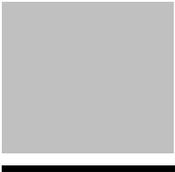
**HOPITAUX DE PROXIMITÉ,  
ex-hôpitaux locaux  
ENSEMBLE**

**Activité de Soins de Suite  
ou de Réadaptation  
Année 2010**

**ACTIVITE DE SOINS  
DE SUITE OU DE  
READAPTATION DES  
HOPITAUX DE PROXIMITE,  
EX-HOPITAUX LOCAUX**

**Résultats du Programme de  
Médicalisation des Systèmes  
d'Information (P.M.S.I)  
Projet commun à 61 établissements  
en France**

**Année 2010**



# **Rapport réalisé à la demande des hôpitaux participant au système d'information de l'ORS Bretagne**

Le présent rapport a été réalisé à partir des informations qui ont été recueillies avec persévérance et soucis de qualité tout au long de l'année 2010 par les médecins et le personnel des établissements, qu'ils en soient remerciés.

Le rapport a été rédigé à l'ORS Bretagne sous la responsabilité de Monsieur Jilali ZITOUNI en collaboration avec Madame Patricia BÉDAGUE, Madame Sylviane BOMPAYS, Mademoiselle Emmanuelle PAUSÉ et Madame Dominique SÉNÉ.

Juillet 2011





# Avant-propos

Au début de l'année 1990, des hôpitaux locaux de l'Ouest de la France ont pris l'initiative d'expérimenter des tableaux d'activité médicale et de morbidité, construits à partir des informations issues des Résumés Hebdomadaires Standardisés des services de Soins de Suite ou de Réadaptation.

Ils se sont regroupés, et ont passé convention avec l'Observatoire Régional de Santé de Bretagne (O.R.S. Bretagne) pour le traitement et l'analyse de leurs informations.

D'autres établissements ont ensuite rejoint les fondateurs. 61 hôpitaux de proximité ont participé en 2010 au Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (P.M.S.I.).

Le rôle de l'O.R.S. Bretagne est d'une part d'apporter un appui méthodologique, technique et des conseils relatifs à l'outil PMSI et d'autre part de fournir à chaque hôpital ses tableaux de bord semestriels et son propre rapport annuel d'activité, ainsi qu'un rapport de présentation de l'activité de l'ensemble des établissements réunis.





# Sommaire

<b>AVANT-PROPOS</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>7</b>
<b>PRESENTATION DES ETABLISSEMENTS PARTICIPANT AU SYSTEME D'INFORMATION DE L'ORS BRETAGNE</b>	<b>9</b>
<b>L'ACTIVITE MEDICALE PAR SEJOUR</b>	<b>11</b>
La population hospitalisée	11
Durée Moyenne de Séjour	12
Répartition des modes d'entrée et de sortie	13
Provenance des patients	14
<b>L'ACTIVITE MEDICALE PAR SEMAINE D'HOSPITALISATION</b>	<b>15</b>
Variation mensuelle de l'activité médicale	15
<b>L'activité médicale par Catégorie Majeure Clinique (C.M.C.)</b>	<b>16</b>
■ Répartition des Catégories Majeures Cliniques selon les semaines d'hospitalisation	16
■ Répartition des Catégories Majeures Cliniques selon leur valorisation en points IVA	17
■ Principales Catégories Majeures Cliniques	18
<b>L'activité médicale par Groupe de Morbidité Dominante (GMD)</b>	<b>23</b>
■ Analyse par séjour	23
■ Analyse par semaine d'hospitalisation	23
■ Principaux Groupes de Morbidité Dominante	24
Répartition des semaines d'hospitalisation selon la Finalité Principale de Prise en Charge	25
Répartition des semaines d'hospitalisation selon la Manifestation Morbide Principale	26
Répartition des semaines d'hospitalisation selon l'Affection Etiologique	27
Répartition des semaines d'hospitalisation selon les Diagnostics Associés significatifs	28
Les Actes Médicaux les plus représentés	29
<b>L'ACTIVITE DE REEDUCATION READAPTATION</b>	<b>31</b>
Analyse par séjour	31
Analyse par semaine d'hospitalisation	31
■ Activité de rééducation collective	31
■ Activités de rééducation-réadaptation individuelles	31
Intervenants de Rééducation-Réadaptation les plus fréquents	32

<b>Actes de Rééducation-Réadaptation les plus fréquents</b>	<b>32</b>
<b>LA DEPENDANCE</b>	<b>33</b>
<b>Analyse par semaine d'hospitalisation</b>	<b>33</b>
■ Score : habillage, déplacement, alimentation et continence	33
■ Score : comportement et relation	34
<b>Evolution de la dépendance</b>	<b>35</b>
■ Habillage, déplacement, alimentation et continence	35
■ Comportement et relation	36
<b>LES SEJOURS D'UNE DUREE SUPERIEURE OU EGALE A 30 JOURS</b>	<b>37</b>
<b>COMPARAISON DE L'ACTIVITE 2009 ET 2010</b>	<b>39</b>
■ Données générales	39
■ Mouvements	39
■ Morbidité	39
<b>ANNEXES</b>	
<b>GLOSSAIRE</b>	



# Introduction

Dans le cadre de l'extension du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) au secteur des Soins de Suite ou de Réadaptation (SSR), les établissements de santé sous dotation globale ayant une activité de SSR sont soumis à l'obligation de production des Résumés Hebdomadaires Standardisés (RHS) depuis le 1<sup>er</sup> juillet 1998, afin de procéder à l'analyse médico-économique de l'activité de soins réalisée en leur sein.

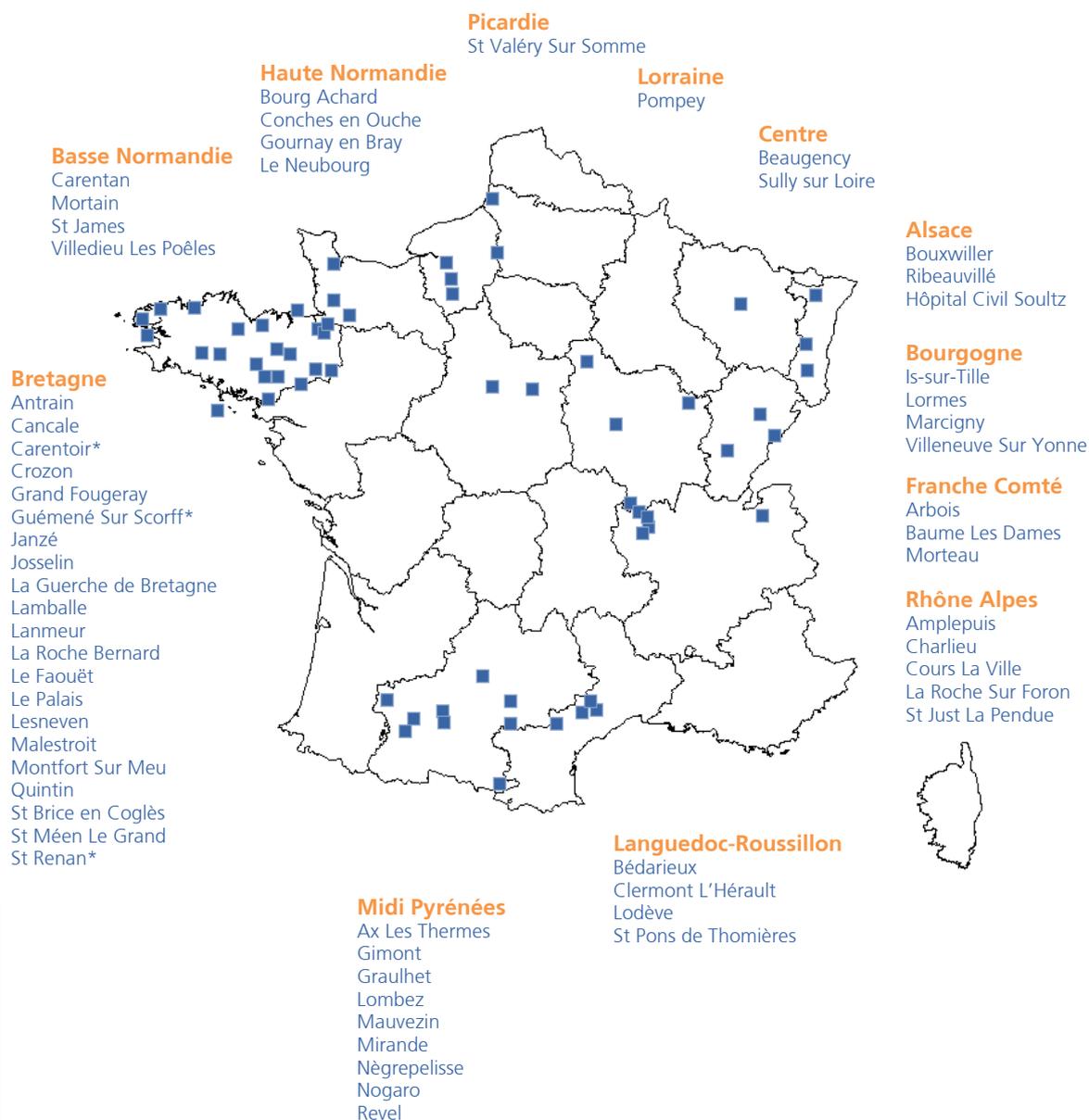
Le PMSI-SSR est un outil de description médico-économique de l'activité de Soins de Suite ou de Réadaptation, et par là même un outil de répartition de moyens. En effet, selon le PMSI-SSR, les établissements de santé produisent des séquences de prises en charge diagnostiques et thérapeutiques consommant à peu près les mêmes ressources et correspondant à des classes médico-économiques. A chacune de ces classes appelées Groupes de Morbidité Dominante (GMD) est attribué un coût. Il est donc important pour les établissements d'avoir un recueil des données du PMSI-SSR qui soit exhaustif et de qualité afin de décrire et de valoriser l'activité au plus près de la réalité.

C'est l'objet du présent rapport de rendre compte de cette activité et de donner aux responsables et aux professionnels des établissements une vision la plus complète possible du résultat de leurs interventions et de leur travail tout au long de l'année 2010.

Ce rapport est une description précise et une analyse fine de l'activité de Soins de Suite ou de Réadaptation menée dans les 61 hôpitaux de proximité participant au système d'information de l'ORS Bretagne en 2010.

La richesse de l'information recueillie dans les établissements autorise de nombreuses analyses qui ne sont pas toutes présentées ici. En effet, un tel rapport est toujours un compromis entre l'analyse détaillée des activités et la synthèse nécessaire à la compréhension. Nous avons essayé d'atteindre ce compromis, cependant nous serons très attentifs à toutes les remarques que vous souhaiteriez nous faire dans le but d'améliorer la compréhension et l'utilité de ce document.

