

Juillet 2010

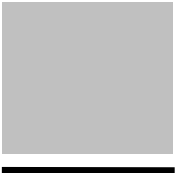
**HOPITAUX DE PROXIMITÉ,
ex-hôpitaux locaux
ENSEMBLE**

**Activité de Soins de Suite
ou de Réadaptation
Année 2009**

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 64 établissements en
France**

Année 2009

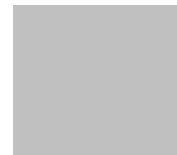


Rapport réalisé à la demande des hôpitaux participant au système d'information de l'ORS Bretagne

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 participant, qu'ils en soient remerciés.

Le rapport a été rédigé à l'ORS Bretagne sous la responsabilité de Monsieur Jilali ZITOUNI en collaboration avec Mademoiselle Patricia FRASLIN, Mademoiselle Emmanuelle Pausé et Madame Dominique SENE.

Juillet 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 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. 64 hôpitaux de proximité 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 semestriels 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 DE L'ORS BRETAGNE	9
L'ACTIVITE MEDICALE PAR SEJOUR	11
La population hospitalisée	11
Durée Moyenne de Séjour	12
Répartition des modes d'entrée et de sortie	13
Provenance des patients	14
L'ACTIVITE MEDICALE PAR SEMAINE D'HOSPITALISATION	15
Variation hebdomadaire de l'activité médicale	15
L'activité médicale par Catégorie Majeure Clinique (C.M.C.)	17
■ Répartition des Catégories Majeures Cliniques selon les semaines d'hospitalisation	17
■ Répartition des Catégories Majeures Cliniques selon leur valorisation en points IVA	18
■ Principales Catégories Majeures Cliniques	19
L'activité médicale par Groupe de Morbidité Dominante (GMD)	24
■ Analyse par séjour	24
■ Analyse par semaine d'hospitalisation	24
■ Principaux Groupes de Morbidité Dominante	25
Répartition des semaines d'hospitalisation selon la Finalité Principale de Prise en Charge	26
Répartition des semaines d'hospitalisation selon la Manifestation Morbide Principale	27
Répartition des semaines d'hospitalisation selon l'Affection Etiologique	28
Répartition des semaines d'hospitalisation selon les Diagnostics Associés significatifs	29
Les Actes Médicaux les plus représentés	30
L'ACTIVITE DE REEDUCATION READAPTATION	31
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	32
Actes de Rééducation-Réadaptation les plus fréquents	32

LA DEPENDANCE	33
Analyse par semaine d'hospitalisation	33
■ Score : habillage, déplacement, alimentation et continence	33
■ Score : comportement et relation	34
Evolution de la dépendance	35
■ Habillage, déplacement, alimentation et continence	35
■ Comportement et relation	36
LES SEJOURS D'UNE DUREE SUPERIEURE OU EGALE A 30 JOURS	37
COMPARAISON DE L'ACTIVITE 2008 ET 2009	39
■ Données générales	39
■ Mouvements	39
■ Morbidité	39
ANNEXES	
GLOSSAIRE	



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^{er} juillet 1998, afin de procéder à l'analyse médico-économique de l'activité de soins réalisée en leur sein.

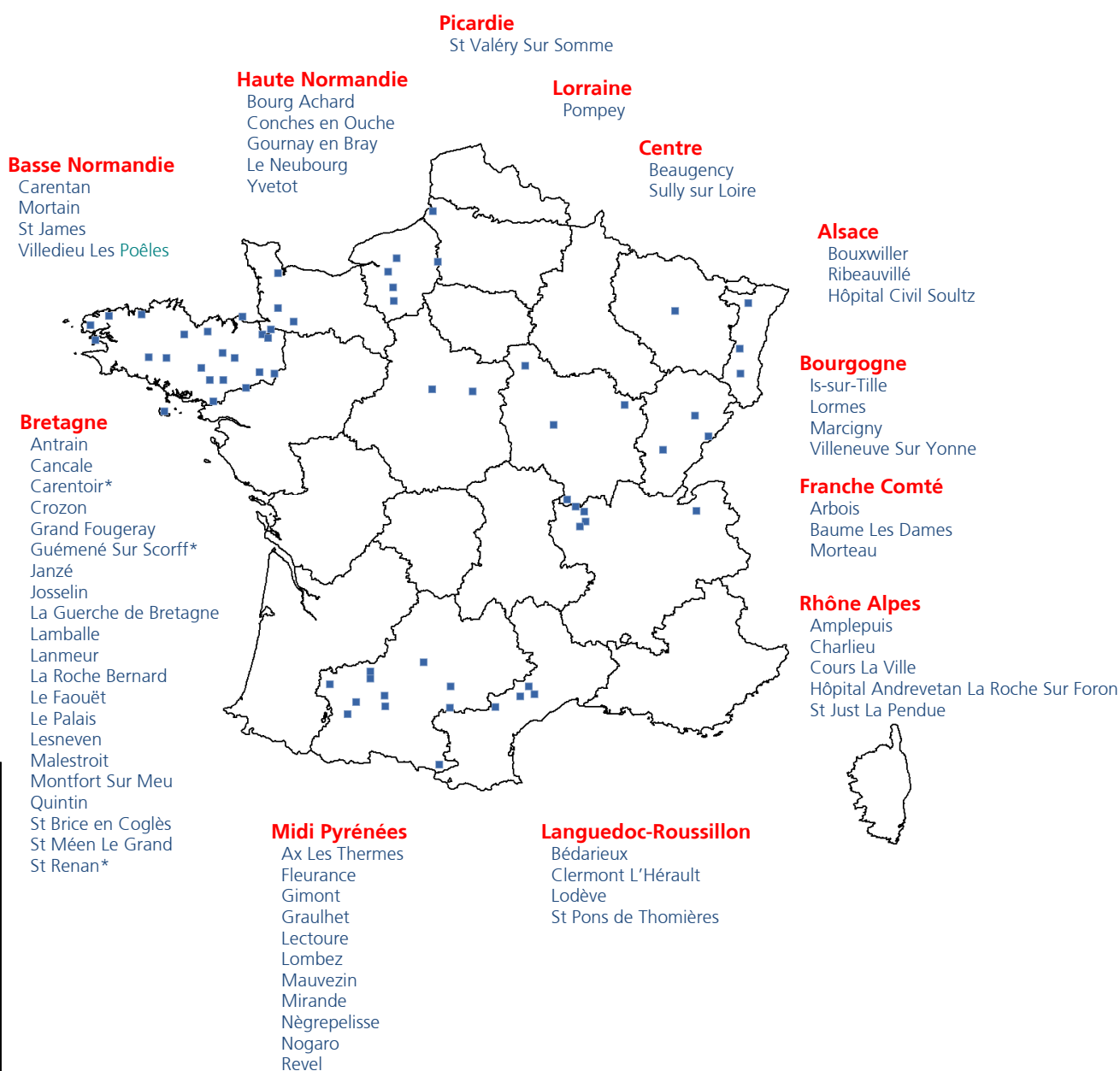
Le PMSI-SSR est un outil de description médico-économique de l'activité de Soins de Suite ou de Réadaptation, et par là même un outil de répartition de moyens. En effet, selon le PMSI-SSR, les établissements de santé produisent des séquences de prises en charge diagnostiques et thérapeutiques consommant 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 2009.

