

Juillet 2010

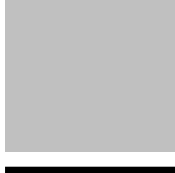
**HOPITAUX DE PROXIMITÉ,
ex-hôpitaux locaux
ENSEMBLE**

**Activité de Médecine
Année 2009**

HOPITAUX DE PROXIMITE, EX-HOPITAUX LOCAUX

**Résultat du Programme de
Médicalisation des Systèmes
d'Information (P.M.S.I.)
Projet commun à 58 hôpitaux
de France**

**Activité de Médecine
Année 2009**

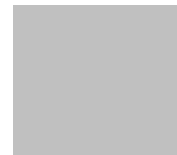


Rapport réalisé à la demande des hôpitaux participant au système d'information de l'ORS Bretagne

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 2009 par les médecins et le personnel des établissements, qu'ils en soient remerciés.

Il a été rédigé à l'ORS Bretagne sous la responsabilité de Jilali ZITOUNI en collaboration avec Patricia FRASLIN, Emmanuelle PAUSE et Dominique SENE.

Juin 2010



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 de Séjour des services de Médecine.

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 et 58 hôpitaux locaux ont participé, en 2009, 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 trimestriels et son propre rapport annuel d'activité, ainsi qu'un rapport de présentation de l'activité de l'ensemble des établissements réunis.

Sommaire

INTRODUCTION	7
PRESENTATION DES ETABLISSEMENTS PARTICIPANT AU SYSTEME D'INFORMATION	9
LA POPULATION HOSPITALISEE	11
Age des patients hospitalisés	11
Répartition des modes d'entrée et modes de sortie	12
Provenance des patients	13
L'ACTIVITE MEDICALE	15
Variation mensuelle du nombre de sorties	15
Durée Moyenne de Séjour	16
Durée Moyenne de Séjour selon l'âge	17
Durée Moyenne de Séjour selon les principales catégories majeures de diagnostics	17
L'activité médicale par Catégorie Majeure de Diagnostics (C.M.D.)	18
Répartition des CMD selon le nombre d'hospitalisations	18
Répartition des CMD selon la valorisation des GHS	19
Principales catégories majeures de diagnostics	20
L'activité médicale par Groupe Homogène de Séjours (GHS)	23
Répartition des GHS selon le nombre d'hospitalisations	23
Le classement des GHS	24
Principaux groupes homogènes de séjours	24
La classification des GHM	25
Le niveau de sévérité des GHM	26
L'activité Médicale par Diagnostic	27
Les Diagnostics Principaux les plus fréquents	27
Les Diagnostics Reliés les plus fréquents	27
Les Diagnostics Associés Significatifs les plus fréquents	28
Les Actes Médicaux	28
Les séjours d'une durée supérieure ou égale à 30 jours	29
COMPARAISON DE L'ACTIVITE 2008 ET 2009	31
Données générales	31
Mouvements	31
Catégories Majeures de Diagnostics	31
ACTIVITE EN SOINS PALLIATIFS	33
Activité médicale	33
Comparaison de l'activité 2008-2009	33

EVOLUTION DE L'ACTIVITE MEDICALE ENTRE 1990 ET 2009

35

Durée Moyenne de Séjour

35

Les modes d'entrée et de sortie

37

L'âge de la population hospitalisée

38

Les principales Catégories Majeures de Diagnostics

39

ANNEXES

GLOSSAIRE



Introduction

Dans le cadre du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) des activités de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO), les hôpitaux de proximité sont amenés à produire des Résumés de Sorties Standardisés (RSS), afin de procéder à l'analyse médico-économique de l'activité de soins réalisée en leur sein.

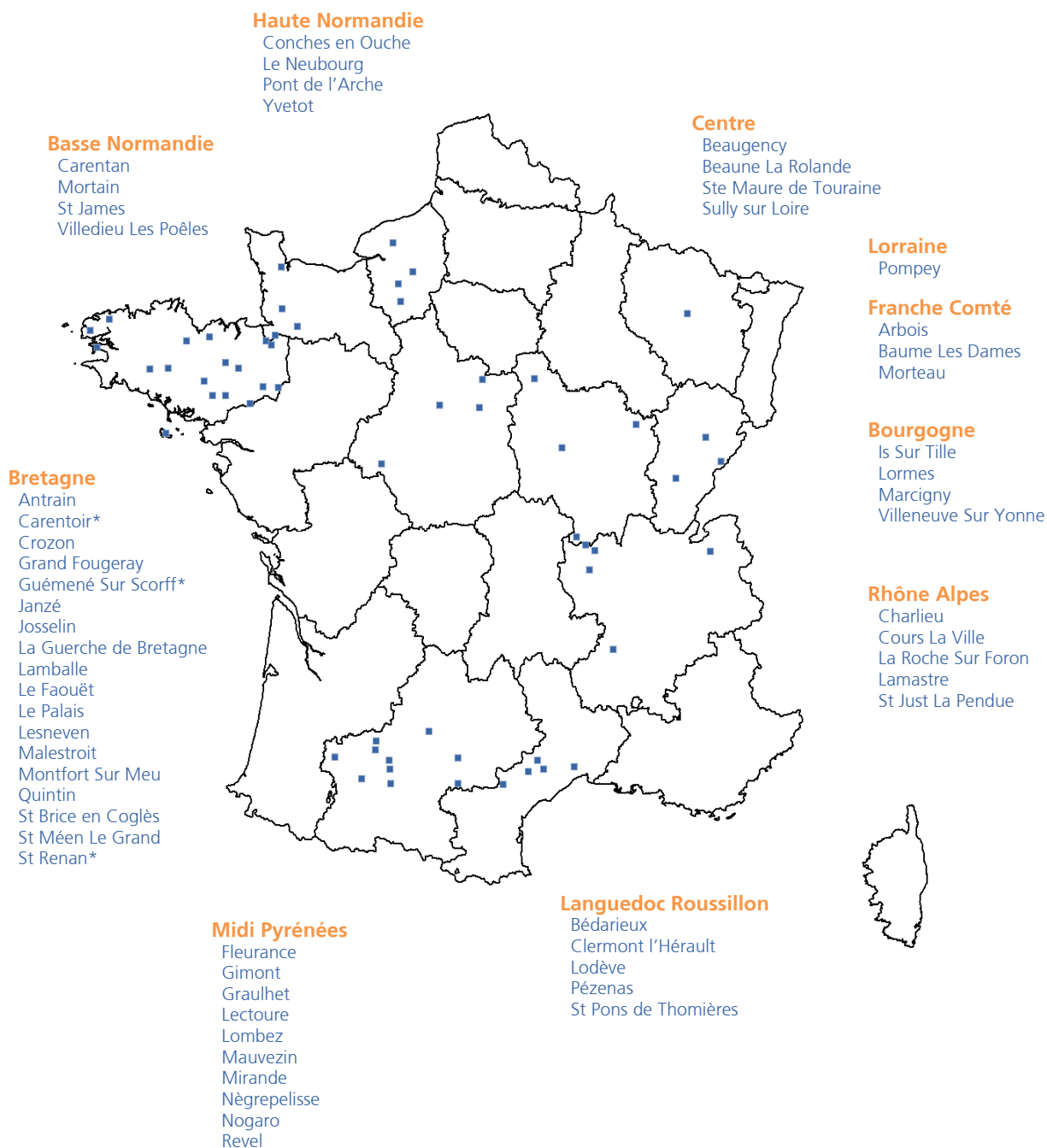
Le PMSI-MCO est un outil de description médico-économique de l'activité de court séjour, et par là même un outil d'allocation de moyens. En effet, selon le PMSI-MCO, les établissements de santé produisent des séquences de prises en charge diagnostiques et thérapeutiques consommant à peu près les mêmes ressources et correspondant à des classes médico-économiques. A chacune de ces classes appelées Groupes Homogènes de Malades (GHM) est attribué un coût. Il est donc important pour l'établissement de réaliser un recueil des données du PMSI-MCO exhaustif et de qualité afin de décrire et de valoriser son activité.

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 des résultats de leurs interventions et de leur travail tout au long de l'année 2009.

Ce rapport est une description précise et une analyse fine de l'activité de Médecine des hôpitaux participant au système d'information de l'ORS en 2009.

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 participant au système d'information de l'ORS Bretagne dans le cadre du PMSI Médecine en 2009



Source : Déclaration 2009 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 2009, 58 hôpitaux ont confié à l'ORS Bretagne l'exploitation de leurs informations issues du programme de Médicalisation des Systèmes d'Information. Ils représentent globalement un ensemble de 853 lits de Médecine, soit en moyenne 15 lits de Médecine par établissement.

Nombre de lits selon l'activité

	Médecine	Soins de Suite ou de Réadaptation	Longue durée	Cure médicale	Maison de retraite, foyer logement, EHPAD	Soins infirmiers à domicile	Autres	TOTAL
Région Basse-Normandie								
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
Région Bourgogne								
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	60	3	289
Région Bretagne								
Antrain (35)	12	52	67	-	100	27	-	258
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	22	-	236
Janze (35)	20	20	-	-	149	-	-	189
Josselin (56)	13	12	-	-	231	38	16	310
La Guerche de Bretagne (35)	30	10	-	-	270	-	4	314
Lamballe (22)	22	20	80	-	180	70	18	390
Le Faouet (56)	15	25	-	-	149	30	1	220
Le Palais (56)	12	15	40	-	61	41	80	249
Lesneven (29)	15	33	-	-	256	-	4	308
Malestroit (56)	8	20	77	-	-	67	4	176
Montfort sur Meu (35)	11	27	93	-	75	42	-	248
Quintin (22)	18	12	-	-	198	-	-	228
Saint Brice-en-Coglès (35)	12	11	-	-	123	-	-	146
Saint Méen-le-Grand (35)	20	40	80	15	80	57	-	292
Saint Renan* (29)	34	29	30	-	144	-	-	237
Région Centre								
Beaune La Rolande (45)	10	-	50	-	142	-	-	202
Beaugency (45)	15	10	-	-	198	-	-	223
Ste Maure de Touraine (37)	14	-	-	-	254	55	-	323
Sully sur Loire (45)	11	9	-	-	200	-	17	237

* voir p8

	Médecine	Soins de Suite ou de Réadaptation	Longue durée	Cure médicale	Maison de retraite, foyer logement, EHPAD	Soins infirmiers à domicile	Autres	TOTAL
Région Franche-Comté								
Arbois (39)	8	17	-	-	116	-	7	148
Beaume-les-Dames (25)	10	28	20	-	120	-	5	183
Morteau (25)	20	20	30	-	94	40	10	214
Région Haute-Normandie								
Conches en Ouche (27)	7	5	-	-	95	35	-	142
Le Neubourg (27)	10	5	30	-	170	50	12	277
Pont de l'Arche (27)	8	-	-	-	78	20	-	106
Yvetot (76)	15	11	-	-	202	-	2	230
Région Languedoc-Roussillon								
Bédarieux (34)	20	20	30	-	88	50	-	208
Clermont l'Hérault (34)	17	11	30	-	90	41	10	199
Lodève (34)	22	18	100	-	68	45	-	253
Pézenas (34)	27	-	28	-	176	-	10	241
Saint Pons de Thomières (34)	10	35	30	-	113	25	5	218
Région Lorraine								
Pompey (54)	10	21	36	-	285	40	20	412
Région Midi-Pyrénées								
Fleurance (32)	20	5	-	-	105	30	10	170
Gimont (32)	15	15	30	-	157	27	3	247
Graulhet (81)	18	15	-	-	141	-	-	174
Lectoure (32)	11	22	80	-	79	35	9	236
Lombez (32)	28	30	30	-	136	33	-	257
Mauvezin (32)	15	15	-	-	62	21	-	113
Mirande (32)	10	10	-	-	133	30	-	183
Negrepelisse (82)	15	13	-	-	121	37	-	186
Nogaro (32)	15	20	30	-	125	33	-	223
Revel (31)	15	36	61	-	102	35	2	251
Région Rhône-Alpes								
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
Lamastre (07)	12	27	-	-	112	36	-	187
Saint Just La Pendue (42)	8	4	-	-	82	-	8	102
TOTAL	853	981	1 112	15	7 876	1 583	283	12 703

Source : déclaration des établissements au 1^{er} janvier 2009.