## Hôpitaux de proximité participant au système d'information de l'ORS Bretagne dans le cadre du PMSI SSR en 2010



Source : Déclaration 2010 des établissements

Exploitation ORS Bretagne

\* Etablissements dont les données sont traitées par l'ORS Bretagne uniquement pour les réalisations des rapports d'ensemble.

# Présentation des établissements participant au système d'information de l'ORS Bretagne

En 2010, 61 hôpitaux de proximité ont confié à l'ORS Bretagne l'exploitation de leurs informations issues du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information. Ils représentent un ensemble de 1 206 lits de Soins de Suite ou de Réadaptation, soit en moyenne 20 lits de SSR par établissement.

## Nombre de lits selon l'activité

	Médecine	Soins de Suite ou de Réadaptation	Longue durée	Maison de retraite, foyer logement, EHPAD	Soins infirmiers à domicile	Autres	TOTAL
<b>Région Alsace</b>							
Bouxwiller (68)	-	8	-	98	40	-	146
Ribeauvillé (68)	-	30	46	119	-	-	195
Soultz (68)	-	22	50	136	37	5	250
<b>Région Basse-Normandie</b>							
Carentan (50)	24	28	-	198	30	2	282
Mortain (50)	25	5	-	178	40	2	250
Saint James (50)	15	15	-	143	40	-	213
Villedieu Les Poêles (50)	15	8	-	99	40	6	168
<b>Région Bourgogne</b>							
Is-sur-Tille (21)	8	12	-	95	20	-	135
Lormes (58)	12	11	-	96	31	-	150
Marcigny (71)	10	10	-	72	35	5	132
Villeneuve-sur-Yonne (89)	10	8	-	208	62	3	291
<b>Région Bretagne</b>							
Antrain** (35)	12	52	67	100	27	-	258
Cancale (35)	-	23	-	120	-	-	143
Carentoir* (56)	10	8	-	71	60	-	149
Crozon (29)	5	10	-	110	-	8	133
Grand Fougeray (35)	15	3	-	95	-	-	113
Guémené Sur Scorff* (56)	15	29	-	170	32	-	246
Janzé (35)	15	25	-	149	-	-	189
Josselin (56)	13	12	-	231	38	16	310
La Guerche de Bretagne (35)	30	10	-	270	-	4	314
La Roche Bernard (56)	-	17	-	50	54	3	124
Lamballe (22)	22	20	30	230	75	18	395
Lanmeur (29)	10	15	-	255	30	8	318
Le Faouët (56)	15	25	-	149	30	1	220
Le Palais (56)	12	15	15	72	41	66	221
Lesneven (29)	15	33	-	256	-	4	308
Malestroit (56)	8	20	30	45	67	1	171
Montfort sur Meu (35)	11	27	30	138	42	-	248
Quintin (22)	18	12	-	198	-	-	228
Saint Brice-en-Coglès (35)	12	11	-	123	-	-	146
Saint Méen-le-Grand (35)	20	40	-	175	57	-	292

	Médecine	Soins de Suite ou de Réadaptation	Longue durée	Maison de retraite, foyer logement, EHPAD	Soins infirmiers à domicile	Autres	TOTAL
Saint Renan* (29)	32	31	-	174	-	-	237
<b>Région Centre</b>							
Beaugency (45)	15	10	-	198	-	-	223
Sully-sur-Loire (45)	11	9	-	200	-	17	237
<b>Région Franche-Comté</b>							
Arbois (39)	8	17	-	116	-	7	148
Baume-les-Dames (25)	10	28	20	120	-	5	183
Morteau (25)	20	20	30	94	40	10	214
<b>Région Haute-Normandie</b>							
Bourg Achard (27)	-	15	-	180	45	12	252
Conches en Ouche (27)	7	5	-	95	35	-	142
Gournay en Bray (76)	-	26	-	110	-	5	141
Le Neubourg (27)	10	5	30	170	50	12	277
<b>Région Languedoc-Roussillon</b>							
Bédarieux (34)	20	20	30	88	50	-	208
Clermont l'Hérault (34)	17	11	30	90	41	10	199
Lodève (34)	22	18	30	138	45	-	253
Saint-Pons de Thomières (34)	10	35	-	143	25	5	218
<b>Région Lorraine</b>							
Pompey (54)	10	21	-	321	40	20	412
<b>Région Midi-Pyrénées</b>							
Ax Les Thermes** (09)	-	56	-	62	-	-	118
Gimont (32)	15	15	30	157	27	3	247
Graulhet (81)	18	15	-	141	-	-	174
Lombez (32)	28	30	30	136	33	-	257
Mauvezin (32)	15	15	-	62	21	-	113
Mirande (32)	10	10	-	133	30	-	183
Nègrepelisse (82)	15	13	-	121	37	-	186
Nogaro (32)	15	20	30	125	33	-	223
Revel (31)	15	36	61	102	35	2	251
<b>Région Picardie</b>							
Saint Valery sur Somme (80)	25	41	68	120	75	4	333
<b>Région Rhône-Alpes</b>							
Amplepuis (69)	-	30	-	109	-	-	139
Charlieu (42)	8	27	-	85	49	-	169
Cours La Ville (69)	10	47	30	281	29	-	397
La Roche sur Foron (74)	13	12	-	115	37	-	177
Saint Just la Pendue (42)	8	4	-	82	-	14	108
<b>TOTAL</b>	<b>764</b>	<b>1 206</b>	<b>687</b>	<b>8 517</b>	<b>1 705</b>	<b>278</b>	<b>13 157</b>

Source et données : Déclaration au 1<sup>er</sup> janvier 2010 des établissements

\* Etablissements dont les données sont traitées par l'ORS Bretagne uniquement pour la réalisation des rapports d'ensemble.

\*\* Seuls les services de convalescence sont pris en compte, les services de Rééducation sont exclus de l'analyse.

Ce présent rapport décrit l'activité des services de **Soins de Suite ou de Réadaptation en hospitalisation complète**. L'activité en hospitalisation de jour réalisée à l'hôpital de Ribeaupville n'est pas étudiée dans ce rapport.

# L'activité médicale par séjour

L'activité médicale concerne uniquement l'**hospitalisation complète** en service de Soins de Suite ou de Réadaptation.

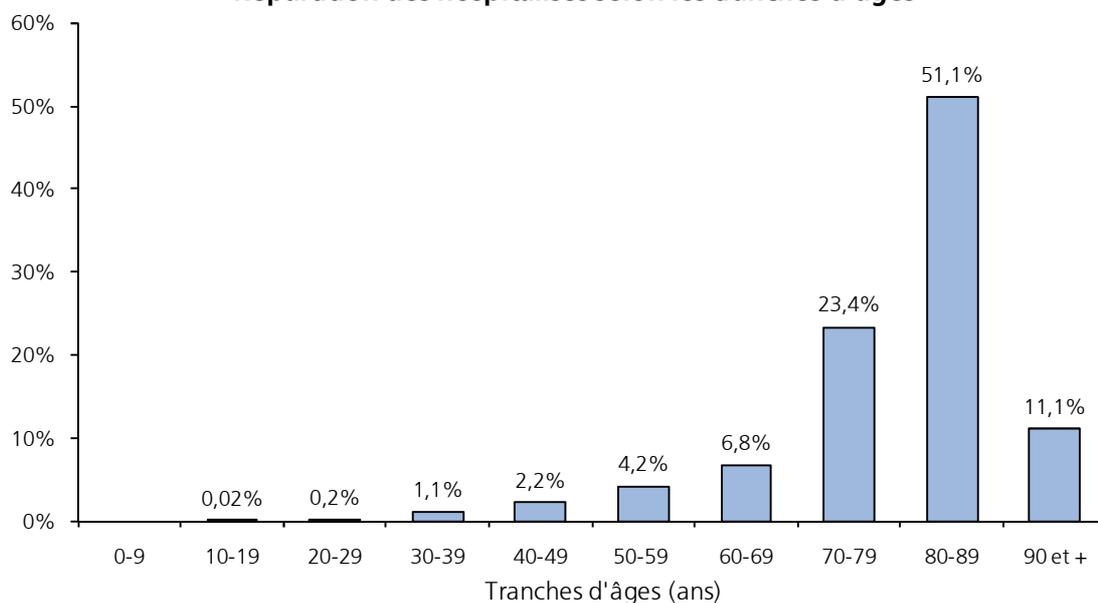
Au cours de l'année 2010, 14 874 séjours ont été réalisés dans les services de Soins de Suite ou de Réadaptation des 61 hôpitaux de proximité participant au système d'information de l'ORS Bretagne. Ces 14 874 séjours représentent 68 892 semaines d'hospitalisation, soit un total de 402 154 journées réalisées. Les 61 hôpitaux ont accueilli 9 200 patients.

## La population hospitalisée

La population prise en charge est majoritairement féminine : 9 479 séjours féminins (63,7%) et 5 395 séjours masculins (36,3%) ont été réalisés dans les services de Soins de Suite ou de Réadaptation.

L'âge moyen des personnes hospitalisées est de 79,3 ans. L'âge moyen des femmes est de 81,3 ans et celui des hommes est de 75,8 ans.

Répartition des hospitalisés selon les tranches d'âges



Source : PMSISSR 2010

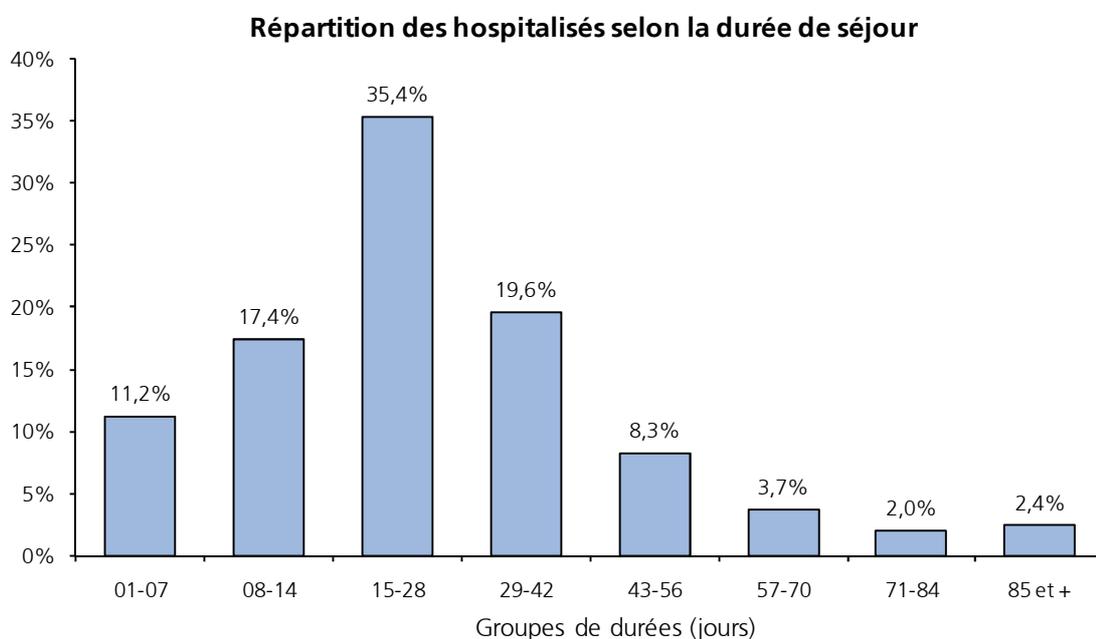
Exploitation ORS Bretagne

Près des ¾ des hospitalisés sont âgés de 70 à 89 ans.