Ce rapport est une description précise et une analyse fine de l'activité de Soins de Suite ou de Réadaptation menée dans les 64 hôpitaux de proximité participant au système d'information de l'ORS Bretagne en 2009.

La richesse de l'information recueillie dans chaque établissement 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 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, 64 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 globalement un ensemble de 1 198 lits de Soins de Suite ou de Réadaptation, soit en moyenne 19 lits de Soins de Suite ou de Réadaptation 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 Alsace								
Bouxwiller (68)	-	8	34	-	64	40	-	146
Ribeauvillé (68)	-	30	46	-	119	-	-	195
Soultz (68)	-	22	40	-	146	37	5	250
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
Cancale (35)	-	15	48	-	80	-	-	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	22	-	236
Janzé (35)	20	20	-	-	149	-	-	189
Josselin (56)	13	12	-	-	231	38	16	310
La Guerche de Bretagne (35)	30	10	-	-	270	-	4	314
La Roche Bernard (56)	7	10	-	-	60	54	2	133
Lamballe (22)	22	20	80	-	180	70	18	390
Lanmeur (29)	-	10	90	-	165	30	6	301
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

* 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 Centre								
Beaugency (45)	15	10	-	-	198	-	-	223
Sully-sur-Loire (45)	11	9	-	-	200	-	17	237
Région Franche-Comté								
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
Région Haute-Normandie								
Barentin (76)	12	58	-	-	136	30	2	238
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
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
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								
Ax Les Thermes (09)	-	56	-	-	62	-	-	118
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 Picardie								
Saint Valery sur Somme (80)	25	41	68	-	120	75	4	333
Région Rhône-Alpes								
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	-	8	102
TOTAL	811	1 264	1 360	15	8 263	1 783	307	13 803

Source et données : Déclaration au 1^{er} janvier 2009 des établissements

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 dans les hôpitaux de proximité de Ribeauvillé et de Lectoure 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 2009, 14 619 séjours ont été réalisés dans les services de Soins de Suite ou de Réadaptation des 64 hôpitaux de proximité participant au système d'information de l'ORS Bretagne. Les 14 619 séjours représentent 69 636 semaines d'hospitalisation, soit un total de 408 856 journées réalisées.

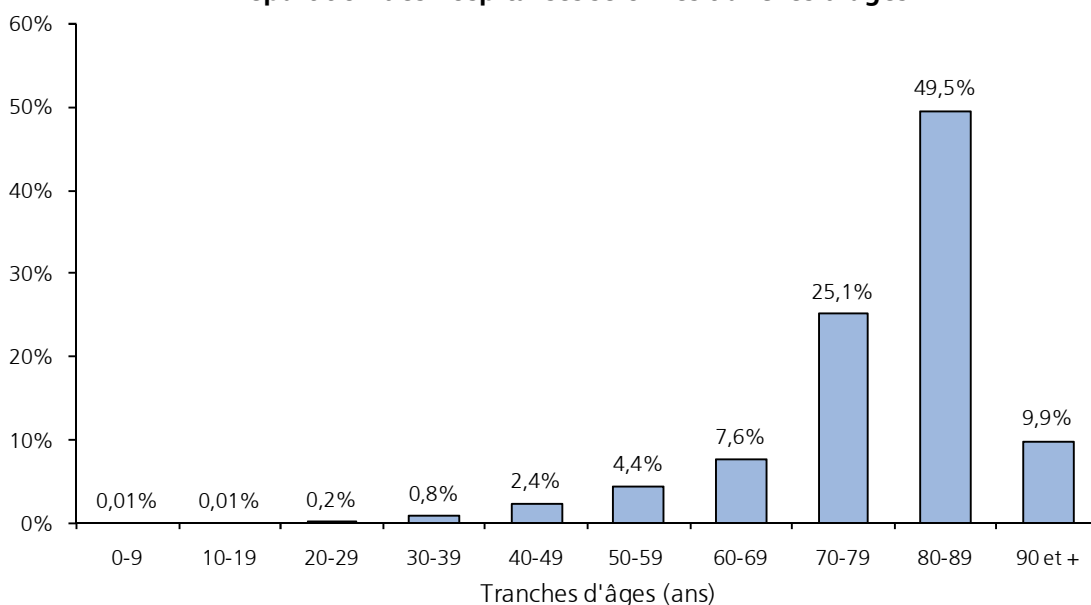
Les 64 établissements ont accueilli 9 078 patients.

La population hospitalisée

La population prise en charge est majoritairement féminine. 9 263 séjours féminins (63,4%) et 5 356 séjours masculins (36,6%) ont été réalisés dans les services de Soins de Suite ou de Réadaptation.

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

Répartition des hospitalisés selon les tranches d'âges



Source : PMSI SSR 2009

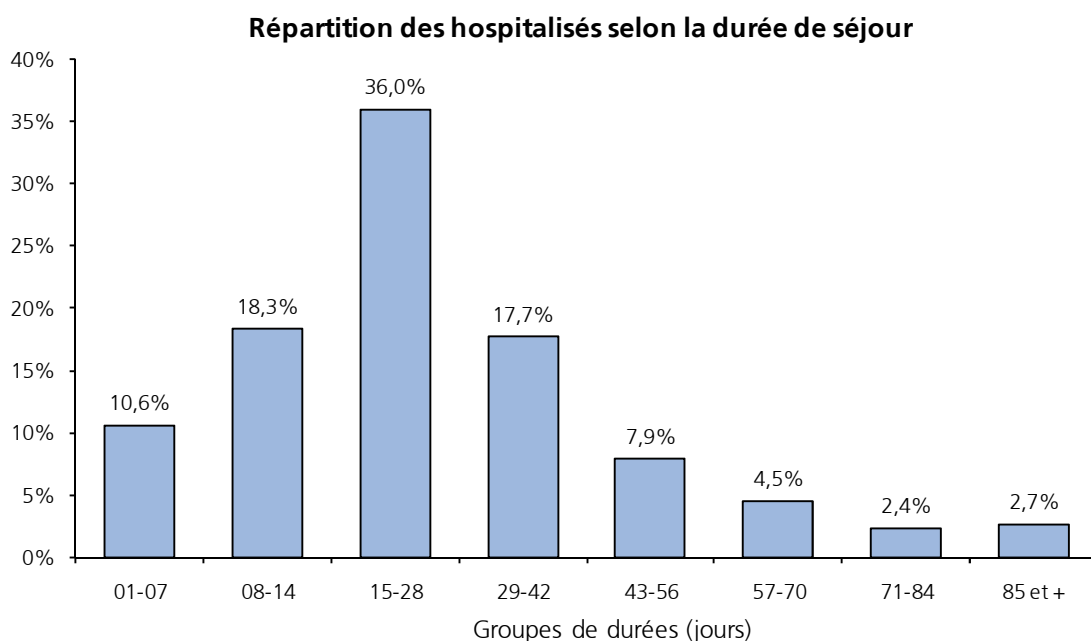
Exploitation ORS Bretagne

Près de la moitié des hospitalisés sont âgés de 80 à 89 ans.