Ce présent rapport décrit l'activité des services de Médecine.

La population hospitalisée

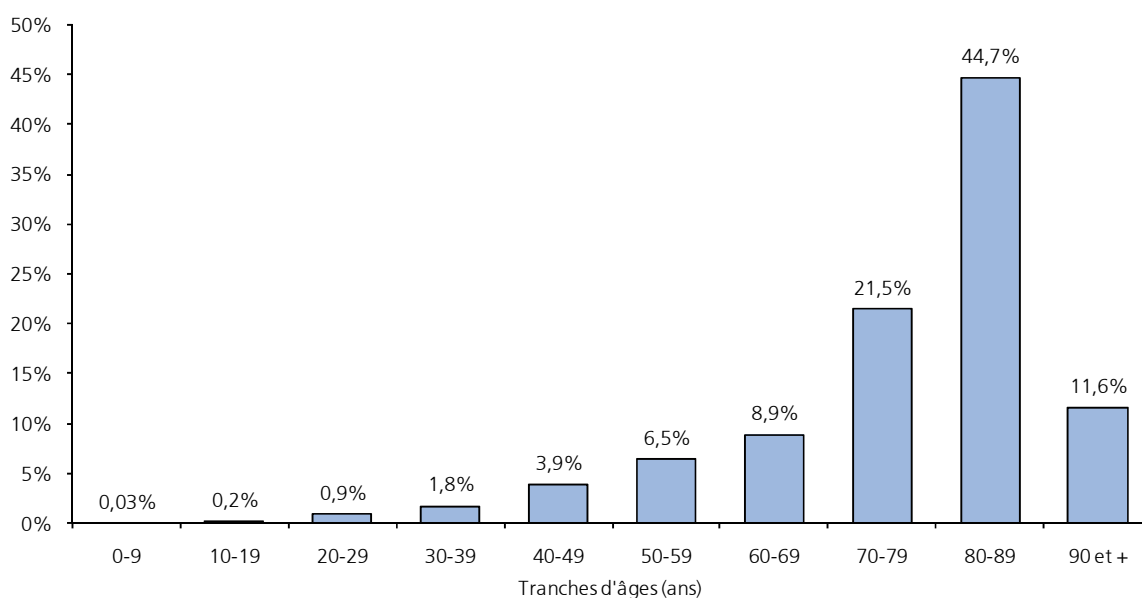
Au cours de l'année 2009, les 58 hôpitaux locaux ont réalisé 15 333 séjours (*) en service de Médecine.

La population hospitalisée est composée de 8 647 femmes et de 6 686 hommes, soit respectivement 56,4% et 43,6% de l'effectif global.

■ L'âge des patients hospitalisés

L'âge moyen des personnes hospitalisées est de 76,9 ans. L'âge moyen des femmes est de 79,8 ans et celui des hommes de 73,1 ans.

Répartition des hospitalisés selon les tranches d'âges



Source : PMSIMCO 2009

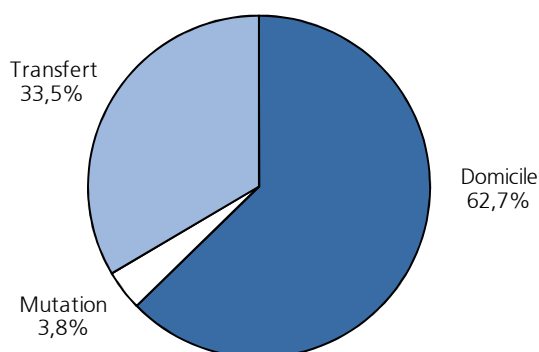
Exploitation ORS Bretagne

Les 2/3 des hospitalisés sont représentés dans les tranches d'âges des 70-79 ans et des 80-89 ans.

* Les séjours sont décomptés à la date de la sortie du séjour.
Les séjours débutés l'année précédente et terminés l'année en cours sont comptés.
Les séjours débutés l'année en cours et non terminés avant le 31/12 ne sont pas comptés.

■ Répartition des modes d'entrée et de sortie*

Modes d'entrées

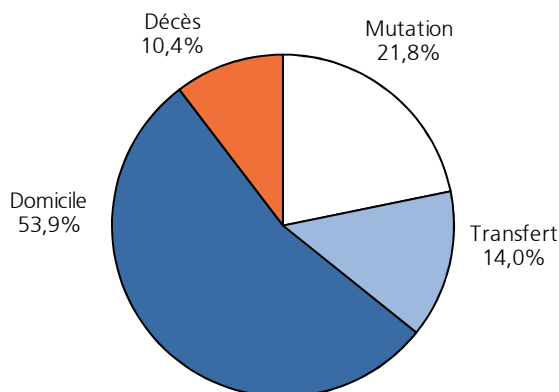


Source : PMSIMCO 2009

Exploitation ORS Bretagne

Les entrées en provenance du domicile (y compris domicile collectif) représentent 62,7% des hospitalisations. 33,5% des entrées sont des transferts externes en provenance d'autres établissements, et pour l'essentiel d'une unité de soins de courte durée. Concernant les entrées en provenance du domicile, 63,1% des hospitalisés retournent à leur domicile, 17,5% sont mutés vers un autre service de l'établissement et 12,1% sont transférés vers un autre établissement.

Modes de sorties



Source : PMSIMCO 2009

Exploitation ORS Bretagne

Les sorties sont des retours au domicile (y compris domicile collectif) pour 53,9% des hospitalisations. 21,8% des sorties sont des mutations internes vers un autre service de l'établissement et essentiellement des mutations vers les services de Soins de suite ou de Réadaptation. 14% des sorties sont des transferts externes vers d'autres établissements et pour l'essentiel vers une unité de soins de courte durée.

Au cours de l'année 2009, 1 589 décès, soit 10,4% des hospitalisations, sont survenus dans les services de médecine.

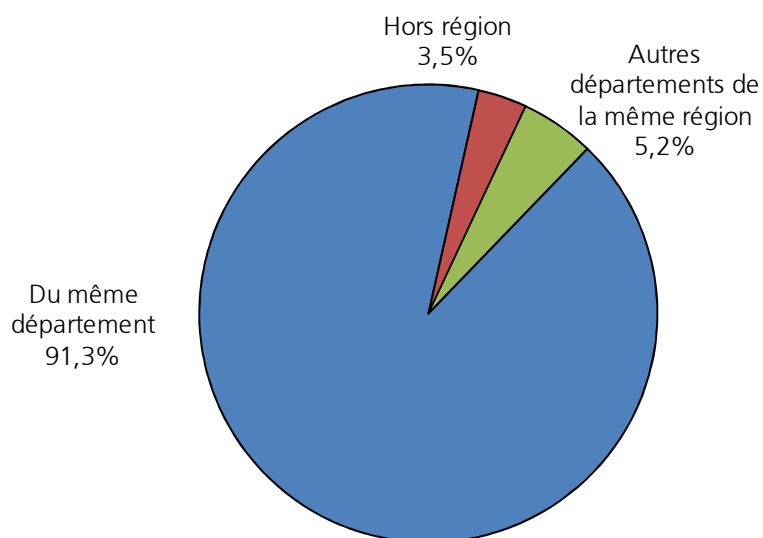
* A partir du 1^{er} mars 2009, la provenance/destination hospitalisation à domicile est associée au mode d'entrée/sortie mutation ou transfert, et non plus domicile.

■ Provenance des patients

La zone de recrutement de chaque établissement est étudiée à partir du code géographique de résidence du patient mentionné dans le Résumé de Sortie Anonyme (RSA).

Le code géographique PMSI 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 des patients



Source : PMSI SSR 2009

Exploitation ORS Bretagne

Sur les 15 333 hospitalisations, 13 999 séjours, soit 91,3%, concernent des patients hospitalisés dans leur département de domicile.

Les 1 334 séjours restants (8,7%) se répartissent comme suit :

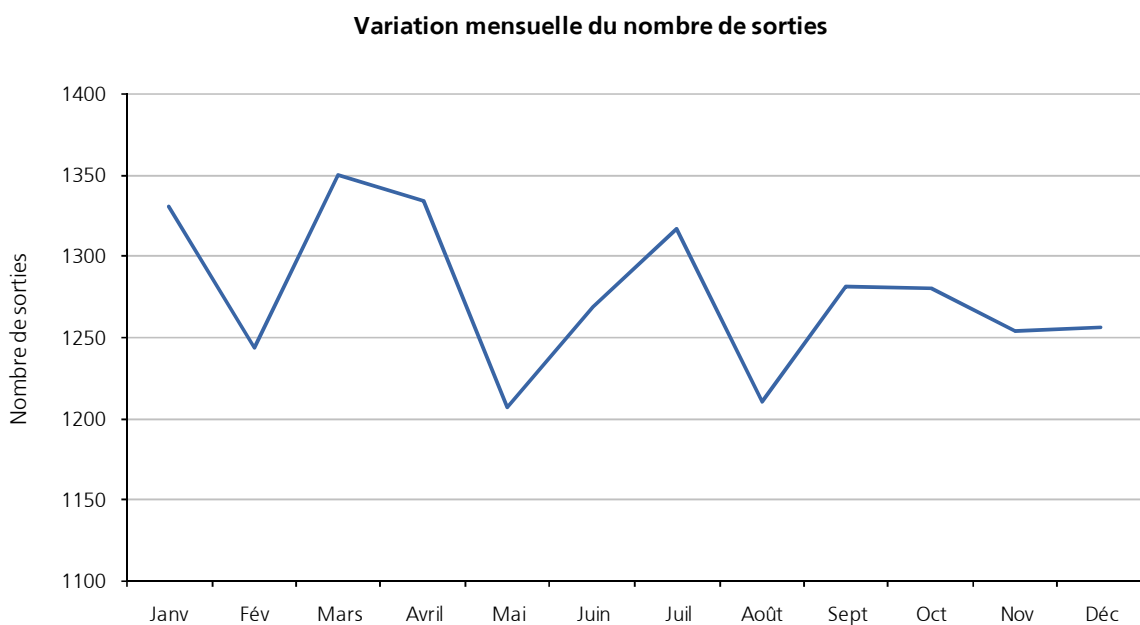
- 803 patients hospitalisés, soit 5,2%, dans un département de la région autre que celui où ils sont domiciliés,
- 531 patients hospitalisés, soit 3,5%, dans une autre région que celle de leur domicile.