## Durée Moyenne de Séjour

Le nombre de séjours complets, entièrement réalisés au cours de l'année, est de 12 649 et correspond à un ensemble de 340 403 journées d'hospitalisation\*.

La durée moyenne de séjour (D.M.S.\*\* ) est de 26,9 jours.



Source : PMSISSR 2010

Exploitation ORS Bretagne

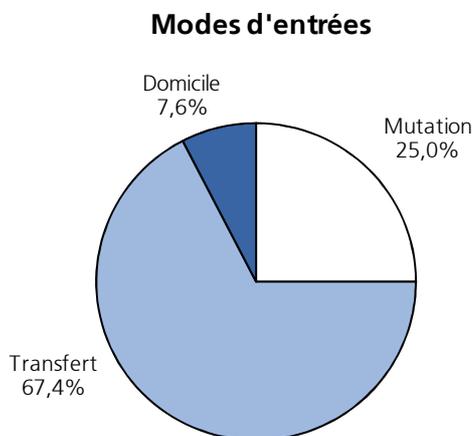
Les séjours d'une durée inférieure à 4 semaines d'hospitalisation représentent 64% des hospitalisations. 28,6% des séjours ont une durée de moins de 15 jours.

\* Dans ce rapport, l'analyse porte uniquement sur les journées de présence.

\*\* D.M.S. : calculée sur les journées de présence à partir des séjours entièrement déroulés au cours de l'année.

# Répartition des modes d'entrée et de sortie

Au cours de l'année, le nombre d'entrées a été de 13 791 et le nombre de sorties de 13 713.

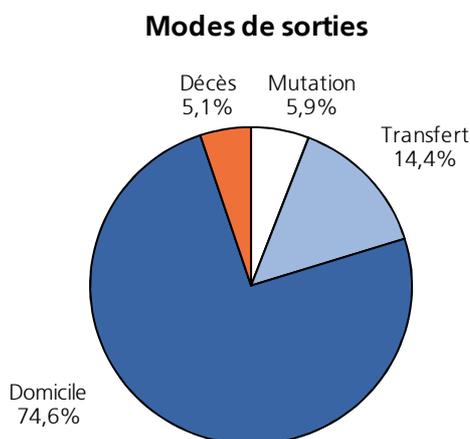


Source : PMSISSR 2010

Exploitation ORS Bretagne

67,4% des entrées sont des transferts d'un autre établissement et majoritairement des transferts d'une unité de soins de courte durée. Les entrées par mutation d'un autre service de l'établissement représentent 25% des entrées.

Pour les entrées par transfert d'un autre établissement, 73,1% des hospitalisés retournent à leur domicile, 5,9% sont mutés vers un autre service de l'établissement et 16% sont transférés vers un autre établissement.



Source : PMSISSR 2010

Exploitation ORS Bretagne

Les retours au domicile (y compris domicile collectif) représentent 74,6% des hospitalisations. Les sorties par transfert vers un autre établissement représentent 14,4% des hospitalisations et les sorties par mutation vers un autre service de l'établissement 5,9%.

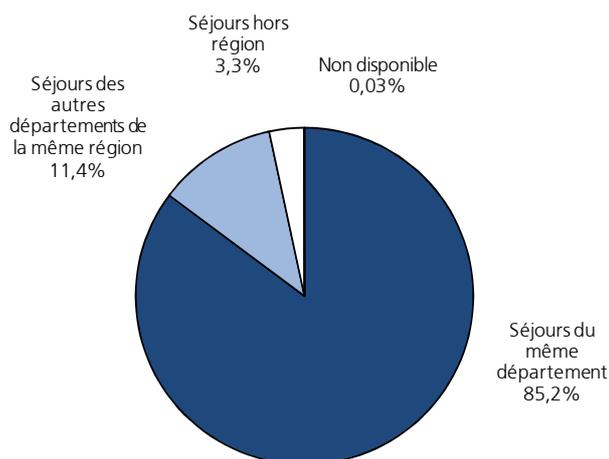
Au cours de l'année 2010, 705 décès, soit 5,1% des hospitalisations, sont survenus dans les services de Soins de Suite ou de Réadaptation.

## ***Provenance des patients***

La provenance des patients est étudiée à partir du code géographique renseigné par les Résumés Hebdomadaires Standardisés (RHS).

Le code géographique est élaboré selon un système de codage national. Il correspond au code postal ou à un code de regroupement pour les communes de moins de 1 000 habitants.

### **Provenance géographique**



Source : PMSISSR 2010

Exploitation ORS Bretagne

Sur les 14 874 séjours réalisés au sein des 61 hôpitaux participants, 12 679 séjours, soit 85,2%, concernent des patients hospitalisés dans un établissement de leur département de domicile.

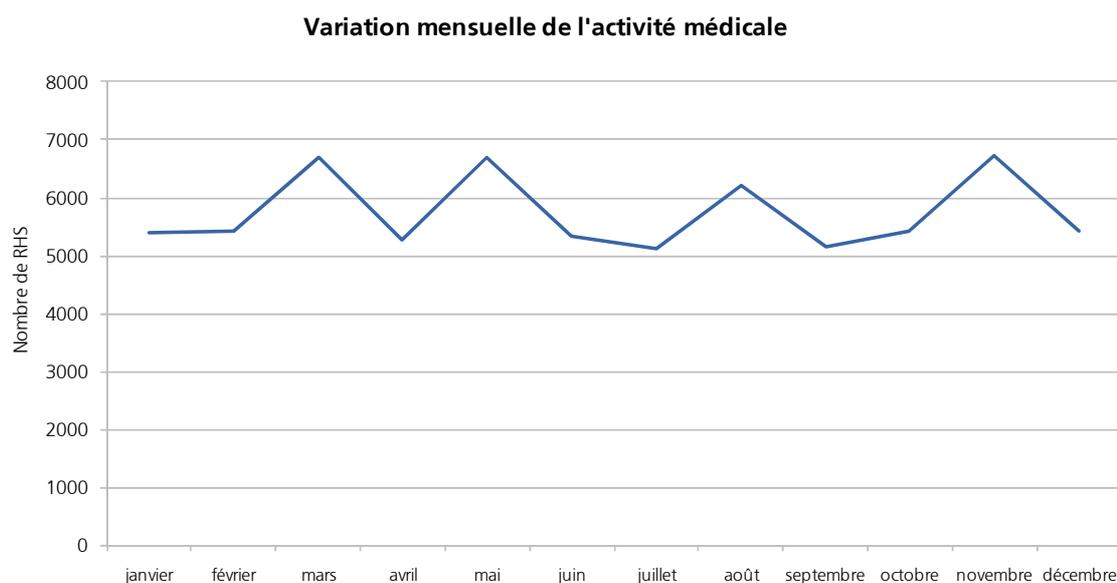
1 696 séjours (11,4%) concernent des patients hospitalisés dans un autre département de la même région, et 495 séjours (3,3%) des patients hospitalisés en dehors de leur région.

# L'activité médicale par semaine d'hospitalisation

Le PMSI SSR est basé sur une production hebdomadaire d'informations relatives aux soins apportés aux malades. Pour tout patient hospitalisé dans le service de Soins de Suite ou de Réadaptation au cours de la semaine, (quel que soit le nombre de journées de présence), un Résumé Hebdomadaire Standardisé (RHS) est constitué. Ce RHS décrit la semaine d'hospitalisation du patient en précisant la morbidité, les actes médicaux, la dépendance et les activités de rééducation-réadaptation pris en charge au cours de la semaine. L'ensemble des semaines d'hospitalisation ainsi décrites dans une année, représente l'activité de l'établissement.

Les informations contenues dans les RHS permettent les analyses suivantes.

## Variation mensuelle de l'activité médicale



Source : PMSI SSR 2010

Exploitation ORS Bretagne

Le nombre moyen de RHS\* produit par mois est de 5 741,0.

\* Dans ce chapitre, il s'agit d'une analyse transversale sur les semaines d'hospitalisation. Le traitement s'effectue semaine par semaine et on compte le nombre de RHS correspondant à chaque mois de l'année.

Le RHS résume une semaine d'hospitalisation d'un patient. Ainsi, le nombre de RHS recensé au cours d'une semaine donnée correspond au nombre de patients présents cette semaine.

A noter qu'il est très rare dans un service de soins de suite qu'un patient sorte et soit hospitalisé à nouveau la même semaine. Dans ce cas, le patient sera compté deux fois.

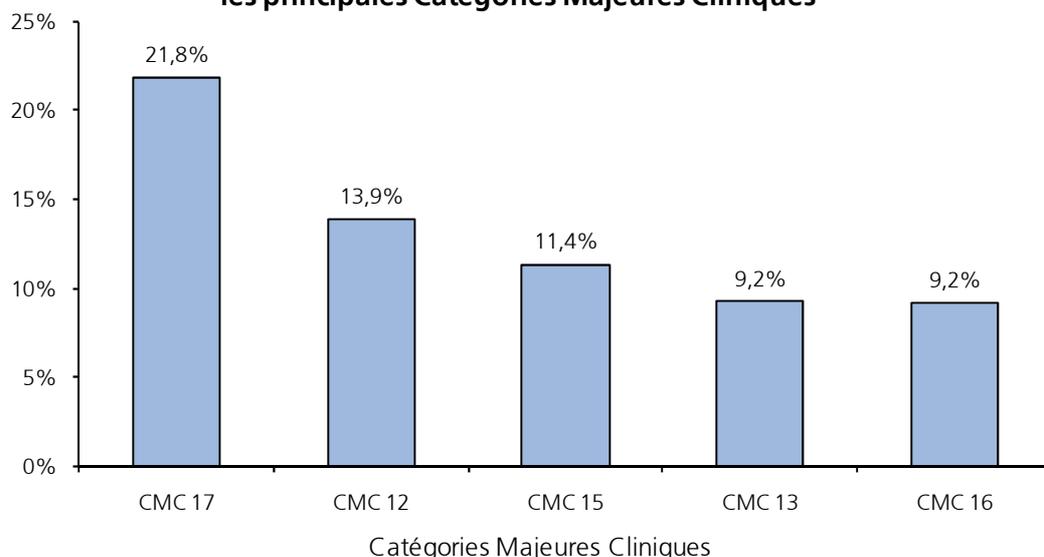
# ***L'activité médicale par Catégorie Majeure Clinique (C.M.C.)***

L'activité médicale de soins de suite ou de réadaptation (SSR) est classée en 14 catégories majeures cliniques (CMC). Ces CMC sont subdivisées en 83 Groupes de Morbidité Dominante (GMD). Pour chaque patient, chaque semaine d'hospitalisation est classée dans une seule CMC et dans un seul GMD selon les données médicales et paramédicales recueillies au cours de cette semaine. Ce mode de classement a pour but de distinguer d'éventuelles prises en charge plus ou moins lourdes au cours d'un séjour hospitalier et d'identifier les différents niveaux de consommation des ressources.