Durée Moyenne de Séjour

Le nombre de séjours complets, entièrement réalisés au cours de l'année, est de 12 550 et correspond à un ensemble de 344 837 journées d'hospitalisation*.

La durée moyenne de séjour (D.M.S.**) est de 27,5 jours.



Source : PMSISSR 2009

Exploitation ORS Bretagne

Les séjours d'une durée inférieure à 4 semaines d'hospitalisation représentent 64,9% des hospitalisations. 28,9% des séjours ont une durée de moins de 15 jours.

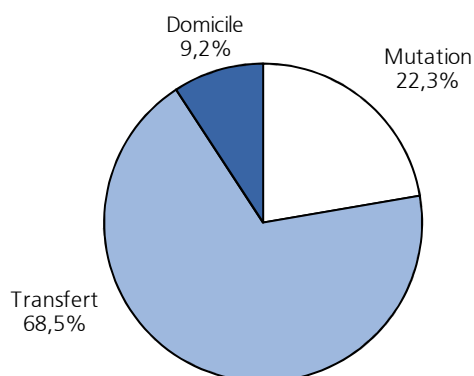
* Dans ce rapport, l'analyse porte uniquement sur les journées de présence.

** 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 13 691 et le nombre de sorties de 13 526.

Modes d'entrées

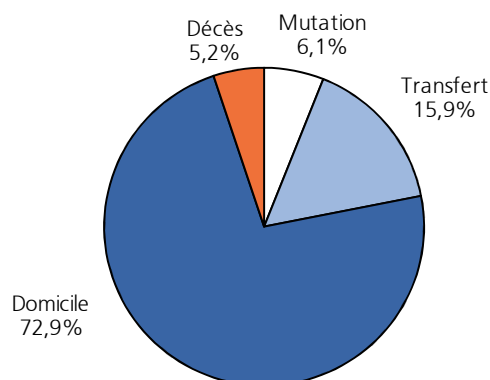


Source : PMSISSR 2009

Exploitation ORS Bretagne

68,5% 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 22,3% des entrées.

Modes de sorties



Source : PMSISSR 2009

Exploitation ORS Bretagne

Les retours au domicile (y compris domicile collectif) représentent 72,9% des hospitalisations. Les sorties par transfert vers un autre établissement représentent 15,9% des hospitalisations et les sorties par mutation vers un autre service des établissements 6,1%. Au cours de l'année 2009, 697 décès, soit 5,2% des hospitalisations, sont survenus dans les services de Soins de Suite ou de Réadaptation.

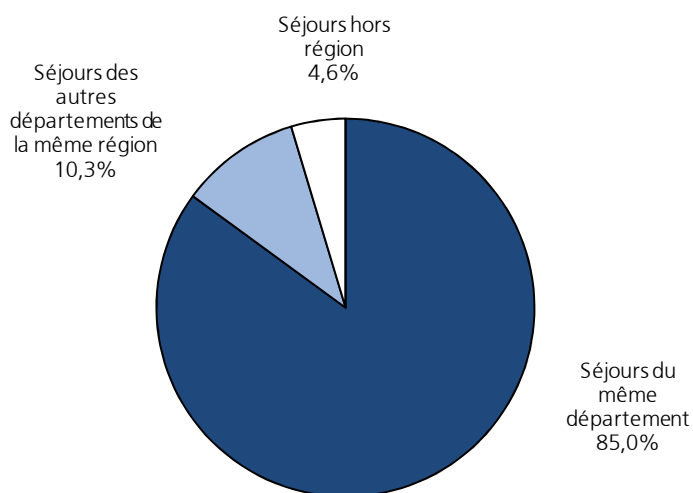
Pour les entrées par transfert d'un autre établissement, 71,4% des hospitalisés retournent à leur domicile, 5,9% sont mutés vers un autre service des établissements et 18,1% sont transférés vers un autre établissement.

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.

Modes d'entrées



Source : PMSI SSR 2009

Exploitation ORS Bretagne

Sur les 14 619 séjours réalisés au sein des 64 hôpitaux participants, 12 431 séjours, soit 85% des hospitalisations, concernent des patients hospitalisés dans un établissement de leur département de domicile.

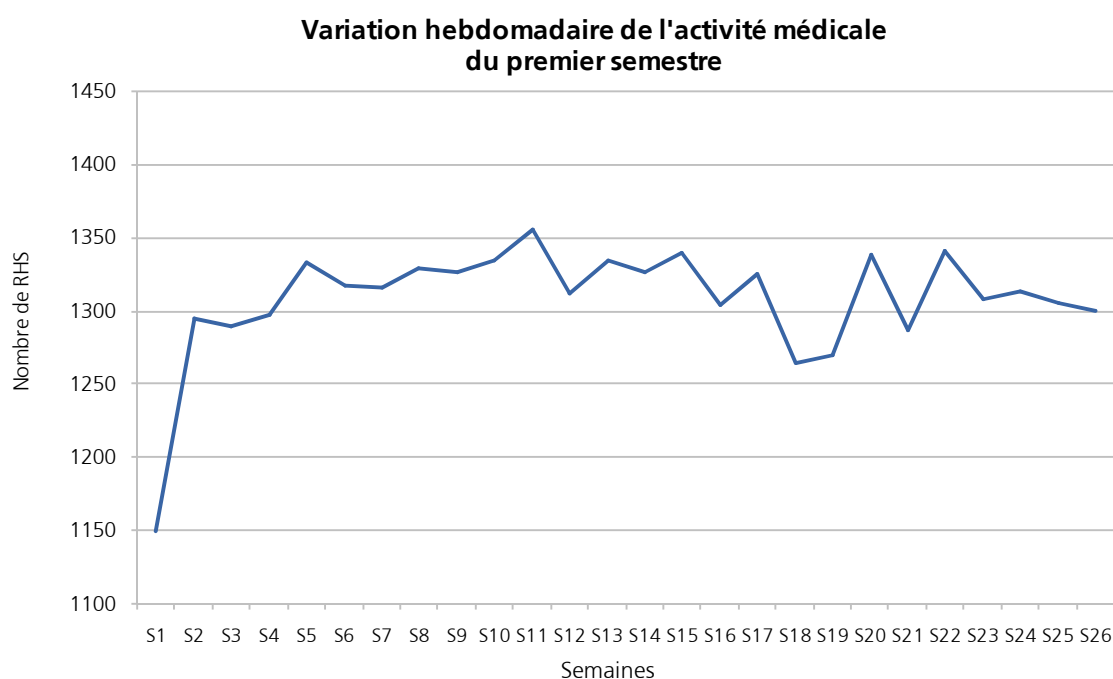
Les 2 188 séjours restants se répartissent de la manière suivante :

- 1 512 séjours, soit 10,3%, concernent des patients hospitalisés dans un autre département de la même région,
- 676 séjours, soit 4,6%, concernent 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 des établissements. Les informations contenues dans les RHS permettent les analyses suivantes.