L'activité médicale

■ Variation mensuelle du nombre de sorties

En moyenne, on dénombre 1 278 sorties par mois.

Le nombre minimum de sorties est observé au mois de Mai avec 1 207 sorties et le nombre maximum est observé au mois de Mars avec 1 351 sorties.



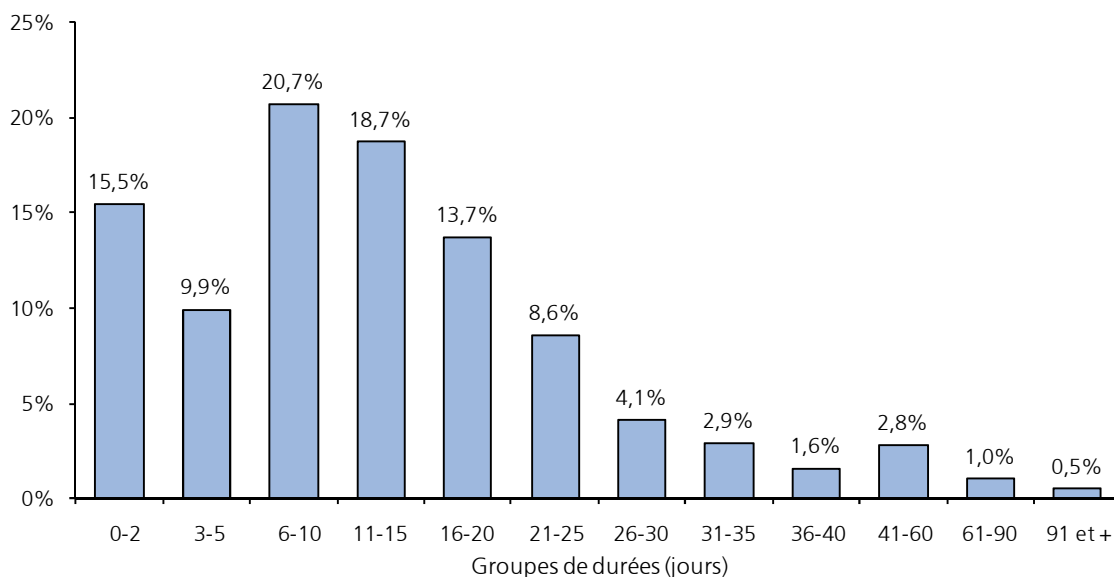
Source : PMSIMCO 2009

Exploitation ORS Bretagne

■ Durée Moyenne de Séjour

Les 58 hôpitaux ont réalisé 15 333 séjours. Le nombre de journées d'hospitalisation hors séjours de [0-2] jours est de 219 082 journées. La durée moyenne des séjours (DMS) hors séjours de [0-2] jours est de 16,9 jours. La DMS hors séjours de [0-2] jours et hors Soins Palliatifs est de 16,2 jours.

Répartition des séjours selon la durée de séjour



Source : PMSIMCO 2009

Exploitation ORS Bretagne

Les établissements ont réalisé 2 374 séjours de [0-2] jours, soit 15,5% du nombre total de séjours. 46,1% de l'ensemble des séjours ont une durée inférieure ou égale à 10 jours. La proportion des hospitalisations d'une durée supérieure à un mois équivaut à 8,8% de la totalité des séjours.

■ *Durée Moyenne de Séjour selon l'âge*

La Durée Moyenne de Séjour (DMS) hors séjours de [0-2] jours est de 16,9 jours.

Répartition des séjours selon l'âge et la DMS (en jours)

Age	<= 49	50-59	60-69	70-79	80-89	90 et +
Nombre de séjours de [0-2] jours	411	378	405	457	587	136
Nombre de séjours hors [0-2] jours	631	612	963	2839	6268	1646
Nombre de décès	22	64	119	370	765	249
DMS hors séjours de [0-2] jours	16,6	16,8	17,5	16,9	17,0	16,5

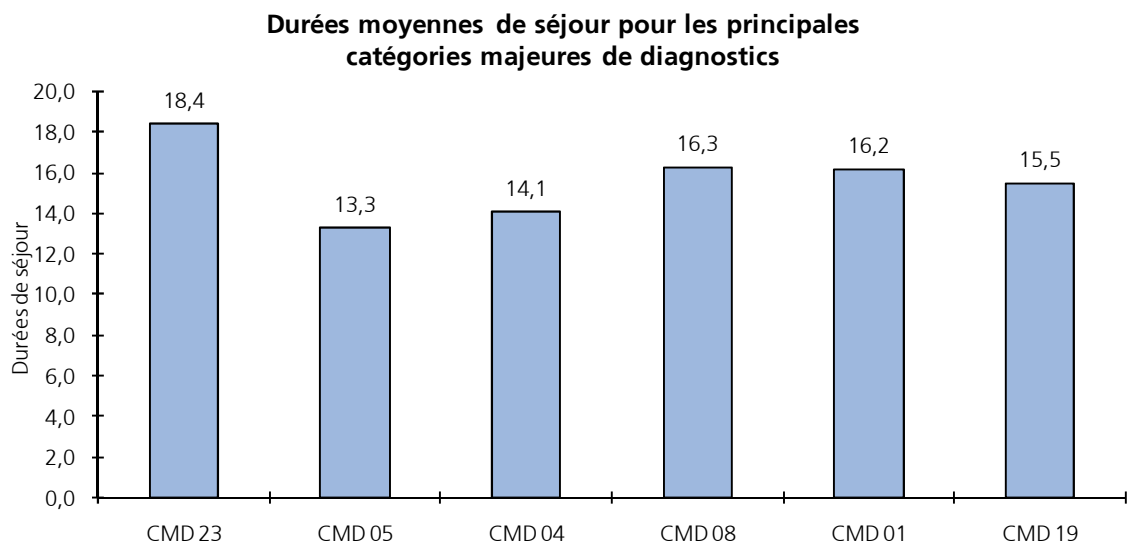
Source : PMSI MCO 2009

Exploitation ORS Bretagne

La Durée Moyenne de Séjour évolue peu entre les différentes tranches d'âges.

■ *Durée Moyenne de Séjour selon les principales catégories majeures de diagnostics*

La DMS par Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD) varie de 13,3 jours pour la CMD 05 Affections de l'appareil circulatoire à 18,4 jours pour la CMD 23 facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours au service de santé.



Source : PMSIMCO 2009

Principales CMD

Exploitation ORS Bretagne

(1) Dans les tranches d'âges à faible effectif, les DMS hors séjours de [0-2] jours sont calculées à titre indicatif, elles ne sont pas représentatives dans ces tranches d'âges.

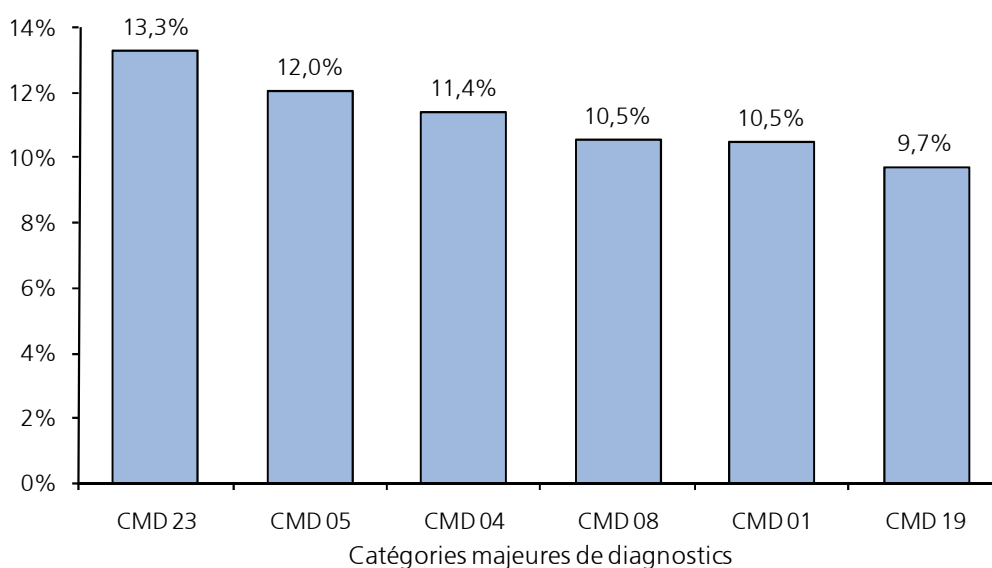
■ L'activité médicale par Catégorie Majeure de Diagnostics (C.M.D.)

L'activité médicale de Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO) est classée en 28 catégories majeures de diagnostics (CMD). Les CMD résultent d'une classification médicale. Chaque séjour est classé dans une seule CMD et dans un seul Groupe Homogène de Malades (GHM) selon les données médicales recueillies au cours du séjour. Les CMD sont subdivisées en plusieurs GHM selon le diagnostic et/ou les actes effectués.

■ *Répartition des CMD selon le nombre d'hospitalisations*

Six Catégories Majeures de Diagnostics (CMD) forment 67,5% des hospitalisations. La CMD 23 Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours au service de santé est la plus représentée. Elle concerne 13,3% des séjours.

Répartition des hospitalisations selon les principales catégories majeures de diagnostics



Source : PMSIMCO 2009

Exploitation ORS Bretagne

CMD 23 Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours au service de santé
CMD 05 Affections de l'appareil circulatoire
CMD 04 Affections de l'appareil respiratoire
CMD 08 Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif
CMD 01 Affections du système nerveux
CMD 19 Maladies et troubles mentaux

■ Répartition des CMD selon la valorisation des GHS

Chaque Groupe Homogène de Malades (GHM) appartient à une seule Catégorie Majeure de Diagnostic (CMD). La classification en GHM repose sur le classement de la totalité des séjours réalisés dans les établissements de soins de court séjour en un nombre limité de groupes de séjours, dits Groupes Homogènes de Malades (GHM), présentant une similitude médicale et un coût voisin. Chaque séjour est classé dans un seul GHM en fonction des informations médico-administratives contenues dans le Résumé de Sortie Standardisé (RSS).

La tarification à l'activité (T2A) est un moyen d'allocation de ressource basé, pour partie, sur la rémunération «forfaitaire» d'une activité médicale décrite à travers les GHM dans le champ MCO. Le Groupe Homogène de Séjour (GHS) est la donnée facturable du GHM. Le GHS correspond à un forfait de séjour et de soins (exprimé en euros) pour lesquels les moyens techniques, matériels et humains sont pris en compte pour la prise en charge du patient.

Les 15 333 Résumés de Sortie Anonymes analysés représentent **65 922 407 euros** selon la valorisation des GHS.