## ■ Répartition des Catégories Majeures Cliniques selon les semaines d'hospitalisation

Cinq catégories de diagnostics regroupent 65,5% des semaines d'hospitalisation. Au cours de l'année 2010, la Catégorie Majeure Clinique la plus fréquente est la CMC 17 Poursuites de soins médicaux post-traumatique, représentant à elle seule 21,8% des semaines d'hospitalisation.

**Répartition des semaines d'hospitalisation selon les principales Catégories Majeures Cliniques**



Source : PMSISSR 2010

Exploitation ORS Bretagne

CMC 17 Poursuites de soins médicaux post-traumatique  
CMC 12 Poursuite de soins médicaux neuro-musculaires  
CMC 15 Poursuites de soins médicaux viscéral  
CMC 13 Poursuite de soins médicaux santé mentale  
CMC 16 Poursuites de soins médicaux rhumato/orthopédique

## ■ Répartition des Catégories Majeures Cliniques selon leur valorisation en points IVA

L'Indicateur de Valorisation d'Activité (IVA) sert à pondérer l'activité (en journées de présence) déclarée via le PMSI –SSR.

Cette méthode de valorisation en points est basée sur le résultat du classement de chaque semaine d'hospitalisation dans un GMD ainsi que sur d'autres variables comme l'âge, la dépendance physique et cognitive, le nombre d'activités du CdARR, les comorbidités (diagnostics ou actes), le type de finalité principale de prise en charge (rééducation) et le type d'hospitalisation (complète ou partielle).

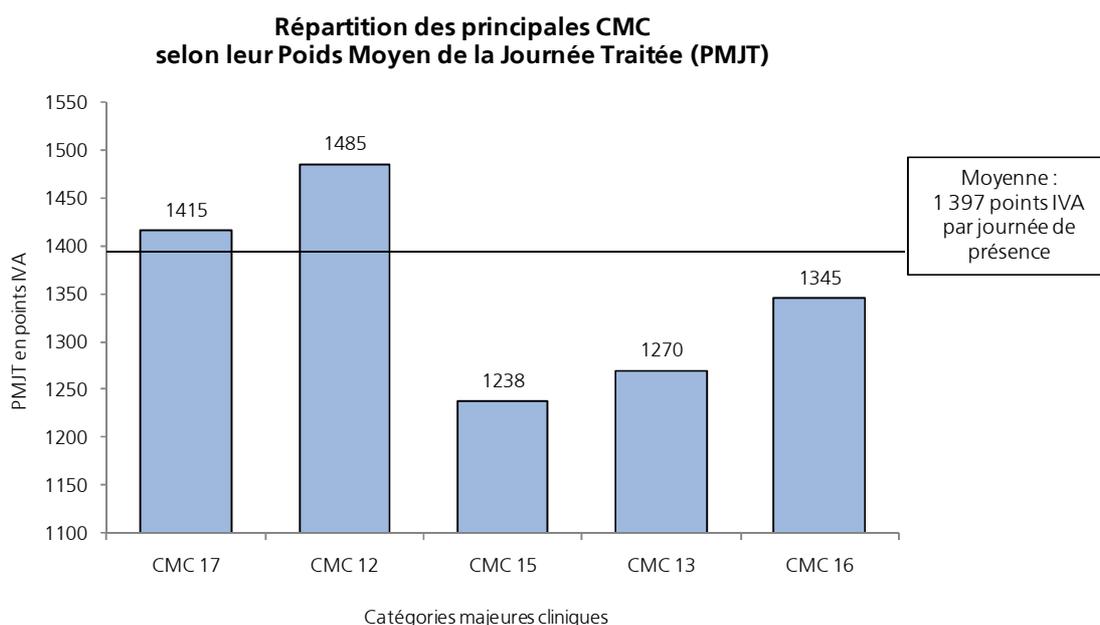
Chaque GMD appartient à une seule Catégorie Majeure Clinique.

Le Poids Moyen de la Journée Traitée (PMJT) est le nombre de points IVA qu'apporte en moyenne chaque journée de présence.

En 2010, les Résumés Hebdomadaires Standardisés (RHS) représentent une valorisation de 561 898 586 points IVA.

Le Poids Moyen de la Journée Traitée (PMJT) est de 1 397 points IVA.

Le graphique ci-dessous présente les PMJT des principales Catégories Majeures Cliniques énumérées précédemment.



Source : PMSI SSR 2010

Exploitation ORS Bretagne

CMC 17 Poursuites de soins médicaux post-traumatique  
CMC 12 Poursuite de soins médicaux neuro-musculaires  
CMC 15 Poursuites de soins médicaux viscéral  
CMC 13 Poursuite de soins médicaux santé mentale  
CMC 16 Poursuites de soins médicaux rhumato/orthopédique

## ■ Principales Catégories Majeures Cliniques

Les chapitres ci-dessous présentent les CMC les plus représentées au sein des établissements.

### ● *CMC 17 Poursuites de soins médicaux post-traumatique*

15 018 semaines d'hospitalisation ont été réalisées dans la CMC 17, soit 91 472 journées. L'âge moyen des patients est de 81,2 ans. Cette CMC comptabilise 129 471 683 points IVA, soit un poids moyen de la journée traitée de 1 415 points IVA.

Les Groupes de Morbidité Dominante (GMD) les plus représentés dans cette CMC sont :

- GMD 17A01 - Lésions ostéoarticulaires et tendons traumatiques, sauf poignet main, âge supérieur à 18 ans : 5 863 RHS,
- GMD 17A20 - Autres affections du système ostéoarticulaires traumatiques, âge supérieur à 18 ans : 3 143 RHS,
- GMD 17A08 - Fracture du col du fémur avec pose de prothèse de hanche, âge supérieur à 18 ans : 2 692 RHS,
- GMD 17A03 - Lésions traumatiques multiples, complexes ou compliquées, âge supérieur à 18 ans : 1 856 RHS,
- GMD 17A09 - Fracture du col du fémur avec ostéosynthèse, âge supérieur à 18 ans : 1 093 RHS.

Les Finalités Principales de Prise en Charge (FPPC) les plus représentées sont :

- Autres thérapies physiques : 8 195 RHS,
- Convalescence après traitement d'une fracture : 2 076 RHS,
- Convalescence après intervention chirurgicale : 2 046 RHS,
- Autres formes précisées de soins médicaux, non classées ailleurs : 1 615 RHS,
- Soins impliquant d'autres moyens de rééducation : 621 RHS.

Les Manifestations Morbides Principales (MMP) les plus représentées sont :

- Présence d'implants d'articulations orthopédiques : 3 515 RHS,
- Présence d'autres implants osseux et tendineux : 1 901 RHS,
- Fracture fermée du col du fémur : 1 861 RHS,
- Fracture fermée de l'extrémité supérieure de l'humérus : 684 RHS,
- Fracture fermée du trochanter : 424 RHS.

Les Affections Etiologiques (AE) les plus représentées sont :

- Fracture fermée du col du fémur : 3075 RHS,
- Fracture fermée du trochanter : 707 RHS,
- Fracture fermée de la diaphyse fémorale : 247 RHS,
- Ostéoporose post-ménopausique avec fracture pathologique - Sièges multiples : 200 RHS,
- Fracture fermée de l'extrémité supérieure de l'humérus : 170 RHS.

## ● **CMC 12 Poursuite de soins médicaux neuro-musculaires**

9 572 semaines d'hospitalisation ont été réalisées dans la CMC 12, soit 57 023 journées. L'âge moyen des patients est de 76,3 ans. Cette CMC comptabilise 84 683 091 points IVA, soit un poids moyen de la journée traitée de 1 485 points IVA.

Les Groupes de Morbidité Dominante (GMD) les plus représentés dans cette CMC sont :

- GMD 12A22 - Autres affections du système nerveux, âge supérieur à 18 ans : 5 797 RHS,
- GMD 12A02 - Lésions cérébrales non traumatiques, âge supérieur à 18 ans : 3 319 RHS,
- GMD 12A03 - Lésions cérébrales traumatiques, âge supérieur à 18 ans : 149 RHS,
- GMD 12A04 - Paraplégies, âge supérieur à 18 ans : 121 RHS,
- GMD 12A01 - Tétraplégies, âge supérieur à 18 ans : 120 RHS.

Les Finalités Principales de Prise en Charge (FPPC) les plus représentées sont :

- Autres thérapies physiques : 3 526 RHS,
- Autres formes précisées de soins médicaux, non classées ailleurs : 3 166 RHS,
- Convalescence après un autre traitement : 1 426 RHS,
- Soins impliquant d'autres moyens de rééducation : 729 RHS,
- Convalescence après intervention chirurgicale : 269 RHS.

Les Manifestations Morbides Principales (MMP) les plus représentées sont :

- Chutes à répétition, non classées ailleurs : 1 090 RHS,
- Difficulté à la marche, non classée ailleurs : 746 RHS,
- Accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus : 707 RHS,
- Anomalies de la démarche et de la motilité, autres et non précisées : 621 RHS,
- Lésion cérébrale anoxique, non classée ailleurs : 556 RHS.

Les Affections Etiologiques (AE) les plus représentées sont :

- Accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus : 323 RHS,
- Infarctus cérébral dû à une occlusion ou sténose des artères cérébrales, de mécanisme non précisé : 163 RHS,
- Fibrillation et flutter auriculaires : 147 RHS,
- Infarctus cérébral, sans précision : 144 RHS,
- Infarctus cérébral dû à une thrombose des artères cérébrales : 132 RHS.

### ● **CMC 15 Poursuites de soins médicaux viscéral**

7 822 semaines d'hospitalisation ont été réalisées dans la CMC 15, soit 44 281 journées. L'âge moyen des patients est de 79 ans. Cette CMC comptabilise 54 805 347 points IVA, soit un poids moyen de la journée traitée de 1 238 points IVA.