Variation hebdomadaire de l'activité médicale



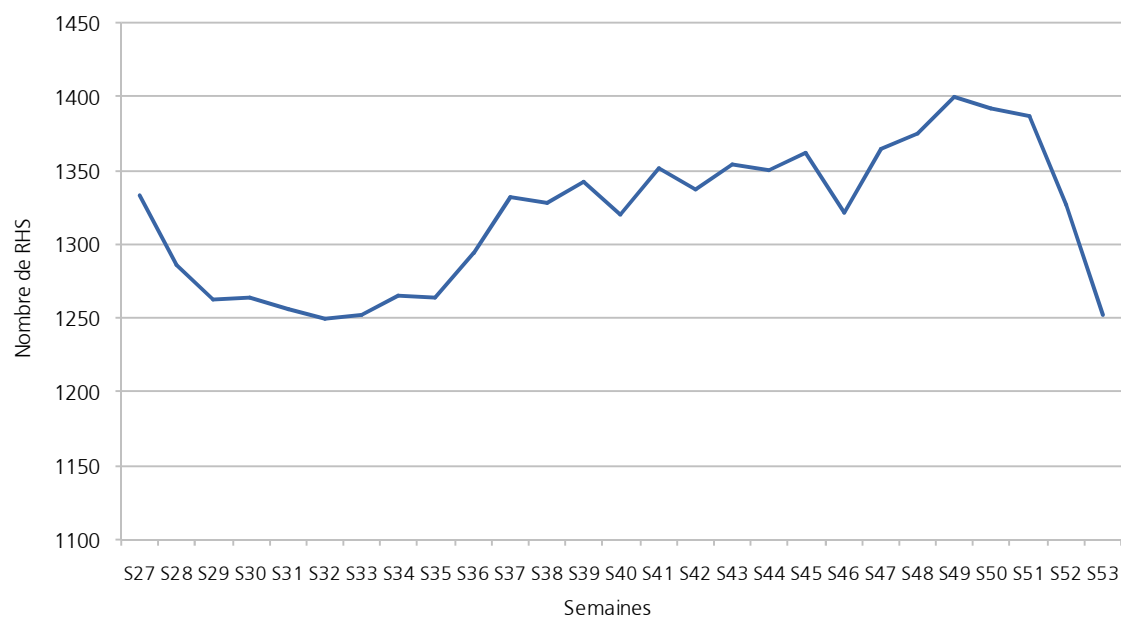
Source : PMSI SSR 2009

Exploitation ORS Bretagne

Le nombre moyen de RHS* produit par semaine est de 1 308.

* 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 semaine 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.

Variation hebdomadaire de l'activité médicale du second semestre



Source : PMSISSR 2009

Exploitation ORS Bretagne

Le nombre moyen de RHS produit par semaine est de 1 320.

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.

ORS Bretagne
Activité médicale 2009
Service de Soins de Suite ou de Réadaptation
ENSEMBLE

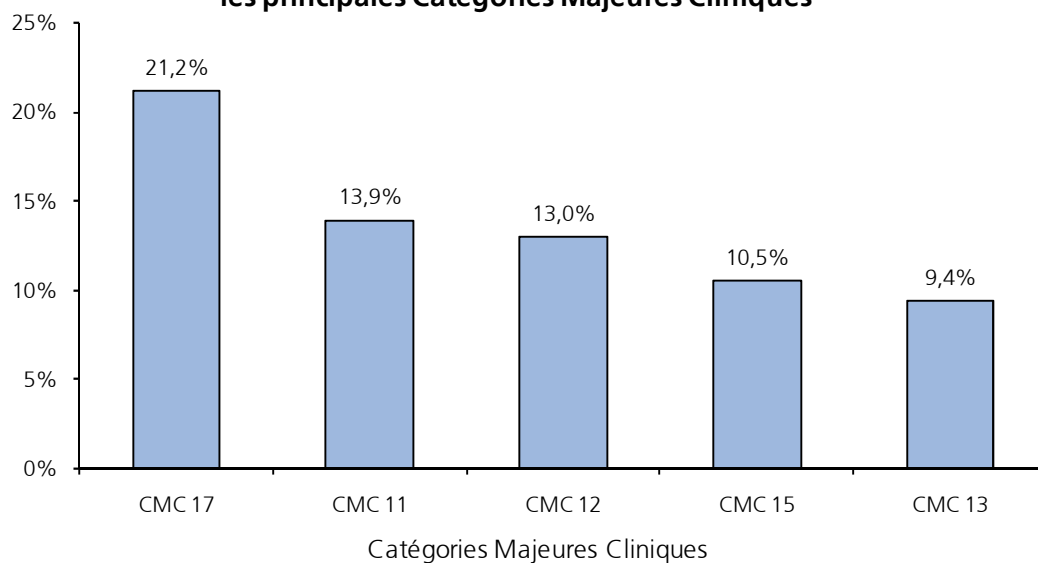
L'activité médicale par Catégorie Majeure Clinique (C.M.C.)

L'activité médicale de soins de suite ou de réadaptation (SSR) est classée en 13 catégories majeures cliniques (CMC). Ces CMC sont subdivisées en 70 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 des établissements.

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

Cinq catégories de diagnostics regroupent 68% des semaines d'hospitalisation. Au cours de l'année 2009, la Catégorie Majeure Clinique la plus fréquente est la CMC 17 Poursuites de soins médicaux post-traumatique représentant à elle seule 21,2% des semaines d'hospitalisation.

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



Source : PMSISSR 2009

Exploitation ORS Bretagne

CMC 17 Poursuites de soins médicaux post-traumatique
CMC 11 Poursuites de soins médicaux cardio-vasculaires/respiratoire
CMC 12 Poursuites de soins médicaux neuro-musculaires
CMC 15 Poursuites de soins médicaux viscéral
CMC 13 Poursuites de soins médicaux santé mentale

■ 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).