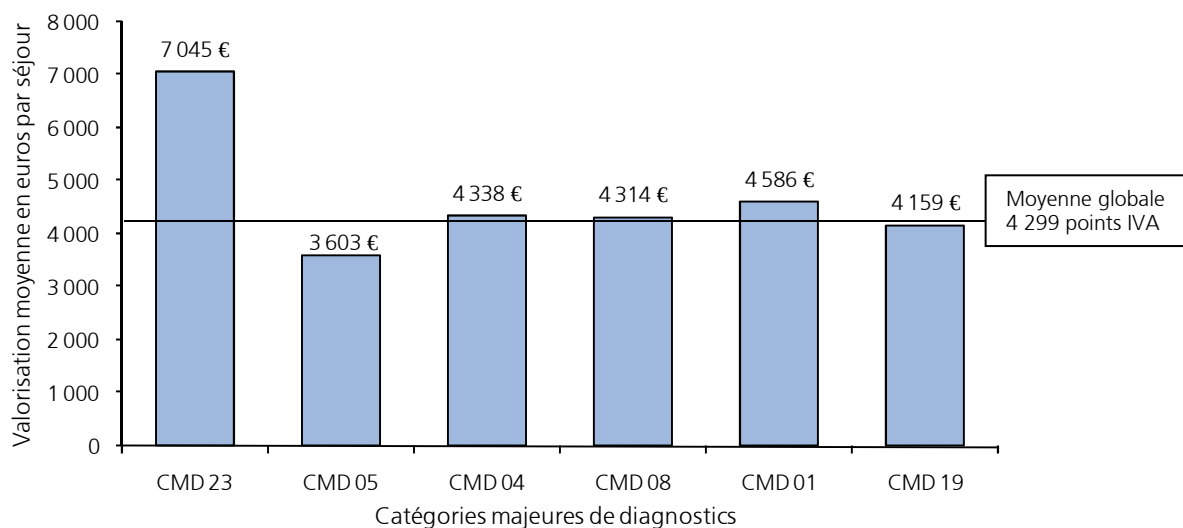
La valorisation moyenne par séjour est de **4 299 euros**.

Le graphique ci-dessous présente la valorisation économique des 6 principales CMD, énumérées précédemment. Cette valorisation économique est calculée en fonction de la production médicale moyenne par CMD réalisée dans les établissements.

Ces 6 principales CMD représentent 49 107 294 euros, soit 74,5% de l'activité globale des établissements.

La valorisation moyenne du GHM varie pour les principales CMD de 3 603 euros à 7 045 euros.

Répartition des principales catégories majeures de diagnostics selon leur valorisation économique



Source : PMSIMCO 2009

Exploitation ORS Bretagne

CMD 23 Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours au service de santé
CMD 05 Affections de l'appareil circulatoire
CMD 04 Affections de l'appareil respiratoire
CMD 08 Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif
CMD 01 Affections du système nerveux
CMD 19 Maladies et troubles mentaux

■ **Principales Catégories Majeures de Diagnostics**

● **CMD 23 Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours au service de santé**

2 034 hospitalisations ont été réalisées dans la CMD 23. La durée moyenne de séjour est de 18,4 jours. L'âge moyen des patients est de 78,4 ans. Le nombre de décès est de 914. Les 2 034 séjours de cette CMD représentent 14 330 209 €, soit une valorisation moyenne par séjour de 7 045 €.

Les groupes homogènes de malades (GHM) les plus fréquents dans cette CMD sont :

- GHM 23Z02Z Soins Palliatifs, avec ou sans acte dans un lit dédié aux Soins Palliatifs : 668 séjours,
- GHM 23Z02Z Soins Palliatifs, avec ou sans acte : 469 séjours,
- GHM 23M20Z Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23 : 351 séjours,
- GHM 23Z02Z Soins palliatifs, avec ou sans acte dans un lit dédié aux Soins Palliatifs : 124 séjours,
- GHM 23Z02Z Soins palliatifs, avec ou sans acte : 107 séjours.

Dans cette CMD, les diagnostics principaux d'entrée les plus fréquents sont :

- Z515 Soins palliatifs,
- R53+0 Altération [baisse] de l'état général,
- R53+2 Fatigue,
- Z000 Examen médical général,
- R53+1 Malaise.

● **CMD 05 Affections de l'appareil circulatoire**

1 847 hospitalisations ont été réalisées dans la CMD 05. La durée moyenne de séjour est de 13,3 jours. L'âge moyen des patients est de 82,1 ans. Le nombre de décès est de 108. Les 1 847 séjours de cette CMD représentent 6 655 333 €, soit une valorisation moyenne par séjour de 3 603 €.

Les groupes homogènes de malades (GHM) les plus fréquents dans cette CMD sont :

- GHM 05M092 Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire, niveau 2 : 196 séjours,
- GHM 05M091 Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire, niveau 1 : 150 séjours,
- GHM 05M093 Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire, niveau 3 : 134 séjours,
- GHM 05M123 Troubles vasculaires périphériques, niveau 3 : 129 séjours,
- GHM 05M09W Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire avec CMA. : 71 séjours.

Dans cette CMD, les diagnostics principaux d'entrée les plus fréquents sont :

- I500 Insuffisance cardiaque congestive,
- I48 Fibrillation et flutter auriculaires,
- I501 Insuffisance ventriculaire gauche,
- I110 Cardiopathie hypertensive, avec insuffisance cardiaque (congestive),
- I702 Athérosclérose des artères distales.

• ***CMD 04 Affections de l'appareil respiratoire***

1 749 hospitalisations ont été réalisées dans la CMD 04. La durée moyenne de séjour est de 14,1 jours. L'âge moyen des patients est de 81,2 ans. Le nombre de décès est de 168. Les 1 749 séjours de cette CMD représentent 7 587 264 €, soit une valorisation moyenne par séjour de 4 338 €.

Les groupes homogènes de malades (GHM) les plus fréquents dans cette CMD sont :

- GHM 04M053 Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans, niveau 3 : 198 séjours,
- GHM 04M052 Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans, niveau 2 : 119 séjours,
- GHM 04M05W Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans avec CMA : 103 séjours,
- GHM 04M082 Bronchopneumopathies chroniques, niveau 2 : 78 séjours,
- GHM 04M054 Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans, niveau 4 : 77 séjours.

Dans cette CMD, les diagnostics principaux d'entrée les plus fréquents sont :

- J180 Bronchopneumopathie, sans précision,
- J188 Autres pneumopathies, micro-organisme non précisé,
- J81 Oedème pulmonaire,
- J209 Bronchite aiguë, sans précision,
- J189 Pneumopathie, sans précision.

• ***CMD 08 Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif***

1 617 hospitalisations ont été réalisées dans la CMD 08. La durée moyenne de séjour est de 16,3 jours. L'âge moyen des patients est de 79,3 ans. Le nombre de décès est de 19. Les 1 626 séjours de cette CMD représentent 6 975 755 €, soit une valorisation moyenne par séjour de 4 314 €.

Les groupes homogènes de malades (GHM) les plus fréquents dans cette CMD sont :

- GHM 08M252 Fractures pathologiques et autres tumeurs malignes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif, niveau 2 : 79 séjours,
- GHM 08M042 Fractures de la hanche et du bassin, niveau 2 : 78 séjours,
- GHM 08M291 Autres pathologies rachidiennes relevant d'un traitement médical, niveau 1 : 70 séjours,
- GHM 08M36Z Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 08 : 65 séjours,
- GHM 08M251 Fractures pathologiques et autres tumeurs malignes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif, niveau 1 : 61 séjours.

Dans cette CMD, les diagnostics principaux d'entrée les plus fréquents sont :

- S7200 Fracture fermée du col du fémur,
- S3280 Fracture fermée de parties autres et non précisées du rachis lombaire et du bassin,
- S4220 Fracture fermée de l'extrémité supérieure de l'humérus,
- M5456 Lomalgie basse - Région lombaire,
- M4855 Tassement vertébral, non classé ailleurs - Région dorso-lombaire.

• **CMD 01 Affections du système nerveux**

1 607 hospitalisations ont été réalisées dans la CMD 01. La durée moyenne de séjour est de 16,2 jours. L'âge moyen des patients est de 79 ans. Le nombre de décès est de 98. Les 1 607 séjours de cette CMD représentent 7 369 959 €, soit une valorisation moyenne par séjour de 4 586 €.

Les groupes homogènes de malades (GHM) les plus fréquents dans cette CMD sont :

- GHM 01M34Z Anomalies de la démarche d'origine neurologique : 220 séjours,
- GHM 01M072 Maladies dégénératives du système nerveux, âge supérieur à 79 ans, niveau 2 : 109 séjours,
- GHM 01M073 Maladies dégénératives du système nerveux, âge supérieur à 79 ans, niveau 3 : 98 séjours,
- GHM 01M071 Maladies dégénératives du système nerveux, âge supérieur à 79 ans, niveau 1 : 75 séjours,
- GHM 01M082 Maladies dégénératives du système nerveux, âge inférieur à 80 ans, niveau 2 : 69 séjours.

Dans cette CMD, les diagnostics principaux d'entrée les plus fréquents sont :

- R296 Chutes à répétition, non classées ailleurs,
- I64 Accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus,
- G301 Maladie d'Alzheimer à début tardif,
- G20 Maladie de Parkinson,
- G309 Maladie d'Alzheimer, sans précision.

• **CMD 19 Maladies et troubles mentaux**

1 488 hospitalisations ont été réalisées dans la CMD 19. La durée moyenne de séjour est de 15,5 jours. L'âge moyen des patients est de 78,5 ans. Le nombre de décès est de 44. Les 1 488 séjours de cette CMD représentent 6 188 773 €, soit une valorisation moyenne par séjour de 4 159 €.

Les groupes homogènes de malades (GHM) les plus fréquents dans cette CMD sont :

- GHM 19M061 Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge supérieur à 79 ans, niveau 1 : 156 séjours,
- GHM 19M062 Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge supérieur à 79 ans, niveau 2 : 150 séjours,
- GHM 19M063 Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge supérieur à 79 ans, niveau 3 : 99 séjours,
- GHM 19M112 Névroses dépressives, niveau 2 : 87 séjours,
- GHM 19M072 Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge inférieur à 80 ans, niveau 2 : 80 séjours.

Dans cette CMD, les diagnostics principaux d'entrée les plus fréquents sont :

- F412 Trouble anxieux et dépressif mixte,
- F3210 Épisode dépressif moyen sans syndrome somatique,
- R54+0 Syndrome de glissement (sénile),
- F001 Démence de la maladie d'Alzheimer, à début tardif (G30.1),
- F322 Épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques.

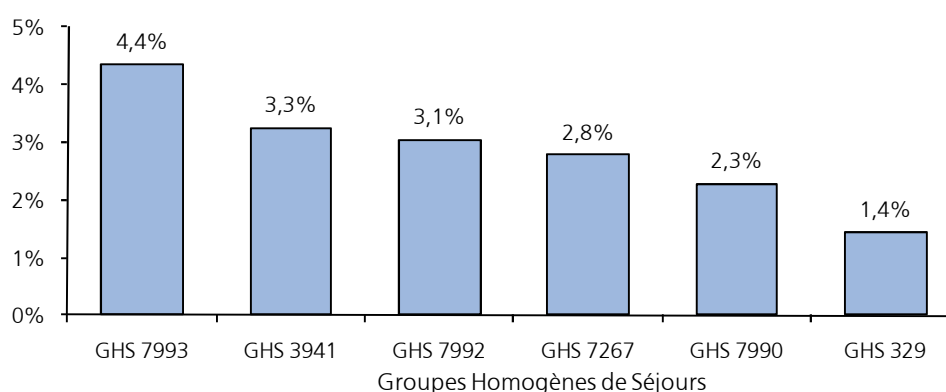
■ L'activité médicale par Groupe Homogène de Séjour (G.H.S.)