Les Groupes de Morbidité Dominante (GMD) représentés dans cette CMC sont :

- GMD 15A01 - Hémopathies et certaines tumeurs malignes, âge supérieur à 18 ans : 2 999 RHS,
- GMD 15A04 - Affections des organes digestifs, âge supérieur à 18 ans : 2 326 RHS,
- GMD 15A03 - Affections des organes génitaux-urinaires, âge supérieur à 18 ans : 1 575 RHS,
- GMD 15A02 - Maladies infectieuses et affections immuno-hématologiques, âge supérieur à 18 ans : 855 RHS,
- GMD 15A20 - Autres affections des organes digestifs et génitaux-urinaires, âge supérieur à 18 ans : 67 RHS.

Les Finalités Principales de Prise en Charge (FPPC) les plus représentées sont :

- Autres formes précisées de soins médicaux, non classées ailleurs : 2 746 RHS,
- Convalescence après intervention chirurgicale : 1 646 RHS,
- Autres thérapies physiques : 959 RHS,
- Convalescence après un autre traitement : 902 RHS,
- Prise en charge aiguë : 488 RHS.

Les Manifestations Morbides Principales (MMP) les plus représentées sont :

- Absence acquise d'autres parties de l'appareil digestif : 557 RHS,
- Infection des voies urinaires, siège non précisé : 206 RHS,
- Tumeur maligne du rectum : 172 RHS,
- Occlusions intestinales, autres et sans précision : 166 RHS,
- Absence acquise d'organe(s) génital(aux) : 158 RHS.

Les Affections Etiologiques (AE) les plus représentées sont :

- Hyperplasie de la prostate : 97 RHS,
- Tumeur maligne de la prostate : 96 RHS,
- Tumeur maligne du rectum : 90 RHS,
- Cirrhose alcoolique (du foie) : 64 RHS,
- Tumeurs malignes du côlon, autres et non précisées : 62 RHS.

### ● **CMC 13 Poursuite de soins médicaux santé mentale**

6 367 semaines d'hospitalisation ont été réalisées dans la CMC 13, soit 36 544 journées. L'âge moyen des patients est de 72,3 ans. Cette CMC comptabilise 46 416 720 points IVA, soit un poids moyen de la journée traitée de 1 270 points IVA.

Les Groupes de Morbidité Dominante (GMD) représentés dans cette CMC sont :

- GMD 13A01 - Démence, schizophrénie et retard mental, âge supérieur à 18 ans : 3 182 RHS,
- GMD 13A02 - Dépendance et troubles mentaux organiques dus à des substances psychoactives, âge supérieur à 18 ans : 1 725 RHS,
- GMD 13A03 - Troubles dépressifs et anxieux, âge supérieur à 18 ans : 919 RHS,
- GMD 13A20 - Autres troubles mentaux, âge supérieur à 18 ans : 541 RHS.

Les Finalités Principales de Prise en Charge (FPPC) les plus représentées sont :

- Autres formes précisées de soins médicaux, non classées ailleurs : 2 333 RHS,
- Conseil et surveillance pour alcoolisme : 1 014 RHS,
- Autres thérapies physiques : 725 RHS,
- Convalescence après un autre traitement : 715 RHS,
- Sevrage d'alcool : 562 RHS.

Les Manifestations Morbides Principales (MMP) les plus représentées sont :

- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : syndrome de dépendance actuellement abstinente, mais dans un environnement protégé : 1 063 RHS,
- Maladie d'Alzheimer à début tardif : 342 RHS,
- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : syndrome de dépendance actuellement abstinente, mais prend des médicaments aversifs ou bloquants : 281 RHS,
- Trouble anxieux et dépressif mixte : 204 RHS,
- Maladie d'Alzheimer, sans précision : 157 RHS.

Les Affections Etiologiques (AE) les plus représentées sont :

- Maladie d'Alzheimer à début tardif : 185 RHS,
- Maladie de Parkinson : 139 RHS,
- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : syndrome de dépendance actuellement abstinente, mais dans un environnement protégé : 111 RHS,
- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : syndrome de dépendance utilisation continue : 60 RHS,
- Syndrome de dépendance à l'alcool, personne suivant actuellement un régime de maintenance ou de substitution sous surveillance médicale : 47 RHS.

### ● **CMC 16 Poursuites de soins médicaux rhumato/orthopédique**

6 309 semaines d'hospitalisation ont été réalisées dans la CMC 16, soit 36 615 journées. L'âge moyen des patients est de 78,1 ans. Cette CMC comptabilise 49 262 914 points IVA, soit un poids moyen de la journée traitée de 1 345 points IVA.

Les Groupes de Morbidité Dominante (GMD) les plus représentés dans cette CMC sont :

- GMD 16A05 - Complications et suivi d'implants ostéoarticulaires, âge supérieur à 18 ans : 2 641 RHS,
- GMD 16A01 - Arthropathies non infectieuses, âge supérieur à 18 ans : 1 439 RHS,
- GMD 16A03 - Affections du rachis, âge supérieur à 18 ans : 893 RHS,
- GMD 16A02 - Arthropathies infectieuses et inflammatoires, ostéites et affections musculaires, âge supérieur à 18 ans : 638 RHS,
- GMD 16A20 - Autres affections non traumatiques ostéoarticulaires, âge supérieur à 18 ans : 567 RHS.

Les Finalités Principales de Prise en Charge (FPPC) les plus représentées sont :

- Autres thérapies physiques : 3 177 RHS,
- Autres formes précisées de soins médicaux, non classées ailleurs : 962 RHS,
- Convalescence après intervention chirurgicale : 936 RHS,
- Convalescence après un autre traitement : 468 RHS,
- Soins impliquant d'autres moyens de rééducation : 245 RHS.

Les Manifestations Morbides Principales (MMP) les plus représentées sont :

- Présence d'implants d'articulations orthopédiques : 2 160 RHS,
- Complication mécanique d'une prothèse articulaire interne : 150 RHS,
- Tassement vertébral, non classé ailleurs - Région lombaire : 146 RHS,
- Lombalgie basse - Région lombaire : 126 RHS,
- Douleur au niveau d'un membre - Jambe : 120 RHS.

Les Affections Etiologiques (AE) les plus représentées sont :

- Autres coxarthroses primaires : 733 RHS,
- Coxarthrose primaire, bilatérale : 423 RHS,
- Autres gonarthroses primaires : 214 RHS,
- Coxarthrose, sans précision : 192 RHS,
- Gonarthrose primaire, bilatérale : 119 RHS.

# L'activité médicale par Groupe de Morbidité Dominante (GMD)

## ■ Analyse par séjour

Une semaine d'hospitalisation est classée dans un et un seul Groupe de Morbidité Dominante. Au sein d'un séjour dans l'établissement, la prise en charge initiale d'un patient peut évoluer d'une semaine d'hospitalisation à une autre (c'est-à-dire changer de Groupe de Morbidité Dominante). 10,8% des séjours ont au moins deux prises en charge différentes.

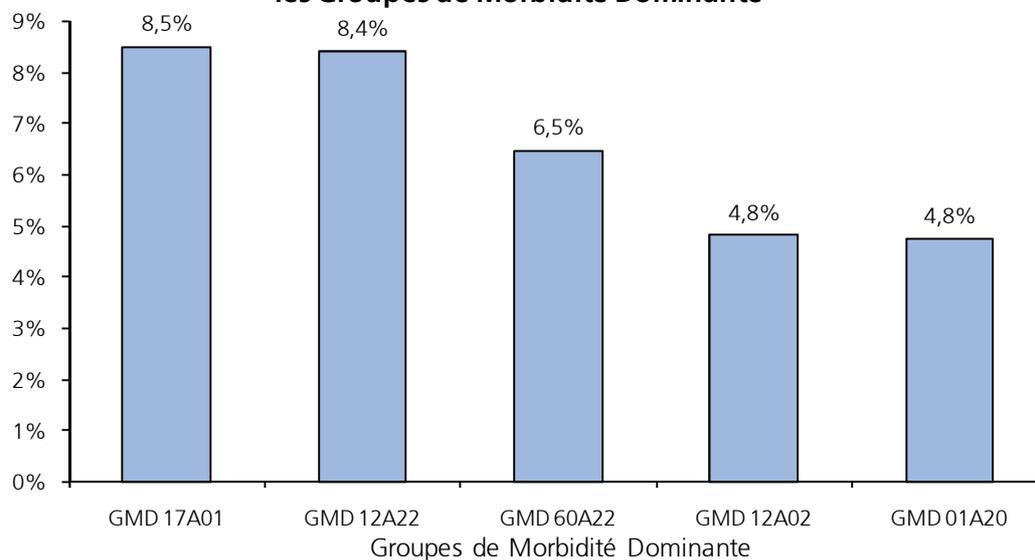
## ■ Analyse par semaine d'hospitalisation

33% des semaines d'hospitalisations sont réparties dans cinq Groupes de Morbidité Dominante et totalisent à eux seuls 132 845 journées.

Les deux Groupes de Morbidité Dominante les plus fréquents sont :

- le GMD 17A01 « Lésions ostéoarticulaires et tendons traumatiques, sauf poignet main, âge supérieur à 18 ans » avec 8,5% des semaines d'hospitalisations,
- le GMD 12A22 « Autres affections du système nerveux, âge supérieur à 18 ans » avec 8,4% des semaines d'hospitalisations.

Répartition des semaines d'hospitalisation selon les Groupes de Morbidité Dominante



Source : PMSISSR 2010

Exploitation ORS Bretagne

- GMD 17A01 Lésions ostéoarticulaires et tendons traumatiques, sauf poignet main, âge supérieur à 18 ans
- GMD 12A22 Autres affections du système nerveux, âge supérieur à 18 ans
- GMD 60A22 Autres affections, âge supérieur à 18 ans
- GMD 12A02 Lésions cérébrales non traumatiques, âge supérieur à 18 ans
- GMD 01A20 Autres affections respiratoires, âge supérieur à 18 ans

## ■ Principaux Groupes de Morbidité Dominante

L'activité médicale des établissements est décrite par 53 Groupes de Morbidité Dominante. Les GMD les plus fréquents sont les suivants :

- ***GMD 17A01 - Lésions ostéoarticulaires et tendons traumatiques, sauf poignet main, âge supérieur à 18 ans***

Ce GMD a entraîné 5 863 Résumés Hebdomadaires Standardisés (RHS), soit 35 556 journées d'hospitalisation. L'âge moyen des patients est de 80,2 ans.  
Ce GMD comptabilise 48 065 941 points IVA.

- ***GMD 12A22 - Autres affections du système nerveux, âge supérieur à 18 ans***

Ce GMD a entraîné 5 797 Résumés Hebdomadaires Standardisés (RHS), soit 34 371 journées d'hospitalisation. L'âge moyen des patients est de 75,3 ans.  
Ce GMD comptabilise 48 214 567 points IVA.

- ***GMD 60A22 - Autres affections, âge supérieur à 18 ans***

Ce GMD a entraîné 4 463 Résumés Hebdomadaires Standardisés (RHS), soit 24 857 journées d'hospitalisation. L'âge moyen des patients est de 81,3 ans.  
Ce GMD comptabilise 33 348 761 points IVA.