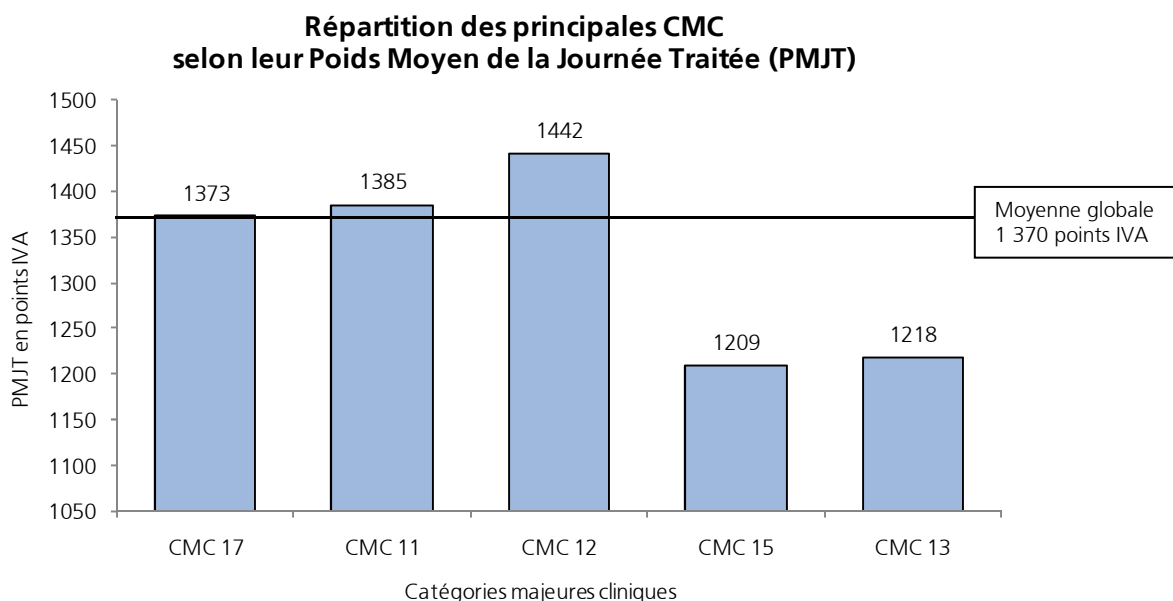
Chaque GMD appartient à une seule Catégorie Majeure Clinique.

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

En 2009, les Résumés Hebdomadaires Standardisés (RHS) représentent une valorisation de 560 124 265 points IVA.

Le Poids Moyen de la Journée Traitée (PMJT) est de 1 370 points IVA.

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



Source : PMSI SSR 2009

Exploitation ORS Bretagne

CMC 17 Poursuites de soins médicaux post-traumatique
CMC 11 Poursuites de soins médicaux cardio-vasculaires/respiratoire
CMC 12 Poursuites de soins médicaux neuro-musculaires
CMC 15 Poursuites de soins médicaux viscéral
CMC 13 Poursuites de soins médicaux santé mentale

■ 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*

14 735 semaines d'hospitalisation ont été réalisées dans la CMC 17, soit 89 903 journées. L'âge moyen des patients est de 81,1 ans. Cette CMC comptabilise 123 430 049 points IVA, soit un poids moyen de la journée traitée de 1 373 points IVA.

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

- GMD 17A01 - Fractures, entorses, luxations et lésions tendineuses traumatiques, sauf poignet et main, âge supérieur à 18 ans : 5 960 RHS,
- GMD 17A20 - Autres lésions du système ostéoarticulaire d'origine traumatique, âge supérieur à 18 ans : 3 428 RHS,
- GMD 17A08 - Fracture du col du fémur avec pose de prothèse de hanche, âge supérieur à 18 ans : 2 677 RHS,
- GMD 17A03 - Lésions traumatiques multiples, complexes et compliquées, âge supérieur à 18 ans : 1 363 RHS,
- GMD 17A09 - Fracture du col du fémur avec ostéosynthèse, âge supérieur à 18 ans : 867 RHS.

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

- Autres thérapies physiques : 6 922 RHS,
- Convalescence après traitement d'une fracture : 2 476 RHS,
- Autres formes précisées de soins médicaux, non classées ailleurs : 2 012 RHS,
- Convalescence après intervention chirurgicale : 1 938 RHS,
- Soins impliquant d'autres moyens de rééducation : 749 RHS.

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

- Présence d'implants d'articulations orthopédiques : 3 404 RHS,
- Fracture fermée du col du fémur : 2 145 RHS,
- Présence d'autres implants osseux et tendineux : 1 457 RHS,
- Fracture fermée de l'extrémité supérieure de l'humérus : 601 RHS,
- Fracture fermée du trochanter : 574 RHS.

Les Affections Etiologiques (AE) les plus représentées sont :

- Fracture fermée du col du fémur : 2 995 RHS,
- Fracture fermée du trochanter : 624 RHS,
- Fracture fermée de la diaphyse fémorale : 230 RHS,
- Ostéoporose post-ménopausique avec fracture pathologique - Région pelvienne et cuisse : 180 RHS,
- Fracture fermée de l'extrémité supérieure de l'humérus : 141 RHS.

● **CMC 11 Poursuites de soins médicaux cardio-vasculaires/respiratoire**

9 708 semaines d'hospitalisation ont été réalisées dans la CMC 11, soit 55 256 journées. L'âge moyen des patients est de 82,3 ans. Cette CMC comptabilise 76 536 508 points IVA, soit un poids moyen de la journée traitée de 1 385 points IVA.

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

- GMD 11A20 - Autres affections de l'appareil circulatoire et de l'appareil respiratoire, âge supérieur à 18 ans : 6 534 RHS,
- GMD 11A01 - Insuffisances cardiaques et insuffisances respiratoires chroniques, âge supérieur à 18 ans : 2 971 RHS,
- GMD 11A02 - Tumeurs malignes de l'appareil respiratoire et affections respiratoires liées au VIH, âge supérieur à 18 ans : 195 RHS,
- GMD 11E21 - Autres affections de l'appareil circulatoire et de l'appareil respiratoire, âge inférieur à 18 ans : 8 RHS.

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

- Autres formes précisées de soins médicaux, non classées ailleurs : 4 243 RHS,
- Convalescence après un autre traitement : 2 216 RHS,
- Autres thérapies physiques : 1 070 RHS,
- Prise en charge aigüe : 590 RHS,
- Convalescence après intervention chirurgicale : 574 RHS.

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

- Insuffisance cardiaque congestive : 1 255 RHS,
- Insuffisance cardiaque, sans précision : 548 RHS,
- Bronchopneumopathie, sans précision : 534 RHS,
- Insuffisance ventriculaire gauche : 412 RHS,
- Dyspnée : 288 RHS.