■ Répartition des GHS selon le nombre d'hospitalisations

L'activité médicale des établissements est diversifiée. 932 Groupes Homogènes de Séjours définissent la totalité de l'activité.

Les 6 principaux Groupes Homogènes de Séjours représentent 17,3% des hospitalisations. Le GHM 7993 Soins Palliatifs, avec ou sans acte dans un lit dédié aux Soins Palliatifs est le plus fréquent. Il représente 4,4% de l'activité médicale des établissements.

Répartition des hospitalisations selon les principaux Groupes Homogènes de Séjours



Source : PMSIMCO 2009

Exploitation ORS Bretagne

GHS 7993 Soins Palliatifs, avec ou sans acte dans un lit dédié aux Soins Palliatifs
GHS 3941 Autres maladies métaboliques congénitales, niveau 1
GHS 7992 Soins Palliatifs, avec ou sans acte
GHS 7267 Ethylisme avec dépendance, niveau 1
GHS 7990 Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23
GHS 329 Anomalies de la démarche d'origine neurologique

■ ***Le classement des GHS***

Selon le classement des GHS par fréquence décroissante de séjours, plus de 50% de l'activité est représentée par 68 GHS.

■ ***Principaux Groupes Homogènes de Séjours***

● ***GHS 7993 - GHM 23Z02Z : Soins Palliatifs, avec ou sans acte dans un lit dédié aux Soins Palliatifs***

668 séjours, soit 14 424 journées d'hospitalisation, ont été réalisés dans ce GHS. La durée moyenne de séjour est de 21,6 jours. L'âge moyen est de 76,7 ans. 421 patients sont décédés. Selon les tarifs de référence nationaux, la valorisation totale de ce GHS est de 6 769 260 euros.

● ***GHS 3941 - GHM 10M111 : Autres maladies métaboliques congénitales, niveau 1***

501 séjours, ont été réalisés dans ce GHS. L'âge moyen est de 56,2 ans. Aucun patient n'est décédé dans ce GHS.

Selon les tarifs de référence nationaux, la valorisation totale de ce GHS est de 317 098 euros.

● ***GHS 7992 - GHM 23Z02Z : Soins Palliatifs, avec ou sans acte***

469 séjours, soit 9 433 journées d'hospitalisation, ont été réalisés dans ce GHS. La durée moyenne de séjour est de 20,1 jours. L'âge moyen est de 76,8 ans. 305 patients sont décédés. Selon les tarifs de référence nationaux, la valorisation totale de ce GHS est de 3 440 327 euros.

● ***GHS 7267 - GHM 20Z041 : Ethylisme avec dépendance, niveau 1***

427 séjours, soit 7 374 journées d'hospitalisation, ont été réalisés dans ce GHS. La durée moyenne de séjour est de 17,3 jours. L'âge moyen est de 45 ans. Aucun patient n'est décédé dans ce GHS. Selon les tarifs de référence nationaux, la valorisation totale de ce GHS est de 1 242 886 euros.

● ***GHS 7990 - GHM 23M20Z : Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23***

351 séjours, soit 4 952 journées d'hospitalisation, ont été réalisés dans ce GHS. La durée moyenne de séjour est de 14,1 jours. L'âge moyen est de 81,1 ans. 19 patients sont décédés. Selon les tarifs de référence nationaux, la valorisation totale de ce GHS est de 1 192 883 euros.

● ***GHS 329 - GHM 01M34Z : Anomalies de la démarche d'origine neurologique***

220 séjours, soit 3 645 journées d'hospitalisation, ont été réalisés dans ce GHS. La durée moyenne de séjour est de 16,6 jours. L'âge moyen est de 82,3 ans. 3 patients sont décédés. Selon les tarifs de référence nationaux, la valorisation totale de ce GHS est de 981 305 euros.

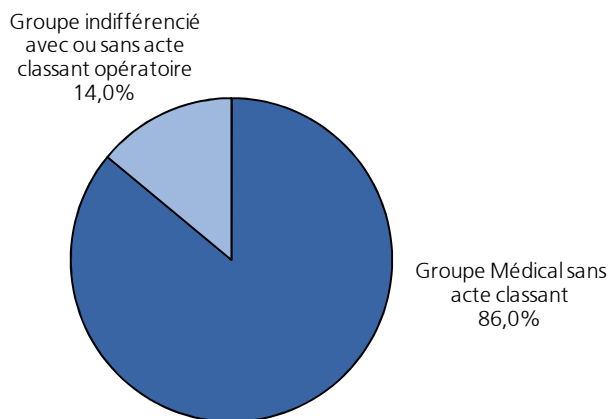
■ **La Classification des GHM**

A partir des variables médico-administratives contenues dans le Résumé de Sortie Standardisé (RSS), chaque séjour est classé dans un Groupe Homogène de Malades (GHM). Le classement des RSS en GHM s'opère selon un arbre de décision. Dans le cadre du PMSI, l'algorithme de la classification des GHM prend en compte la présence d'un acte opératoire classant dans le RSS.

Un séjour est classé selon la logique de la classification des GHM selon les 5 groupes suivants :

- Groupe « chirurgical » avec acte classant opératoire.
- Groupe avec acte classant non opératoire.
- Groupe « médical » sans acte classant.
- Groupe indifférencié avec ou sans acte classant opératoire.
- Groupe de la CM 90 hors groupe « actes sans relation avec le diagnostic principal ».

Classification des GHM



Source : PMSIMCO 2009

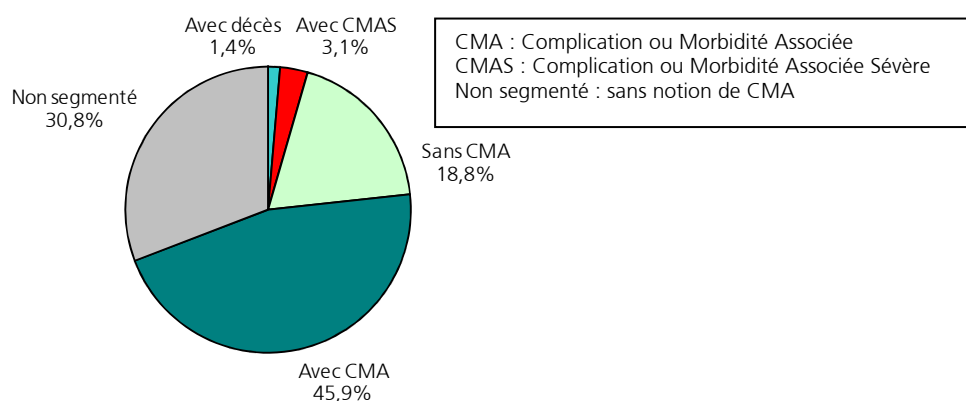
Exploitation ORS Bretagne

86% des séjours sont classés dans un GHM « médical ».

■ **Le niveau de sévérité des GHM**

L'algorithme de classification des GHM est relatif au niveau de sévérité du séjour. Selon que le RSS mentionne ou non une Complication et Morbidité Associée (Sévère) (CMA ou CMAS*), il est orienté dans un GHM avec complication ou sans complication. Une CMA est considérée comme une complication significative en termes de durée de séjour, donc de consommation de ressources, quel que soit le diagnostic principal. A partir du 1^{er} mars 2009, les CMA sont remplacées par des niveaux de sévérité allant de 1 (pas de sévérité) à 4 (très sévère).

Répartition des GHM selon le niveau de sévérité avant le 1er mars 2009

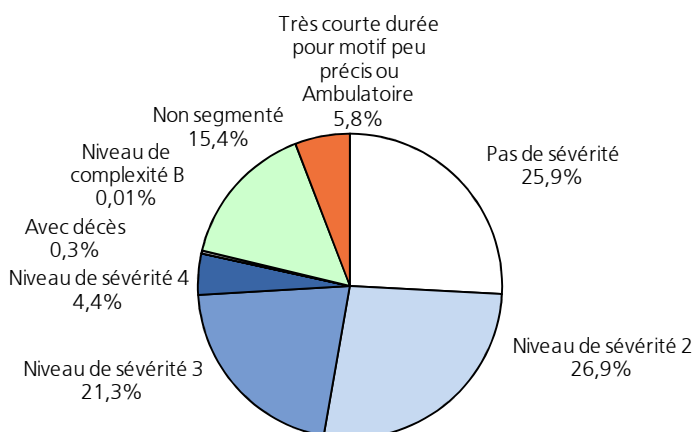


Source : PMSIMCO 2009

Exploitation ORS Bretagne

45,9% des séjours présentent un GHM avec Complication et Morbidité Associée (CMA).

Répartition des GHM selon le niveau de sévérité à partir du 1er mars 2009



Source : PMSIMCO 2009

Exploitation ORS Bretagne

52,6% des séjours présentent un GHM avec un niveau de sévérité de 2 (peu sévère) à 4 (sévère)

* Selon la classification des GHM, un Diagnostic Associé Significatif (DAS) appartenant à la liste des CMA (ou CMAS) n'entraîne un classement dans un groupe « avec CMA » (ou CMAS) que si la durée de séjour est supérieure à 2 jours.

■ L'activité médicale par Diagnostic

■ *Les Diagnostics Principaux les plus fréquents*

Le Diagnostic Principal est posé par le médecin responsable du malade à la fin de son séjour dans une unité médicale. Il s'agit du diagnostic ayant mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant.

1 935 Diagnostics Principaux différents ont été recensés en 2009 dans les services de Médecine.
9 Diagnostics Principaux décrivent 24,3% de l'activité médicale.

La répartition de ces 9 diagnostics est la suivante :

- Z515 Soins palliatifs : 1 394 séjours,
- E831 Anomalies du métabolisme du fer : 569 séjours,
- I500 Insuffisance cardiaque congestive : 477 séjours,
- J180 Bronchopneumopathie, sans précision : 288 séjours,
- R53+0 Altération [baisse] de l'état général : 246 séjours,
- Z502 Sevrage d'alcool : 206 séjours,
- R296 Chutes à répétition, non classées ailleurs : 197 séjours,
- F102 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : syndrome de dépendance : 193 séjours,
- S7200 Fracture fermée du col du fémur : 161 séjours.

■ *Les Diagnostics Reliés les plus fréquents*

Le Diagnostic Relié se définit comme tout diagnostic permettant d'éclairer le contexte pathologique, lorsque le diagnostic principal n'est pas en lui-même la maladie causale et qu'il est codé avec un code Z.

En 2009, 1 736 Diagnostics Reliés ont été recensés dans les services de Médecine.