- ***GMD 12A02 - Lésions cérébrales non traumatiques, âge supérieur à 18 ans***

Ce GMD a entraîné 3 319 Résumés Hebdomadaires Standardisés (RHS), soit 19 690 journées d'hospitalisation. L'âge moyen des patients est de 80,3 ans.  
Ce GMD comptabilise 31 621 030 points IVA.

- ***GMD 01A20 - Autres affections respiratoires, âge supérieur à 18 ans***

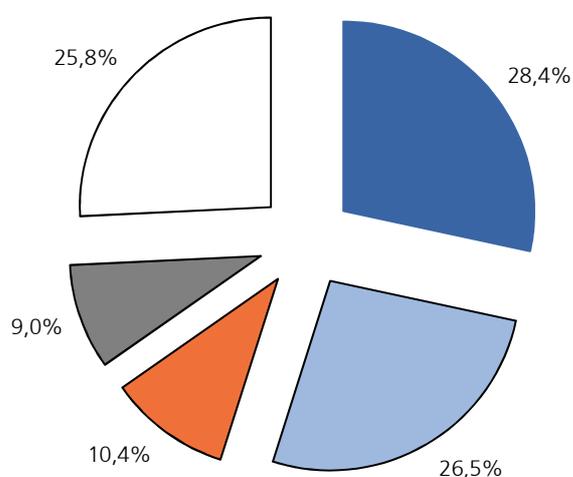
Ce GMD a entraîné 3 273 Résumés Hebdomadaires Standardisés (RHS), soit 18 371 journées d'hospitalisation. L'âge moyen des patients est de 82,7 ans.  
Ce GMD comptabilise 26 505 246 points IVA.

# Répartition des semaines d'hospitalisation selon la Finalité Principale de Prise en Charge

La Finalité de Prise en Charge est l'action qui a mobilisé l'essentiel de l'effort soignant médical et non médical au cours de la semaine d'hospitalisation.

La Finalité Principale de Prise en Charge la plus représentée est : Autres thérapies physiques. Elle représente 28,4% des semaines d'hospitalisation.

## Les Finalités Principales de Prise en Charge



Source : PMSISSR 2010

Exploitation ORS Bretagne

- Z501 Autres thérapies physiques
- Z5188 Autres formes précisées de soins médicaux, non classées ailleurs
- Z548 Convalescence après un autre traitement
- Z540 Convalescence après intervention chirurgicale
- Autres Finalités Principales de Prise en Charge

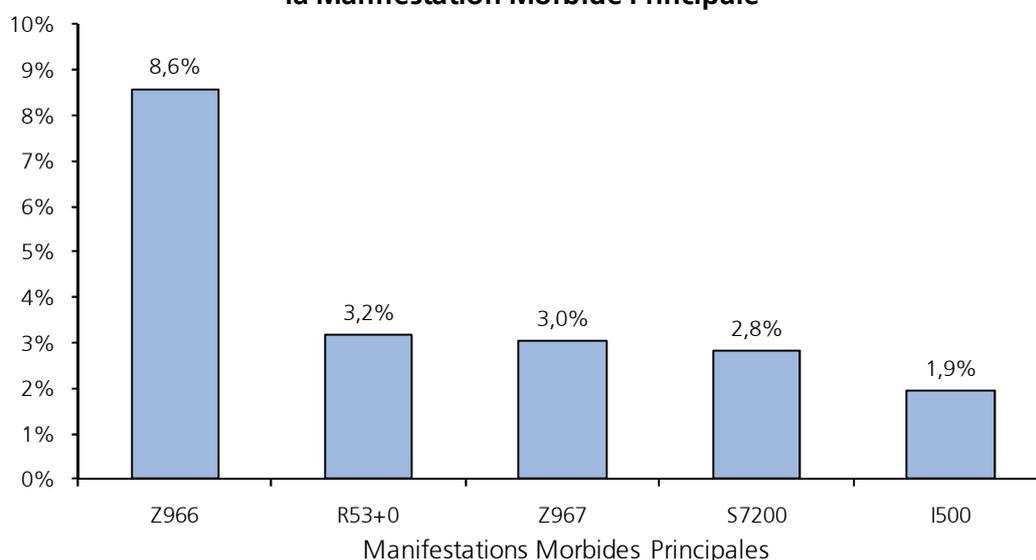
# Répartition des semaines d'hospitalisation selon la Manifestation Morbide Principale

La Manifestation Morbide Principale est l'affection ou le symptôme qui a motivé la prise en charge du patient au cours de la semaine d'hospitalisation.

Les cinq premières pathologies mentionnées en Manifestation Principale représentent 19,5% des semaines d'hospitalisation.

La Manifestation Morbide Principale la plus fréquente est la « Présence d'implants d'articulations orthopédiques » avec 8,6% des semaines d'hospitalisation.

Répartition des semaines d'hospitalisation selon la Manifestation Morbide Principale



Source : PMSISSR 2010

Exploitation ORS Bretagne

- Z966 Présence d'implants d'articulations orthopédiques
- R53+0 Altération [baisse] de l'état général
- Z967 Présence d'autres implants osseux et tendineux
- S7200 Fracture fermée du col du fémur
- I500 Insuffisance cardiaque congestive

# Répartition des semaines d'hospitalisation selon l'Affection Etiologique

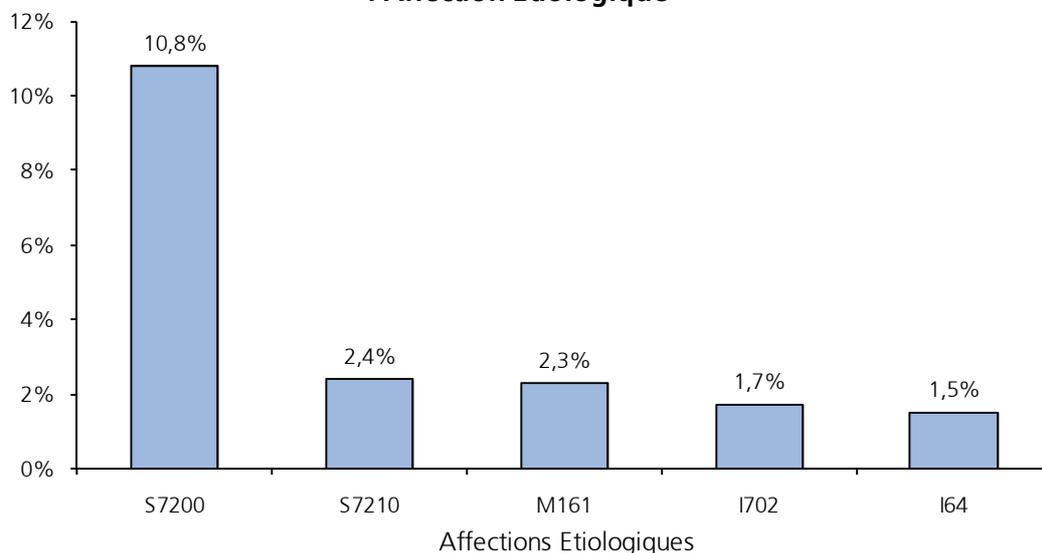
L'Affection Etiologique est l'affection à l'origine de la manifestation conduisant à la prise en charge au cours de la semaine d'hospitalisation.

L'Affection Etiologique est renseignée pour 48,3% des semaines d'hospitalisation.

Les cinq premières pathologies mentionnées en Affection Etiologique représentent 18,8% du nombre total d'affections étiologiques renseignées.

L'Affection Etiologique la plus mentionnée est la « Fracture fermée du col du fémur » (10,8%).

Répartition des semaines d'hospitalisation selon l'Affection Etiologique



Source : PMSISSR 2010

Exploitation ORS Bretagne

- S7200 Fracture fermée du col du fémur
- S7210 Fracture fermée du trochanter
- M161 Autres coxarthroses primaires
- I702 Athérosclérose des artères distales
- I64 Accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus

## ***Répartition des semaines d'hospitalisation selon les Diagnostics Associés significatifs***

En 2010, 326 343 diagnostics associés significatifs (DAS) ont été recensés pour 68 892 RHS, soit en moyenne 4,7 diagnostics pris en charge par l'équipe soignante par malade et par semaine d'hospitalisation. Pour les patients ayant au moins un Diagnostic Associé renseigné, la moyenne est de 5,1 par RHS.

A noter que 5 517 RHS, soit 8%, ne contiennent aucun Diagnostic Associé Significatif.

A l'inverse, pour 32 600 RHS (47,3%) la comorbidité prise en charge par l'équipe soignante est mentionnée dans au moins cinq zones réservées aux Diagnostics Associés.

Parmi l'ensemble des Diagnostics Associés Significatifs, cinq d'entre eux représentent 14,2% des pathologies associées à la morbidité principale.

La répartition de ces cinq diagnostics est la suivante :

- I10 Hypertension essentielle (primitive) : 24 621 RHS, soit 7,5% de l'ensemble des DAS,
- I48 Fibrillation et flutter auriculaires : 8 892 RHS, soit 2,7%,
- Z480 Surveillance des sutures et pansements chirurgicaux : 5 176 RHS, soit 1,6%,
- Z741 Besoin d'assistance et de soins d'hygiène : 3 943 RHS, soit 1,2%,
- E440 Malnutrition protéino-énergétique modérée : 3 606 RHS, soit 1,1%.

## ***Les Actes Médicaux les plus représentés***

Le RHS mentionne un certain nombre d'actes médicaux réalisés au moins une fois au cours de la semaine d'hospitalisation au sein de l'établissement ou payés par celui-ci. Ces actes appartiennent à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM).

La présence d'au moins un acte médical valorisant dans le RHS apporte des points supplémentaires au nombre de points IVA de base du GMD correspondant.

14 030 actes médicaux ont été réalisés au cours de l'année 2010, parmi lesquels 1 034 actes apportent une valorisation supplémentaire en termes de points IVA.

Les actes médicaux les plus pratiqués au cours de cette période sont :

- GLLD017 Oxygénothérapie avec surveillance continue de l'oxymétrie, en dehors de la ventilation mécanique, par 24 heures : 3 429 exécutions,
- DEQP003 Électrocardiographie sur au moins 12 dérivations : 2 516 exécutions,
- GELD005 Nébulisation d'agent thérapeutique à destination bronchique [aérosol] avec surveillance de la saturation en oxygène par mesure transcutanée [SpO2] et surveillance de la fréquence cardiaque, pendant au moins 2 heures : 1 289 exécutions,
- HSLD001 Alimentation entérale par sonde avec apport de 20 à 35 kilocalories par kilogramme par jour [kcal/kg/jour], par 24 heures : 726 exécutions,
- ZBQK002 Radiographie du thorax : 512 exécutions,
- GLLD012 Ventilation mécanique continue au masque facial pour suppléance ventilatoire, par 24 heures : 486 exécutions,
- ALQP003 Test d'évaluation d'une dépression : 411 exécutions,
- JDJD001 Évacuation de la vessie par cathétérisme transitoire [Sondage vésical évacuateur] : 403 exécutions,
- HSLD002 Alimentation entérale par sonde avec apport de plus de 35 kilocalories par kilogramme par jour [kcal/kg/jour], par 24 heures : 359 exécutions.