Les Affections Etiologiques (AE) les plus représentées sont :

- Fibrillation et flutter auriculaires : 307 RHS,
- Insuffisance cardiaque congestive : 225 RHS,
- Sténose (de la valvule) aortique (non rhumatismale) : 136 RHS,
- Hypertension essentielle (primitive) : 132 RHS,
- Myocardiopathie ischémique : 131 RHS.

● **CMC 12 Poursuites de soins médicaux neuro-musculaires**

9 040 semaines d'hospitalisation ont été réalisées dans la CMC 12, soit 53 722 journées. L'âge moyen des patients est de 76,5 ans. Cette CMC comptabilise 77 466 370 points IVA, soit un poids moyen de la journée traitée de 1 442 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 : 5602 RHS,
- GMD 12A02 - Lésions cérébrales non traumatiques, âge supérieur à 18 ans : 3011 RHS,
- GMD 12A03 - Lésions cérébrales traumatiques, âge supérieur à 18 ans : 203 RHS,
- GMD 12A04 - Paraplégies, âge supérieur à 18 ans : 140 RHS,
- GMD 12A01 - Tétraplégies, âge supérieur à 18 ans : 49 RHS.

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

- Autres formes précisées de soins médicaux, non classées ailleurs : 3261 RHS,
- Autres thérapies physiques : 3137 RHS,
- Convalescence après un autre traitement : 1497 RHS,
- Soins impliquant d'autres moyens de rééducation : 455 RHS,
- Convalescence après intervention chirurgicale : 173 RHS.

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

- Chutes à répétition, non classées ailleurs : 1201 RHS,
- Difficulté à la marche, non classée ailleurs : 709 RHS,
- Accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus : 668 RHS,
- Hémiplégie, sans précision : 522 RHS,
- Anomalies de la démarche et de la motilité, autres et non précisées : 424 RHS.

Les Affections Etiologiques (AE) les plus représentées sont :

- Accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus : 392 RHS,
- Infarctus cérébral dû à une thrombose des artères cérébrales : 167 RHS,
- Infarctus cérébral dû à une occlusion ou sténose des artères cérébrales, de mécanisme non précisé : 157 RHS,
- Fibrillation et flutter auriculaires : 150 RHS,
- Hypertension essentielle (primitive) : 125 RHS.

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

7 346 semaines d'hospitalisation ont été réalisées dans la CMC 15, soit 41 520 journées. L'âge moyen des patients est de 78,4 ans. Cette CMC comptabilise 50 210 800 points IVA, soit un poids moyen de la journée traitée de 1 209 points IVA.

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

- GMD 15A22 - Atteintes des organes digestifs et génito-urinaires en dehors des tumeurs malignes, âge supérieur à 18 ans : 4 435 RHS,
- GMD 15A01 - Hémopathies et certaines tumeurs malignes, âge supérieur à 18 ans : 2 911 RHS.

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

- Autres formes précisées de soins médicaux, non classées ailleurs : 2 714 RHS,
- Convalescence après intervention chirurgicale : 1 730 RHS,
- Convalescence après un autre traitement : 1 050 RHS,
- Autres thérapies physiques : 494 RHS,
- Prise en charge aigüe : 463 RHS.

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

- Absence acquise d'autres parties de l'appareil digestif : 491 RHS,
- Tumeur maligne du rectum : 236 RHS,
- Infection des voies urinaires, siège non précisé : 208 RHS,
- Occlusions intestinales, autres et sans précision : 167 RHS,
- Tumeur maligne de la prostate : 143 RHS.

Les Affections Etiologiques (AE) les plus représentées sont :

- Cirrhose alcoolique (du foie) : 85 RHS,
- Tumeur maligne du côlon sigmoïde : 80 RHS,
- Tumeur maligne du rectum : 80 RHS,
- Tumeur maligne de la prostate : 79 RHS,
- Tumeurs malignes du côlon, autres et non précisées : 68 RHS.

● **CMC 13 Poursuites de soins médicaux santé mentale**

6 557 semaines d'hospitalisation ont été réalisées dans la CMC 13, soit 37 795 journées. L'âge moyen des patients est de 71,6 ans. Cette CMC comptabilise 46 039 905 points IVA, soit un poids moyen de la journée traitée de 1 218 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 : 3 218 RHS,
- GMD 13A02 - Dépendance et troubles mentaux organiques induits par des substances psychoactives, âge supérieur à 18 ans : 1 709 RHS,
- GMD 13A03 - Troubles dépressifs et anxieux, âge supérieur à 18 ans : 1 044 RHS,
- GMD 13A20 - Autres troubles mentaux, âge supérieur à 18 ans : 586 RHS.

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

- Autres formes précisées de soins médicaux, non classées ailleurs : 2 454 RHS,
- Conseil et surveillance pour alcoolisme : 1 001 RHS,
- Convalescence après un autre traitement : 980 RHS,
- Sevrage d'alcool : 658 RHS,
- Soins impliquant d'autres moyens de rééducation : 523 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 abstinant, mais dans un environnement protégé : 589 RHS,
- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : syndrome de dépendance : 549 RHS,
- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : syndrome de dépendance actuellement abstinant, mais prend des médicaments aversifs ou bloquants : 280 RHS,
- Sujet attendant d'être admis ailleurs, dans un établissement adéquat : 262 RHS,
- Trouble anxieux et dépressif mixte : 262 RHS.

Les Affections Etiologiques (AE) les plus représentées sont :

- Maladie d'Alzheimer à début tardif : 287 RHS,
- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : syndrome de dépendance actuellement abstinant, mais dans un environnement protégé : 112 RHS,
- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : syndrome de dépendance utilisation continue : 107 RHS,
- Maladie d'Alzheimer, sans précision : 104 RHS,
- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : syndrome de dépendance : 90 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 un 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).