Les Diagnostics Reliés les plus représentés sont :

- F102 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : syndrome de dépendance : 195 séjours,
- C61 Tumeur maligne de la prostate : 64 séjours,
- C349 Tumeur maligne de bronche ou du poumon, sans précision : 49 séjours,
- I500 Insuffisance cardiaque congestive : 42 séjours,
- R53+0 Altération [baisse] de l'état général : 39 séjours.

■ **Les Diagnostics Associés Significatifs les plus fréquents**

Les Diagnostics Associés Significatifs, comme le Diagnostic Principal, sont pris en compte par l'algorithme de groupage des séjours et contribuent à la valorisation de l'activité médicale des établissements.

Ils permettent de décrire les polypathologies des patients prises en charge par l'équipe soignante au cours d'un séjour hospitalier.

En 2009, 58 001 Diagnostics Associés Significatifs (DAS) ont été recensés pour 15 333 Résumés de Sortie Anonymisés (RSA), soit en moyenne 3,8 diagnostics associés pris en charge par séjour.

A noter que 1 526 RSA, soit 10%, ne contiennent aucun Diagnostic Associé Significatif.

A l'inverse, pour 5 407 RSA, au moins cinq Diagnostics Associés Significatifs sont mentionnés pour décrire la comorbidité prise en charge par l'équipe soignante.

Les 5 Diagnostics Associés Significatifs les plus représentés sont :

- I10 Hypertension essentielle (primitive) : 4 159 séjours,
- I48 Fibrillation et flutter auriculaires : 1 460 séjours,
- R53+0 Altération [baisse] de l'état général : 1 177 séjours,
- Z741 Besoin d'assistance et de soins d'hygiène : 1 067 séjours,
- K590 Constipation : 761 séjours.

■ **Les Actes Médicaux**

Le RSA mentionne un certain nombre d'actes médicaux réalisés au cours du séjour au sein des établissements ou payés par celui-ci. Ces actes appartiennent à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM).

9 390 Actes Médicaux ont été renseignés au cours de l'année 2009.

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

- DEQP003 Électrocardiographie sur au moins 12 dérivation : 2 379 actes,
- GLLD017 Oxygénothérapie avec surveillance continue de l'oxymétrie, en dehors de la ventilation mécanique, par 24 heures : 984 actes,
- ZBQK002 Radiographie du thorax : 791 actes,
- FEJF003 Saignée thérapeutique : 551 actes,
- 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 : 307 actes,
- YYYY030 Supplément pour réalisation d'un examen radiographique à images numérisées : 191 actes,
- ACQK001 Scanographie du crâne et de son contenu, sans injection de produit de contraste : 172 actes,
- FELF011 Transfusion de concentré de globules rouges d'un volume inférieur à une demimasse sanguine : 172 actes,
- ZCQK002 Radiographie de l'abdomen sans préparation : 140 actes,
- ZCQM008 Échographie transcutanée de l'abdomen : 129 actes,
- YYYY187 Supplément pour archivage numérique d'un examen radiographique ou échographique : 126 actes,
- ZCQM005 Échographie transcutanée de l'abdomen, avec échographie transcutanée du petit bassin [pelvis] : 118 actes,
- JDQM001 Échographie transcutanée de la vessie et/ou de la prostate : 112 actes.

■ Les séjours d'une durée supérieure ou égale à 30 jours

Ils sont au nombre de 1 437 et représentent 68 153 journées d'hospitalisation.

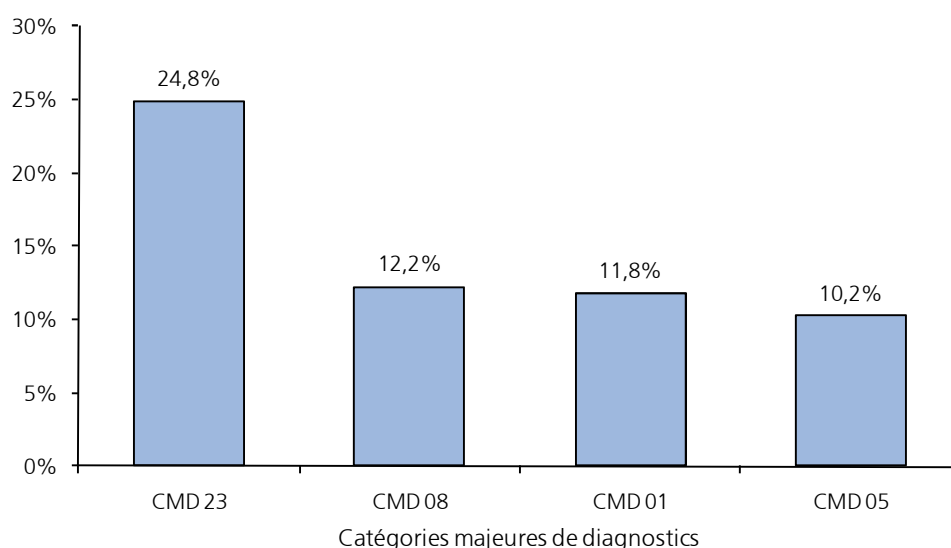
Les séjours d'une durée de 30 jours et plus représentent 9,4% de l'ensemble des séjours (toutes durées confondues) et 31,1% de l'ensemble des journées réalisées.

L'âge moyen de ces patients est de 80,5 ans avec une durée moyenne de séjour de 47,4 jours.

Comparés à la totalité des hospitalisations, les séjours d'une durée supérieure ou égale à 30 jours se caractérisent par :

- une population plus âgée : 80,5 ans contre 76,9 ans,
- une proportion des décès plus élevée : 19,6% contre 10,4%.

Répartition des hospitalisations de 30 jours et plus selon les principales catégories majeures de diagnostics



Source : PMSIMCO 2009

Exploitation ORS Bretagne

CMD 23 Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours au service de santé
CMD 08 Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif
CMD 01 Affections du système nerveux
CMD 05 Affections de l'appareil circulatoire

Comparaison de l'activité 2008 et 2009

■ Données générales

Le nombre d'établissements participant est passé de 63 en 2008 à 58 en 2009, entraînant une diminution du nombre d'hospitalisations : 16 775 séjours en 2008 et 15 333 séjours en 2009.

La durée moyenne de séjour* durant ces deux années est restée stable : 16,5 jours en 2008 et 16,9 jours en 2009.

La moyenne d'âge des patients est passée de 76,4 ans en 2008 à 76,9 ans en 2009.

■ Mouvements

La répartition des modes d'entrée et des modes de sortie a peu évolué au cours de ces deux dernières années.

Le domicile est majoritairement la provenance et la destination des patients.

■ Catégories Majeures de Diagnostics

Les principales évolutions des Catégories Majeures de Diagnostics (CMD) sont les suivantes :

Catégories majeures de diagnostics	Année 2008	Année 2009
- CMD 23 facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours au service de santé	12,0%	13,3%
- CMD 05 affections de l'appareil circulatoire	10,8%	12,0%
- CMD 04 affections de l'appareil respiratoire	11,1%	11,4%
- CMD 08 affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif	9,5%	10,5%
- CMD 01 affections du système nerveux	10,2%	10,5%
- CMD 19 maladies et troubles mentaux	9,8%	9,7%

Source : PMSI MCO 2009

Exploitation : ORS Bretagne

Limite : l'évolution de l'activité médicale entre 2008 et 2009 est à interpréter avec précaution du fait de la mise en place de la nouvelle classification des GHM (V11) à partir de mars 2009.

La répartition des principales Catégories Majeures de Diagnostics a peu évolué au cours de ces deux dernières années.

* La Durée Moyenne de Séjour est calculée en excluant les séjours de [0-2 jours en 2009 et des CM 24 Séjours de moins de deux jours et de la CM 28 Séances en 2008.

Activité en Soins Palliatifs

■ Activité médicale

Au cours de l'année 2009, 1 394 séjours ont été pris en charge en soins palliatifs (dans les 63 lits dédiés ou non).

Les patients hospitalisés se composent de 669 femmes et de 725 hommes, soit respectivement 48% et 52% de l'effectif global.

L'âge moyen des patients est de 77,3 ans.

Le nombre total de journées d'hospitalisations est de 29 160. La Durée Moyenne de Séjour (DMS) est de 23,1 jours.

Les principales entrées sont des entrées par transfert externe et représentent 52,7% des entrées. Les principales sorties sont des décès avec 64,1%.

La principale Catégorie Majeure de Diagnostics représentée est la CMD 23 Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours au service de santé.

Le Groupe Homogène de Malades 23Z02Z (ghs 7993) Soins Palliatifs, avec ou sans acte dans un lit dédié aux Soins Palliatifs décrit 47,9% de l'activité des soins palliatifs.

Au cours de l'année 2009, 6 207 Diagnostics Associés Significatifs ont été recensés, soit en moyenne 4,5 Diagnostics Associés Significatifs pris en charge par séjour.

766 actes médicaux ont été renseignés.

La valorisation des séjours relatifs aux soins palliatifs est de 12 311 393 euros, soit 18,7% de la valorisation totale.

(Voir aussi annexes page 1 à 8 – Activité en Soins Palliatifs)

■ Comparaison de l'activité 2008-2009

Le nombre moyen de séjours de soins palliatifs pris en charge par établissement a légèrement diminué : 25 séjours en 2008 contre 24 séjours en 2009.

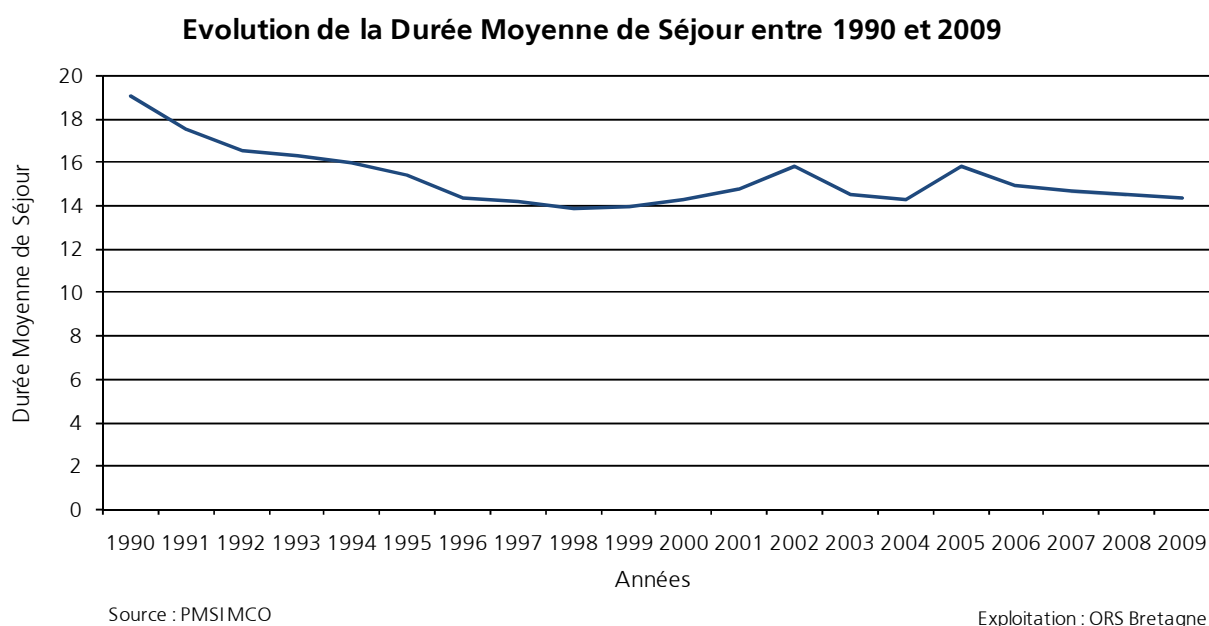
La durée moyenne de séjour a légèrement augmenté : 22,1 jours en 2008 et 23,1 jours en 2009.