# L'activité de rééducation réadaptation

## Analyse par séjour

L'activité de soins de rééducation ou réadaptation dispensée par les différents intervenants de Soins de Suite ou de Réadaptation a concerné 9 860 séjours, soit 78% de l'ensemble des séjours. 361 673 actes de rééducation-réadaptation ont été réalisés, soit une moyenne de 36,7 actes de rééducation-réadaptation par séjour\*.

## Analyse par semaine d'hospitalisation

Le nombre d'activités différentes de rééducation-réadaptation pratiquées dans les établissements est en moyenne de 2,0 par semaine pour les patients bénéficiant de séances de rééducation. Le nombre\*\* moyen hebdomadaire d'actes de rééducation-réadaptation est 9,3.

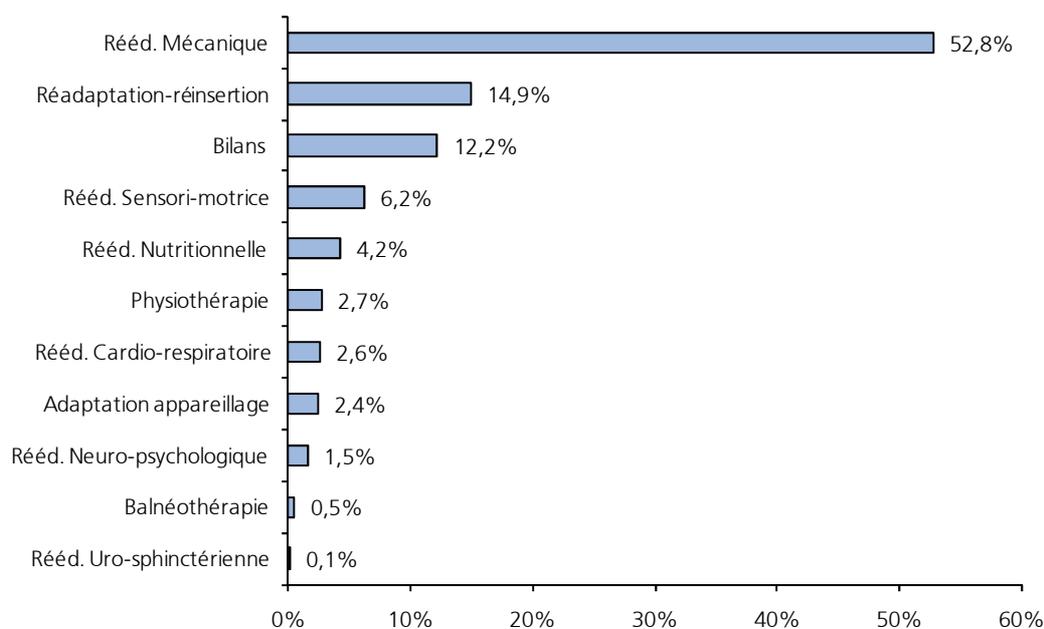
### ■ Activité de rééducation collective

11 998 actes de rééducation collective ont été pratiqués dans les établissements.

### ■ Activités de rééducation-réadaptation individuelles

L'activité de rééducation individuelle la plus pratiquée dans les établissements est la rééducation mécanique. Le nombre moyen hebdomadaire d'actes\*\* de rééducation pour cette activité est de 4,7 par patient.

#### Répartition des actes de rééducation réadaptation



Source : PMSISSR 2010

Exploitation ORS Bretagne

\* On compte uniquement les séjours complets (entièrement déroulés au cours de l'année) ayant bénéficié d'au moins une activité de rééducation-réadaptation au sein du service de Soins de Suite ou de Réadaptation.

\*\* Le nombre moyen hebdomadaire d'actes de rééducation-réadaptation est calculé à partir des semaines d'hospitalisation ayant au moins une activité de rééducation ou de réadaptation.

## ***Intervenants de Rééducation- Réadaptation les plus fréquents***

Les principaux intervenants de Rééducation-Réadaptation sont :

- Masseur - Kinésithérapeute : 295 278 actes,
- Ergothérapeute : 32 304 actes,
- Diététicien : 20 937 actes,
- Autre intervenant : 18 140 actes,
- Médecin : 15 008 actes,
- Infirmier : 11 847 actes,
- Assistant service social : 11 685 actes,
- Psychologue : 7 713 actes,
- animateur : 4 650 actes,
- Éducateur spécialisé : 3 356 actes,
- Psychomotricien : 1 347 actes,
- Orthophoniste : 966 actes,
- Enseignant en activité physique adaptée : 919 actes,
- Conseiller en économie sociale et familiale : 201 actes,
- Manipulateur électroradiologie : 18 actes,
- (Neuro )Psychorééducateur : 13 actes.

## ***Actes de Rééducation-Réadaptation les plus fréquents***

Les actes de Rééducation-Réadaptation les plus pratiqués au cours de l'année sont :

- RL26 Rééducation de la marche (70 860 exécutions),
- RL21 Mobilisation articulaire active - tonification, renforcement musculaire (50 236 exécutions),
- RL18 Mobilisation articulaire passive (29 046 exécutions),
- DL03 Entraînement à la marche dans l'établissement, avec ou sans aide technique de marche (19 222 exécutions),
- RL25 Verticalisation (18 669 exécutions),
- RL16 Massage de base (16 785 exécutions),
- NU03 Surveillance et suivi nutritionnels (14 293 exécutions),
- RL68 Rééducation de la fonction d'équilibration chez l'adulte (13 105 exécutions),
- RF11 Synthèse de réadaptation (13 103 exécutions),
- RL67 Apprentissage analytique de tous types de transferts (11 428 exécutions),
- RR03 Désencombrement respiratoire (7 245 exécutions),
- RL02 Bilan de la douleur, qualitatif et quantitatif (7 213 exécutions),
- RF10 Synthèse de rééducation (6 848 exécutions),
- RP09 Travail relationnel (6 698 exécutions),
- RL20 Mécanothérapie, pouliothérapie (6 310 exécutions),
- RF05 Entretien avec la famille du patient (6 302 exécutions).

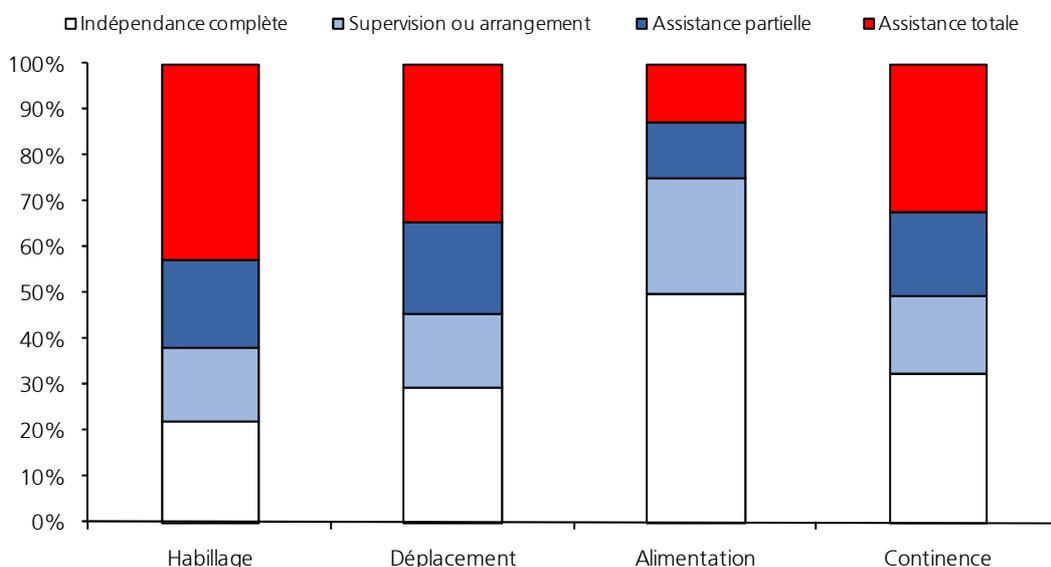
# La dépendance

La dépendance des patients est appréciée par 6 événements de la vie quotidienne : l'habillage, le déplacement, l'alimentation, la continence, le comportement et la relation.  
Pour chacun de ces événements, la mesure de la dépendance est caractérisée par quatre scores possibles selon l'importance de la charge en soins : 1 = Indépendance complète, 2 = Supervision ou arrangement, 3 = Assistance partielle, 4 = Assistance totale.

## Analyse par semaine d'hospitalisation

### ■ Score : habillage, déplacement, alimentation et continence

Répartition des semaines d'hospitalisation selon le niveau de dépendance des quatre variables de dépendance physique



Source : PMSI SSR 2010

Exploitation ORS Bretagne

Le score moyen de ces quatre variables de dépendance physique par semaine d'hospitalisation est de 9,8 (sur une échelle allant de 4 à 16).

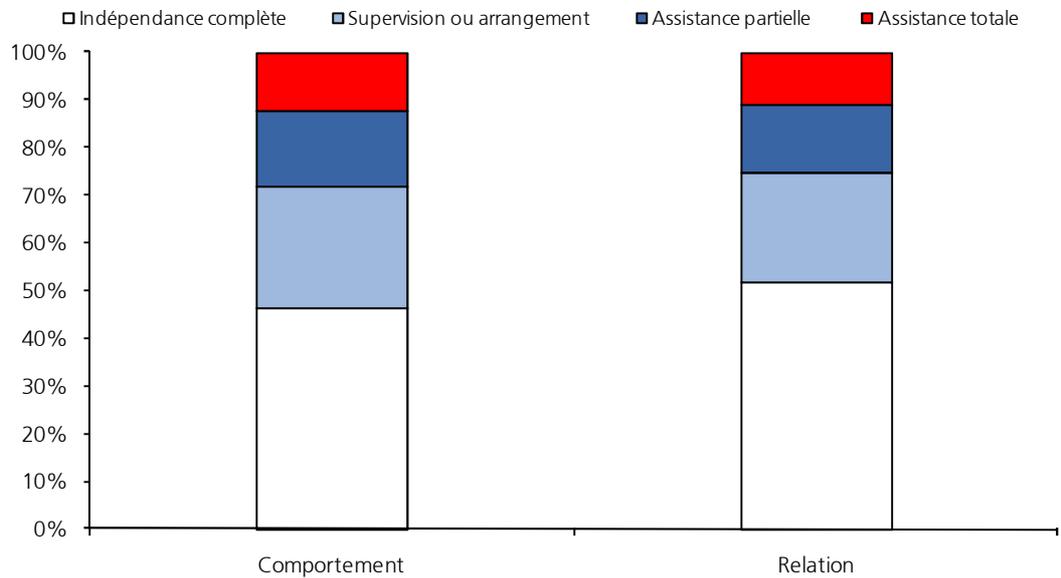
22 157 RHS ont un score cumulé de dépendance supérieur à 12, soit 32,2% de l'ensemble des RHS.