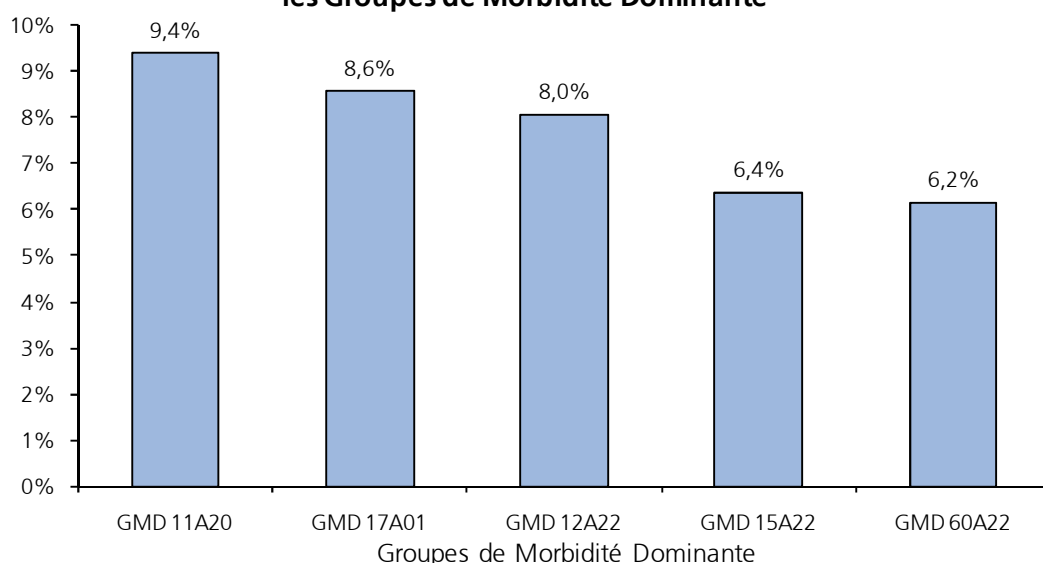
8,9% des séjours ont au moins deux prises en charge différentes.

■ Analyse par semaine d'hospitalisation

38,6% des semaines d'hospitalisations sont réparties dans cinq Groupes de Morbidité Dominante et totalisent à eux seuls 156 060 journées.

Le Groupe de Morbidité Dominante le plus fréquent est le GMD 11A20 - Autres affections de l'appareil circulatoire et de l'appareil respiratoire, âge supérieur à 18 ans, avec 9,4% des semaines d'hospitalisations.

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



Source : PMSISSR 2009

Exploitation ORS Bretagne

- GMD 11A20 Autres affections de l'appareil circulatoire et de l'appareil respiratoire, âge supérieur à 18 ans
- GMD 17A01 Fractures, entorses, luxations et lésions tendineuses traumatiques, sauf poignet et main, âge supérieur à 18 ans
- GMD 12A22 Autres affections du système nerveux, âge supérieur à 18 ans
- GMD 15A22 Atteintes des organes digestifs et génito-urinaires en dehors des tumeurs malignes, âge supérieur à 18 ans
- GMD 60A22 Autres affections, âge supérieur à 18 ans

■ Principaux Groupes de Morbidité Dominante

L'activité médicale des établissements est décrite par 44 Groupes de Morbidité Dominante. Les GMD les plus fréquents sont les suivants :

- ***GMD 11A20 - Autres affections de l'appareil circulatoire et de l'appareil respiratoire, âge supérieur à 18 ans***

Ce GMD a entraîné 6 534 Résumés Hebdomadaires Standardisés (RHS), soit 37 204 journées d'hospitalisation. L'âge moyen des patients est de 82,3 ans.
Ce GMD comptabilise 50 127 679 points IVA.

- ***GMD 17A01 - Fractures, entorses, luxations et lésions tendineuses traumatiques, sauf poignet et main, âge supérieur à 18 ans***

Ce GMD a entraîné 5 960 Résumés Hebdomadaires Standardisés (RHS), soit 36 446 journées d'hospitalisation. L'âge moyen des patients est de 80,3 ans.
Ce GMD comptabilise 48 199 565 points IVA.

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

Ce GMD a entraîné 5 602 Résumés Hebdomadaires Standardisés (RHS), soit 33 028 journées d'hospitalisation. L'âge moyen des patients est de 76,6 ans.
Ce GMD comptabilise 45 357 721 points IVA.

- ***GMD 15A22 - Atteintes des organes digestifs et génito-urinaires en dehors des tumeurs malignes, âge supérieur à 18 ans***

Ce GMD a entraîné 4 435 Résumés Hebdomadaires Standardisés (RHS), soit 24 915 journées d'hospitalisation. L'âge moyen des patients est de 79 ans.
Ce GMD comptabilise 32 266 056 points IVA.

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

Ce GMD a entraîné 4 287 Résumés Hebdomadaires Standardisés (RHS), soit 24 467 journées d'hospitalisation. L'âge moyen des patients est de 81,4 ans.
Ce GMD comptabilise 32 891 801 points IVA.

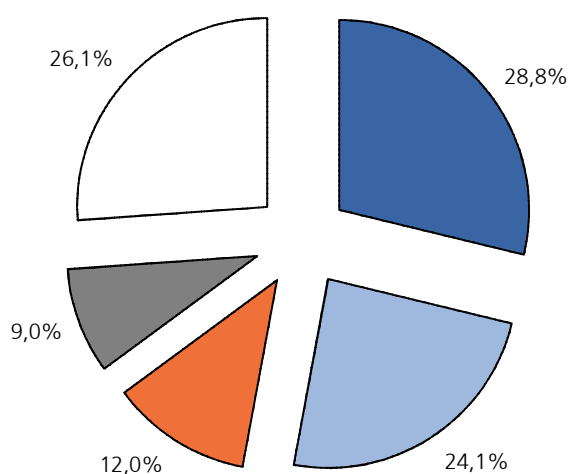
Répartition des semaines d'hospitalisation selon la Finalité Principale de Prise en Charge

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 formes précisées de soins médicaux, non classées ailleurs.

Elle représente 28,8% des semaines d'hospitalisation.

Les Finalités Principales de Prise en Charge



Source : PMSI SSR 2009

Exploitation ORS Bretagne

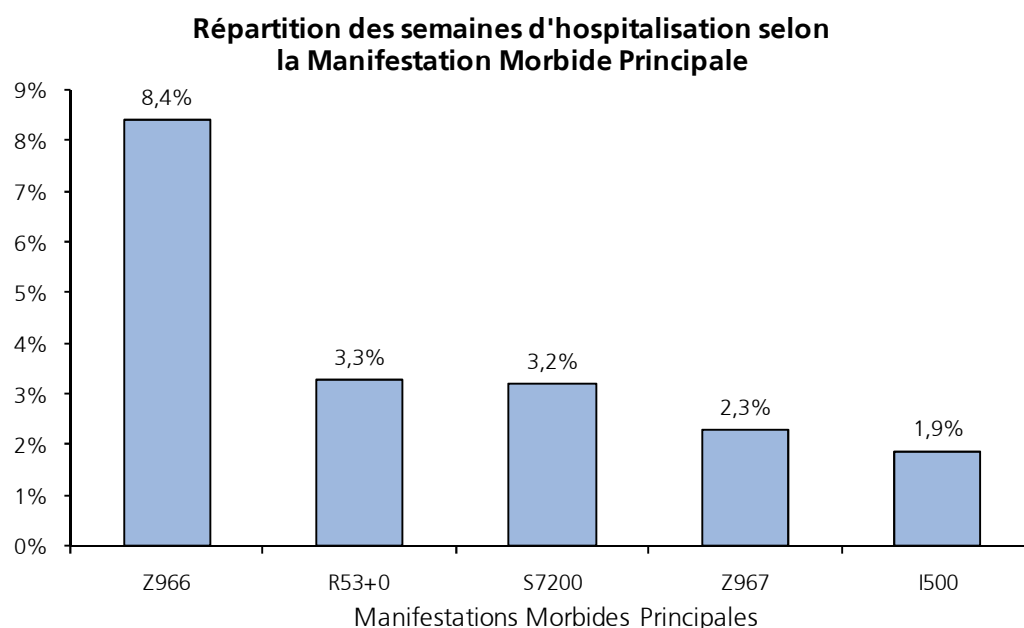
- Z5188 Autres formes précisées de soins médicaux, non classées ailleurs
- Z501 Autres thérapies physiques
- Z548 Convalescence après un autre traitement
- Z540 Convalescence après intervention chirurgicale
- Autres Finalités Principales de Prise en Charge

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 19,1% des semaines d'hospitalisation.