La prise en charge, par les équipes de soins, de la comorbidité associée par séjours est passée de 3,6 en 2008 à 4,5 en 2009.

La valorisation moyenne par séjour a augmenté et est passée de 8 529 euros en 2008 à 8 832 euros en 2009.

Evolution de l'activité médicale entre 1990 et 2009

■ Durée Moyenne de Séjour



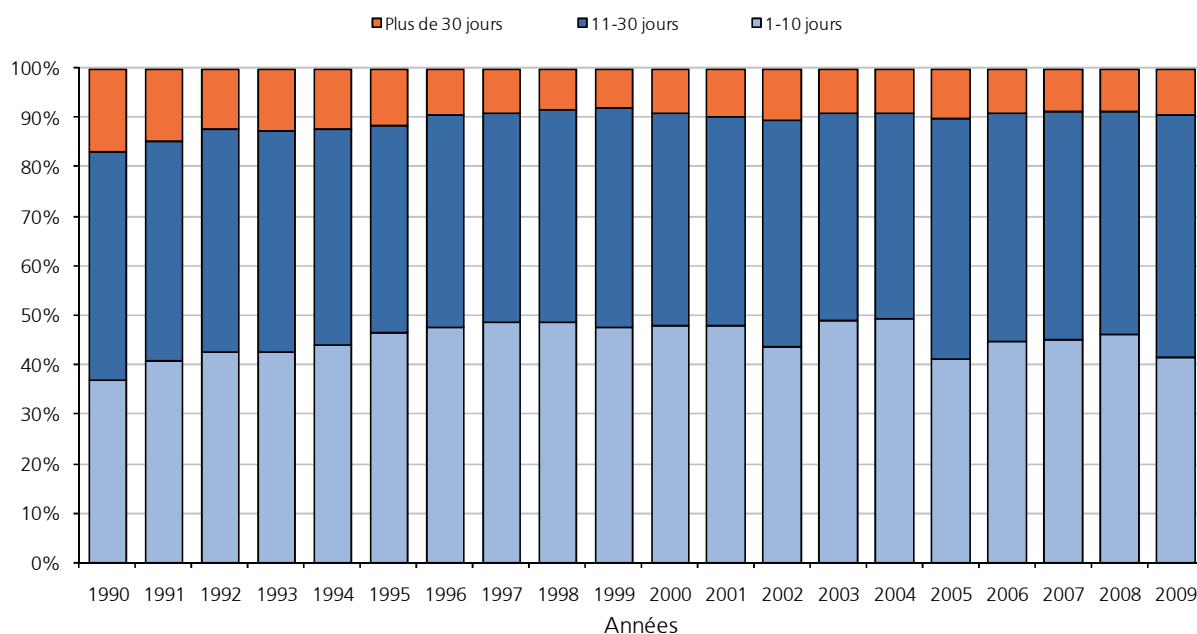
La Durée Moyenne de Séjour (DMS*) a diminué entre 1990 et 1998. Elle passe de 19 jours à 13,9 jours.

Entre 1998 et 2000, la DMS reste relativement stable autour de 14 jours.

La DMS a peu évolué par la suite, restant dans une fourchette de 14 à 16 jours.

* La Durée Moyenne de Séjour concerne tous les séjours, y compris les [0-2] jours.

Evolution de la répartition des groupes de durée entre 1990 et 2009



Source : PMSIMCO

Exploitation ORS Bretagne

La diminution de la DMS entre 1990 et 1998 résulte conjointement de la diminution des séjours de plus de 30 jours et de la croissance des séjours les plus courts (moins de 10 jours).

Par la suite, la part des durées de séjours de 10 jours et moins a tendance à diminuer.

■ Les modes d'entrée et de sortie

Evolution des modes d'entrée et de sortie entre 1990 et 2009 (%)

Années	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Entrées																				
- Transfert	-	-	-	-	-	-	19,2	23,3	27,5	28,3	28,7	29,3	29,2	29,1	31,0	34,4	32,7	31,8	32,2	33,5
- Domicile	-	-	-	-	-	-	73,5	69,0	67,0	65,6	67,7	66,1	66,3	66,7	65,6	62,2	63,0	63,6	64,1	62,7
- Entrées directes	83,5	84,5	88,8	90,0	91,0	91,6	92,7	92,3	94,5	93,9	96,4	95,4	95,5	95,8	96,6	96,6	95,7	95,4	96,3	96,2
Sorties																				
- Domicile	53,4	52,1	55,1	56,6	57,7	56,7	53,8	52,7	54,3	53,7	57,3	57,7	56,0	54,8	54,1	55,9	56,0	55,2	55,1	53,9
- Décès	9,9	9,6	9,4	9,4	9,9	10,3	11,7	11,5	10,9	11,5	11,2	11,0	11,3	10,9	10,4	10,8	10,0	10,6	10,6	10,4

Source : PMSI MCO

Exploitation : ORS Bretagne

Entre 1996 et 2005, la part des entrées par transfert d'un autre établissement a augmenté progressivement : 19,2% en 1996 et de 34,4% en 2005.

En contrepartie, la part des admissions en provenance du domicile a diminué.

La proportion des sorties vers le domicile évolue relativement peu, restant toujours supérieure à 50%.

La part des décès, après une croissance en début de période, s'est ensuite stabilisée entre 10 et 11%.

■ L'âge de la population hospitalisée

Evolution de l'âge moyen des patients entre 1990 et 2009 (%)

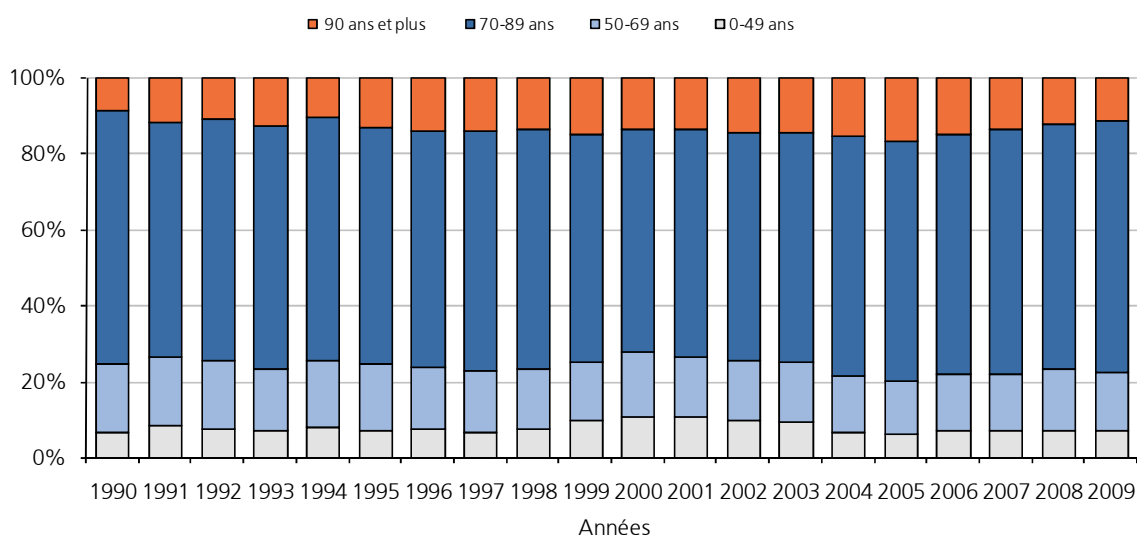
Années	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Age moyen	75,9	75,3	75,6	76,5	75,3	76,1	76,5	76,7	76,1	75,5	74,4	74,6	75	75,2	76,5	77,1	76,8	76,8	76,4	76,9

Source : PMSI MCO

Exploitation : ORS Bretagne

La moyenne d'âge des patients évolue peu.

Evolution de la répartition des tranches d'âge entre 1990 et 2009



Source : PMSIMCO

Exploitation : ORS Bretagne

La répartition des tranches d'âges a peu évolué entre 1990 et 2009.

Les hôpitaux de proximité prennent en charge majoritairement des personnes âgées : près de trois quart des hospitalisés ont plus de 70 ans.

La part des patients âgés de 90 ans et plus a augmenté : 8,7% en 1990 et 11,6% en 2009.

■ Les principales Catégories Majeures de diagnostics

Evolution de la répartition des principales Catégories Majeures de Diagnostics entre 1990 et 2009 (%)

Evolution de la répartition des principales Catégories Majeures de Diagnostics entre 1990 et 2009 (en%)

Années	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Affections de l'appareil respiratoire	12,7	12,7	13,3	13,8	12,5	12,2	13,5	14,4	13,5	12,9	12,9	11,0	11,5	12,5	11,5	11,7	10,6	10,5	11,1	11,4
Affections de l'appareil circulatoire	12,4	12,4	14,4	13,6	13,8	13,9	13,0	13,4	13,8	12,9	11,7	12,5	9,7	12,7	11,3	8,9	12,7	11,6	10,8	12,0
Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours au service de santé	3,4	4,4	4,4	5,4	6,7	6,7	6,9	5,8	8,8	9,1	12,3	13,0	14,2	14	17,2	16,6	10,1	11,8	12,0	13,3
Affections du système nerveux	11,9	11,9	11,9	11,9	12,2	11,5	11,6	11,8	10,6	10,4	11,3	11,5	11,4	10,7	9,9	11,4	11,1	10,8	10,2	10,5
Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif	10,7	10,7	9,8	10,0	10,3	10,6	10,6	10,7	9,6	9,0	8,7	8,5	9,3	7,6	7,8	9,2	9,8	9,5	9,5	10,6
Maladies et troubles mentaux	10,6	10,0	10,2	9,1	9,9	8,9	8,7	8,8	10	10	8,5	8,6	8,3	8,7	9	8,4	9,4	9,0	9,8	9,7
Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	7,9	7,9	7,9	8,0	6,7	6,4	6,6	6,7	5,9	3,9	3,8	4,0	4,2	4,4	3,5	4,1	4,2	4,2	3,9	7,8

Source : PMSI MCO

Exploitation : ORS Bretagne

Dans les services de médecine, les établissements prennent en charge de nombreuses pathologies.

Les affections de l'appareil respiratoire et les affections de l'appareil circulatoire représentent près de 25% des hospitalisations en 1990 et 23% des hospitalisations en 2009.

L'évolution des Catégories Majeures de diagnostics entre 1990 et 2009 est marquée par :

- une augmentation des facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours au service de santé : 3,4% en 1990 et 13% en 2009. Ceci s'explique en grande partie par le développement de prise en charge de soins palliatifs ces dernières années dans les établissements.
- une baisse des affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles jusqu'en 2008: 7,9% en 1990 et 3,9% en 2008.