La moyenne des scores de ces personnes très dépendantes est de 14,7 par RHS.

14,3% des RHS sont classés autonomes (score cumulé égal à 4).

## ■ Score : comportement et relation

### Répartition des semaines d'hospitalisation selon le niveau de dépendance des deux variables de dépendance relationnelle



Source : PMSI SSR 2010

Exploitation ORS Bretagne

Le score moyen de ces deux variables de dépendance relationnelle par semaine d'hospitalisation est de 3,8 (sur une échelle allant de 2 à 8).

8 602 RHS ont un score cumulé de dépendance supérieur à 6, soit 12,5% de l'ensemble des RHS.

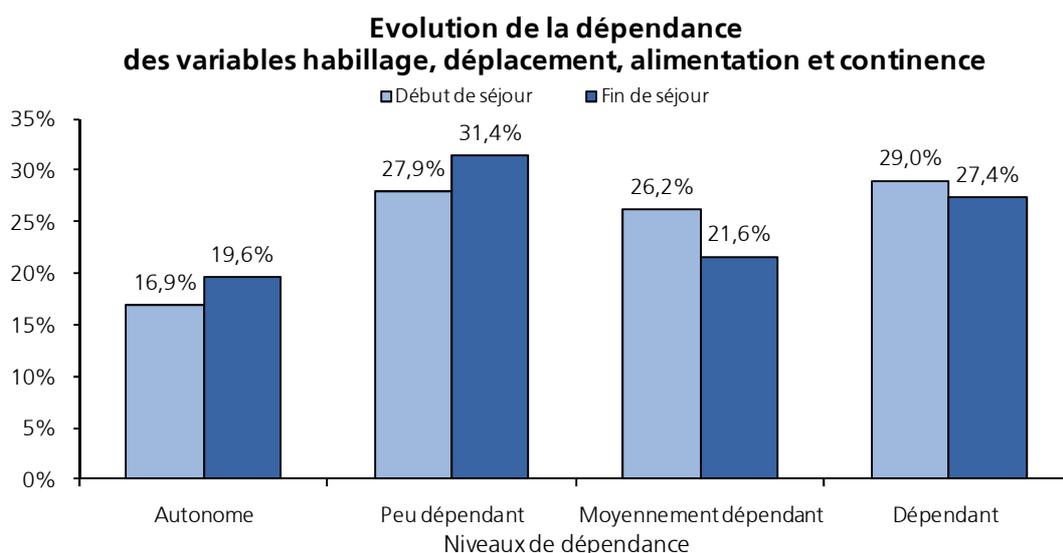
La moyenne des scores de ces personnes très dépendantes est de 7,8 par RHS.

42,8% des RHS sont classés autonomes (score cumulé égal à 2).

# Evolution de la dépendance

L'évolution de la dépendance est mesurée en comparant d'une part le score total des quatre variables de dépendance physique et d'autre part le score total des deux variables de la dépendance relationnelle, pour la première et la dernière semaine d'hospitalisation.

## ■ Habillage, déplacement, alimentation et continence



Source : PMSISSR 2010

Exploitation ORS Bretagne

Quatre classes de dépendance sont déterminées en fonction du score cumulé des quatre variables de dépendance physique : autonome (score de 4), peu dépendant (score de 5 à 8), moyennement dépendant (score de 9 à 12) et dépendant (score de 13 à 16).

### ■ Début de séjour\*

Sur les 12 649 séjours analysés, on relève en première semaine d'hospitalisation un score de dépendance total de 119 925 soit un score moyen de 9,5 qui correspond au profil de patients moyennement dépendants.

### ■ Fin de séjour\*

Pour les mêmes séjours, on relève en dernière semaine un score de dépendance total de 115 067 soit un score moyen de 9,1 qui correspond au profil de patients moyennement dépendants.

La part des séjours de patients autonomes (score de dépendance des quatre premières variables égal à 4) est passée de 16,9% en début de séjour à 19,6% en fin de séjour.

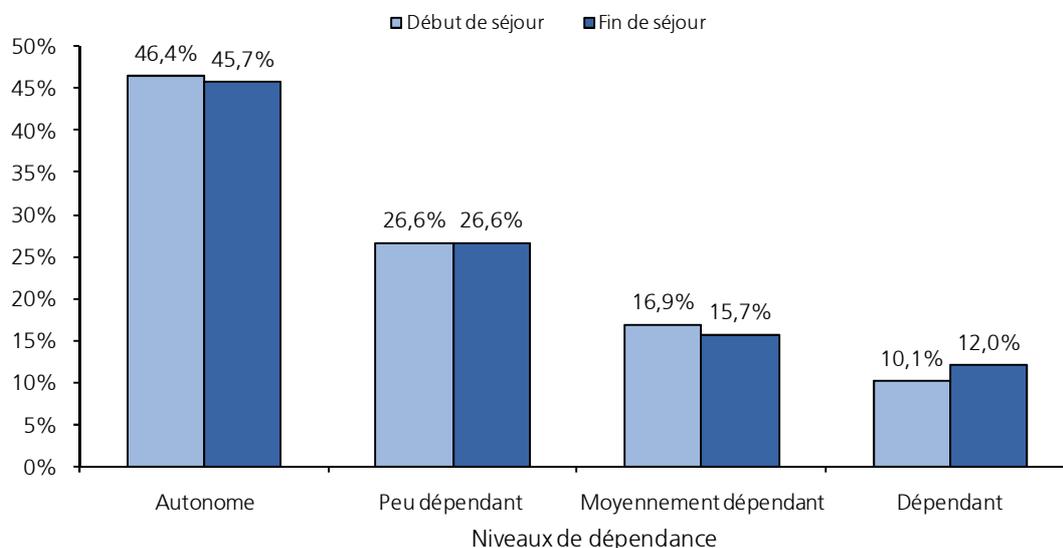
### ■ Au total

L'autonomie des patients pour ces quatre événements s'est légèrement améliorée au cours de leur séjour.

\* Concerne uniquement les séjours complets, entièrement réalisés au cours de l'année.

## ■ Comportement et relation

### Evolution de la dépendance des variables comportement et relation



Source : PMSI SSR 2010

Exploitation ORS Bretagne

Quatre classes de dépendance sont déterminées en fonction du score cumulé des quatre variables de dépendance physique : autonome (score de 2), peu dépendant (score de 3 à 4), moyennement dépendant (score de 5 à 6) et dépendant (score de 7 à 8).

#### ■ *Début de séjour\**

Sur les 12 649 séjours analysés, on relève en première semaine d'hospitalisation un score de dépendance total de 45 968, soit un score moyen de 3,6 qui correspond au profil de patients peu dépendants.

#### ■ *Fin de séjour\**

Pour les mêmes séjours, on relève en dernière semaine un score de dépendance total de 46 831, soit un score moyen de 3,7 qui correspond au profil de patients peu dépendants.

Le nombre de séjours de patients autonomes (score de dépendance des deux dernières variables égal à 2) est passé de 5 870 en début de séjour à 5 781 en fin de séjour.

#### ■ *Au total*

L'autonomie des patients pour ces deux événements est restée stable au cours de leur séjour.

\* Concerne uniquement les séjours complets, entièrement réalisés au cours de l'année.



## **Les séjours d'une durée supérieure ou égale à 30 jours\***

Dans les services de Soins de Suite ou de Réadaptation, 4 140 séjours, soit 32,7% de l'ensemble des séjours, ont une durée de séjour supérieure ou égale à 30 jours.

Ces séjours représentent 32 625 semaines d'hospitalisation et 204 023 journées de soins dispensés, soit 59,9% de l'ensemble des journées réalisées.

La durée moyenne de séjour (DMS)\*\* est de 49,3 jours.  
L'âge moyen de ces patients est de 80,3 ans.

La principale Catégorie Majeure Clinique est la CMC 17 Poursuites de Soins Médicaux Post-Traumatiques, avec 9 364 semaines d'hospitalisation (soit 28,7%).

---

\* Concerne uniquement les séjours complets, entièrement réalisés au cours de l'année.

\*\* DMS : calculée sur les journées de présence à partir des séjours entièrement réalisés au cours de l'année.



# Comparaison de l'activité 2009 et 2010

## ■ Données générales

Le nombre d'établissements est passé de 64 en 2009 à 61 en 2010, entraînant une diminution du nombre de RHS : 69 636 RHS en 2009 et 68 892 RHS en 2010.

La durée moyenne de séjour\* durant ces deux années est restée stable : 27,5 jours en 2009 et 26,9 jours en 2010.

La moyenne d'âge des patients est passée de 78,9 ans en 2009 à 79,3 ans en 2010.

## ■ Mouvements

La part des entrées par mutation d'un autre service de l'établissement a augmenté : 22,3% en 2009 et 25% en 2010.

La part des sorties vers le domicile est passée de 72,9% en 2009 à 74,6% en 2010.

## ■ Morbidité

Les principales évolutions des catégories majeures cliniques\*\* se résument ainsi :

Catégories Majeures Cliniques	Année 2009	Année 2010
CMC 17 Poursuites de soins médicaux post-traumatique	21,2%	21,8%
CMC 12 Poursuite de soins médicaux neuro-musculaires	13,0%	13,9%
CMC 15 Poursuites de soins médicaux viscéral	10,5%	11,4%
CMC 13 Poursuite de soins médicaux santé mentale	9,4%	9,2%
CMC 16 Poursuites de soins médicaux rhumato/orthopédique	9,3%	9,2%

Source : PMSI SSR 2010

Exploitation ORS Bretagne

La répartition des principales catégories majeures cliniques a peu évolué entre 2009 et 2010 : la CMC 17 « Poursuites de soins médicaux post-traumatique » reste majoritaire, représentant environ 22% des semaines d'hospitalisation.

Le nombre moyen de Diagnostic Associés Significatifs par RHS est passé de 4,2 en 2009 à 4,7 en 2010.

Le nombre total d'actes médicaux recueillis a augmenté : 13 245 actes en 2009 et 14 030 actes en 2010.

\* DMS : calculée sur les journées de présence à partir des séjours en hospitalisation complète, entièrement réalisés au cours de l'année.

\*\* En 2010, la CMC 11 Poursuite de Soins médicaux cardio-vasculaires/respiratoires est remplacée par les CMC 01 Affections de l'appareil respiratoire et 02 Affections de l'appareil circulatoire.