Glossaire

Acte Classant : Acte marqueur d'une différenciation statistique de consommation de ressources. Sa mention dans le RUM est indispensable car elle est susceptible d'influer sur l'affectation du séjour dans le GHM adéquat au moment du groupage.

Case- mix : éventail des cas

CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) : Liste des actes techniques des médecins et chirurgiens dentaires qui est l'outil de codage réglementaire des actes pour le PMSI depuis le 1^{er} janvier 2004. La CCAM remplace le CdAM pour le PMSI et la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) pour le paiement à l'acte des praticiens libéraux.

CIM (Classification Internationale des Maladies) : Publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé - O.M.S. - et actualisée régulièrement, elle est utilisée pour coder les diagnostics dans les RUM.

CMA (Complication(s) et morbidité(s) associée(s)) : Affections associées au diagnostic principal, complications de celui-ci ou de son traitement, dont la présence induit une augmentation significative du coût du séjour. Si le RSS mentionne une CMA, il est orienté dans un GHM avec complication, à condition que cette subdivision existe. Afin de permettre une meilleure prise en compte des complications dans la classification des GHM, la notion de CMA est appelée à évoluer.

CMD (Catégorie Majeure de Diagnostic) : Au nombre de 23 (CMD01 à CMD23), elles recouvrent chacune la totalité des affections relatives à un système fonctionnel. Les séjours d'au moins 24 heures sont classés dans l'une des Catégories Majeures de Diagnostic, en fonction du diagnostic principal contenu dans le RSS.

CM24 (Catégorie Majeure n°24) : Spécificité française absente de la classification américaine des DRG, elle regroupe les séjours de moins de 2 jours (décès précoce, transfert précoce, pathologies traitées en moins de 2 jours). La CM 24 a été supprimée dans la nouvelle classification des GHM (V11) à partir de mars 2009.

CM28 (Catégorie Majeure n°28) : Cette catégorie majeure regroupe les séances.

Catégories Majeures transversales : Il s'agit de la CMD 25 Maladies dues à une infection par VIH, de la CMD 26 Traumatismes multiples graves et de la CM 27 transplantation. Ces catégories majeures sont dites « transversales » parce que le diagnostic principal (DP) n'est pas la donnée la plus déterminante pour y orienter les séjours d'au moins 24 heures.

CM90 (Catégorie Majeure n°90) : Elle regroupe les RSS erronés et autres séjours inclassables.

Code Géographique : élaboré selon un système de codage national tel que le niveau de découpage géographique représente au moins 1000 habitants. Ce code est égal, soit au code postal du bureau distributeur, soit au code de regroupement afin de réunir plus de 1000 habitants.

Code de regroupement : constitué selon une consultation informelle entreprise auprès des statisticiens des DRASS dans le but de déterminer le meilleur codage. Après consultation et examen des solutions, le choix de codage a été le suivant :

- numéro du département, sur 2 positions
- « C », sur une position
- numéro de regroupement, sur 2 positions

Le code de regroupement se distingue du code postal par la présence d'une lettre.

DAD (Diagnostic Associé à visée Documentaire) : Les données associées documentaires sont présentes dans le RUM mais absentes du RSA. Elles n'interviennent pas dans l'algorithme de groupage. Les diagnostics associés documentaires ont pour objectif de qualifier le patient et non le séjour.

DAS (Diagnostic Associé Significatif) : voir CMA

Dans le cas d'un séjour multi-unité, le diagnostic associé correspond aux diagnostics principaux des RUM non retenus comme DP ou aux diagnostics associés enregistrés sur les différents RUM décrivant le séjour.

DP (Diagnostic principal) : Est considéré par le médecin responsable du malade à la fin de son séjour dans une unité médicale comme ayant mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant. La mention du diagnostic principal dans le RUM est essentielle car elle influe sur l'affectation du séjour dans la CMD adéquate (ou le groupe adéquat) au moment du groupage. Dans le cas d'un séjour multi-unité, le DP du RSS est choisi en fonction d'un algorithme qui prend en compte notamment la présence d'un acte classant sur les différents RUM produits pendant le séjour.

DR (Diagnostic relié) : Le diagnostic relié est une information, une précision qui fait partie du diagnostic principal. La question de la mention d'un diagnostic relié ne se pose que lorsque le diagnostic principal est codé avec le chapitre XX de la CIM 10 (codes Z). Toutefois, cela ne signifie pas que l'indication d'un diagnostic relié est pas obligatoire à chaque fois que le diagnostic principal est un code Z.

Le diagnostic relié est une maladie chronique ou de longue durée. (Cf. site officiel du PMSI)

Echelle nationale de coûts relatifs par GHM : Construite à partir des données médico-économiques transmises par un échantillon d'établissements disposant d'une comptabilité analytique détaillée et fiable, elle attribuait, jusqu'en 2003 à chaque GHM un certain nombre de points ISA dans le cadre du budget global et permet ainsi de positionner les GHM les uns par rapport aux autres.

Exhaustivité : Tout séjour qui a donné lieu à l'ouverture d'un dossier administratif dans une unité de soins de courte durée doit faire l'objet d'un RSS. Le taux d'exhaustivité calculé par la DRASS (logiciel MAHOS) à partir des RSA et des données administratives transmises par l'hôpital permet de vérifier si la totalité des séjours réalisés dans le champ du PMSI a bien donné lieu à production de RSS.

Fichier national des Etablissements Sanitaires et Sociaux (FINESS) : « Ce fichier répertorie tous les établissements sanitaires et sociaux auxquels sont affectés un numéro "d'identification", appelé "Numéro FINESS". Ce fichier est géré par le Service des études et des Systèmes d'Information (SESI) du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. »
(cf. BO Guide méthodologique de production des RHS, PMSI-SSR, n°97/5 bis p 12, 13 et 93)

Fonction groupage : Propriété de l'Etat, ce module informatique est mis à disposition des sociétés de service développant les "logiciels groupeurs". Il est composé :
des tables de classification en GHM, qui comportent la logique du groupage des RSS en GHM selon un arbre de décision ;
de la Fonction Groupage, qui gère les tables et assure en amont la sélection du diagnostic principal en cas de RSS multi-unité.
L'évolution des procédures de soins, des nomenclatures ainsi que l'amélioration de la classification en GHM induisent une actualisation permanente de la Fonction groupage.

GHM (Groupes Homogènes de Malades) : La classification en GHM repose sur le classement de la totalité des séjours produits dans le champ décrit par le PMSI en un nombre limité de groupes de séjours présentant une similitude médicale et un coût voisin. Elle permet un classement exhaustif et unique : tout séjour aboutit dans l'un des 695 groupes de la classification, selon un algorithme de décision qui se fonde sur les informations médico-administratives contenues dans le RSS.

GHS (Groupe Homogène de Séjour) : Dans le cadre de la tarification à l'activité, le groupe homogène de séjour est la donnée facturable du GHM. La très grande majorité des GHM n'ont qu'un seul GHS, mais dans certains cas, il peut y en avoir deux ou plus quand l'information déterminante du tarif n'est pas contenue dans le RSA (autorisation de pratiquer une activité, par exemple).

Groupage : Réalisé par un "logiciel groupeur", le groupage se déroule en plusieurs phases :

- une phase de contrôle permet de vérifier la cohérence du RUM et la cohérence du chaînage des RUM lors d'un séjour multi-unité ;
- une phase de fusion détermine le RUM porteur du DP, élimine les informations redondantes et ne conserve que celles qui vont être utilisées à la phase suivante ;
- une phase de groupage proprement dite, calcule, selon l'algorithme de décision, le numéro du GHM correspondant au RSS traité.

ICR (Indice de Coût Relatif) : Unité d'oeuvre des actes produits par les services médico-techniques, indiquant le degré de mobilisation de ressources humaines et matérielles directement nécessaires à leur production.

L'ICR est "relatif" : un acte ayant un ICR de 200 "coûte" deux fois plus cher que celui dont l'ICR vaut 100.

IGS 2 (Indice de Gravité Simplifié 2) : Le recueil de ce score est obligatoire pour les patients adultes faisant l'objet de soins de réanimation, de soins intensifs ou de surveillance continue.

Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) : constituent le champ du PMSI court séjour.

Pôle d'Expertise et de Référence National des Nomenclatures de santé (PERNNS) :
« Créé en 1992 dans le cadre d'une convention entre le ministère de la santé et l'AUNIS (Association des Utilisateurs de Nomenclatures Nationales et Internationales de Santé). Composé d'experts médicaux, il est chargé d'assurer l'évolution et la maintenance des outils du PMSI (Catalogue des Actes Médicaux, classification des GHM et ICR du PMSI-MCO). Organisme indépendant, le PERNNS est désormais doté d'un Comité Consultatif qui émet des avis et des conseils quant aux orientations des travaux à mener par le PERNNS, à leurs résultats et aux modalités de leur utilisation. Ces avis et conseils accompagnent les propositions et les résultats des travaux que le PERNNS communique à la Direction des Hôpitaux (Mission PMSI). »

(cf. La lettre d'Informations Hospitalières, Lettre des Systèmes d'Information Médicalisés, Numéro spécial, mai 1996, p 56)

Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) : Il " trouve un fondement légal dans l'article L.710-6 du Code de la Santé Publique qui dispose que "les établissements de santé, publics ou privés, procèdent à l'analyse de leur activité. Dans le respect du secret médical et des droits des malades, ils mettent en œuvre des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge en vue d'améliorer la connaissance et l'évaluation de l'activité et des coûts et de favoriser l'optimisation de l'offre de soins. "

(BO Guide méthodologique de production des RHS, PMSI – SSR, n° 97/5 bis p 94)

RSA (Résumé de Sortie Anonyme) : Le Résumé de Sortie Anonyme permet la transmission d'informations médicales à l'extérieur de l'établissement par anonymisation. Les données susceptibles de permettre l'identification du patient sont supprimées.

RSS (Résumé de Sortie Standardisé) : Tout séjour hospitalier, réalisé dans le champ d'activité décrit par le PMSI, fait l'objet d'un Résumé de Sortie Standardisé - R.S.S. - constitué d'un ou plusieurs Résumé(s) d'Unité Médicale - R.U.M.

RUM (Résumé d'Unité Médicale) : Un RUM est produit à la fin du séjour d'un malade dans une unité médicale assurant des soins de courte durée, quel que soit le mode de sortie de cette unité. Le RUM contient un nombre limité d'informations d'ordre administratif et médical, qui doivent être systématiquement renseignées et codées selon des nomenclatures et des classifications standardisées afin de bénéficier d'un traitement automatisé.

Séance : Une séance est un acte thérapeutique d'une durée d'exécution inférieure à 24 heures, habituellement répétitif et identique, sur un mode séquentiel.

T2A : La tarification à l'activité est un moyen d'allocation de ressource basé, pour partie, sur la rémunération « forfaitaire » d'une activité médicale (décrite à travers les GHM dans le champ MCO). Elle vise à harmoniser les moyens alloués dans les deux secteurs d'hospitalisation : le secteur public passant du budget global à la T2A et le secteur privé du paiement à l'acte et à la journée à la T2A.