La Manifestation Morbide Principale la plus fréquente est : Présence d'implants d'articulations orthopédiques avec 8,4% des semaines d'hospitalisation.



Source : PMSISSR 2009

Exploitation ORS Bretagne

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

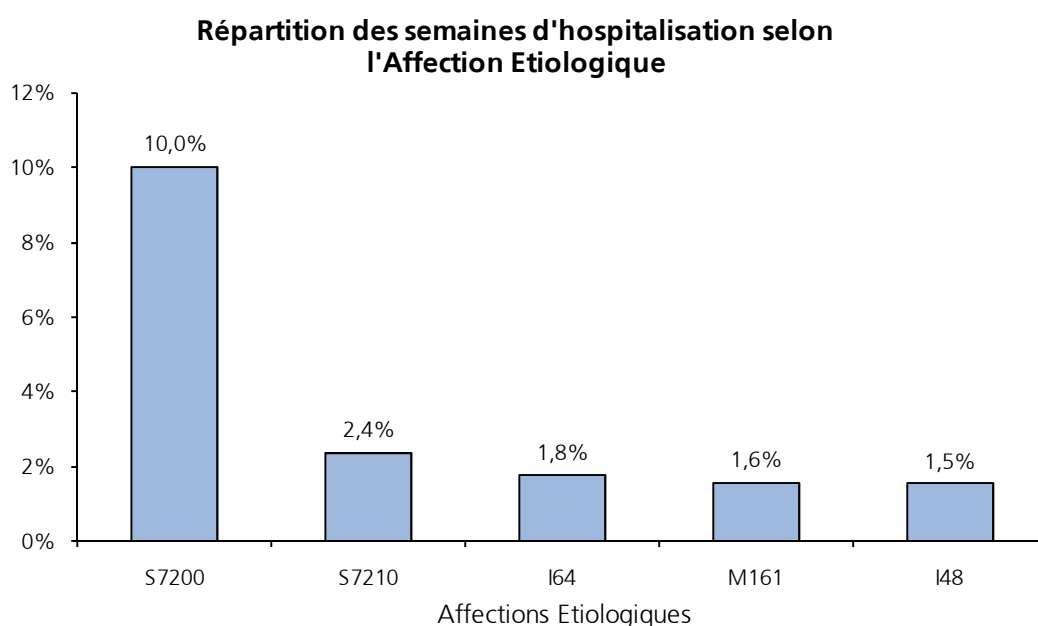
Répartition des semaines d'hospitalisation selon l'Affection Etiologique

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 49,7% des semaines d'hospitalisation.

Les cinq premières pathologies mentionnées en Affection Etiologique représentent 17,2% du nombre total d'affections étiologiques renseignées.

L'Affection Etiologique la plus mentionnée est : Fracture fermée du col du fémur (10%).



Source : PMSISSR 2009

Exploitation ORS Bretagne

- S7200 Fracture fermée du col du fémur
- S7210 Fracture fermée du trochanter
- I64 Accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus
- M161 Autres coxarthroses primaires
- I48 Fibrillation et flutter auriculaires

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

En 2009, 290 772 diagnostics associés significatifs (DAS) ont été recensés pour 69 636 RHS, soit en moyenne 4,2 diagnostics pris en charge par les équipes soignantes par malade et par semaine d'hospitalisation. Pour les patients ayant au moins un Diagnostic Associé renseigné, la moyenne est de 4,5 par RHS.

A noter que 5 677 RHS, soit 8,2%, ne contiennent aucun Diagnostic Associé Significatif.

A l'inverse, pour 28 467 RHS (40,9%), 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 14,8% des pathologies associées à la morbidité principale.

La répartition de ces cinq diagnostics est la suivante :

- I10 Hypertension essentielle (primitive) : 23 461 RHS, soit 8,1% de l'ensemble des DAS,
- I48 Fibrillation et flutter auriculaires : 8 716 RHS, soit 3,0%,
- Z480 Surveillance des sutures et pansements chirurgicaux : 3 964 RHS, soit 1,4%,
- E440 Malnutrition protéino-énergétique modérée : 3 530 RHS, soit 1,2%,
- Z921 Antécédents personnels d'utilisation (actuelle) à long terme d'anticoagulants : 3 499 RHS, soit 1,2%.

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 des établissements ou payés par ceux-ci. Ces actes appartiennent à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM).

Les points IVA relatifs aux actes médicaux valorisant dans le RHS s'ajoutent au nombre de points IVA de base du GMD correspondant.

13 245 actes médicaux ont été réalisés au cours de l'année 2009.

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 : 3 055 exécutions,
- DEQP003 Électrocardiographie sur au moins 12 dérivations : 2 637 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 : 613 exécutions,
- GLLD012 Ventilation mécanique continue au masque facial pour suppléance ventilatoire, par 24 heures : 602 exécutions,
- HSLD001 Alimentation entérale par sonde avec apport de 20 à 35 kilocalories par kilogramme par jour [kcal/kg/jour], par 24 heures : 585 exécutions,
- ZBQK002 Radiographie du thorax : 488 exécutions,
- ALQP003 Test d'évaluation d'une dépression : 418 exécutions,
- HSLD002 Alimentation entérale par sonde avec apport de plus de 35 kilocalories par kilogramme par jour [kcal/kg/jour], par 24 heures : 356 exécutions,
- EQLF002 Perfusion intraveineuse de produit de remplissage à un débit supérieur à 50 millilitres par kilogramme [ml/kg] en moins de 24 heures chez l'adulte : 310 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 8 839 séjours, soit 70,4% de l'ensemble des séjours. 342 566 actes de rééducation-réadaptation ont été réalisés, soit une moyenne de 38,8 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 par semaine pour les patients bénéficiant de séances de rééducation. Le nombre** moyen hebdomadaire d'actes de rééducation-réadaptation est 9,5.

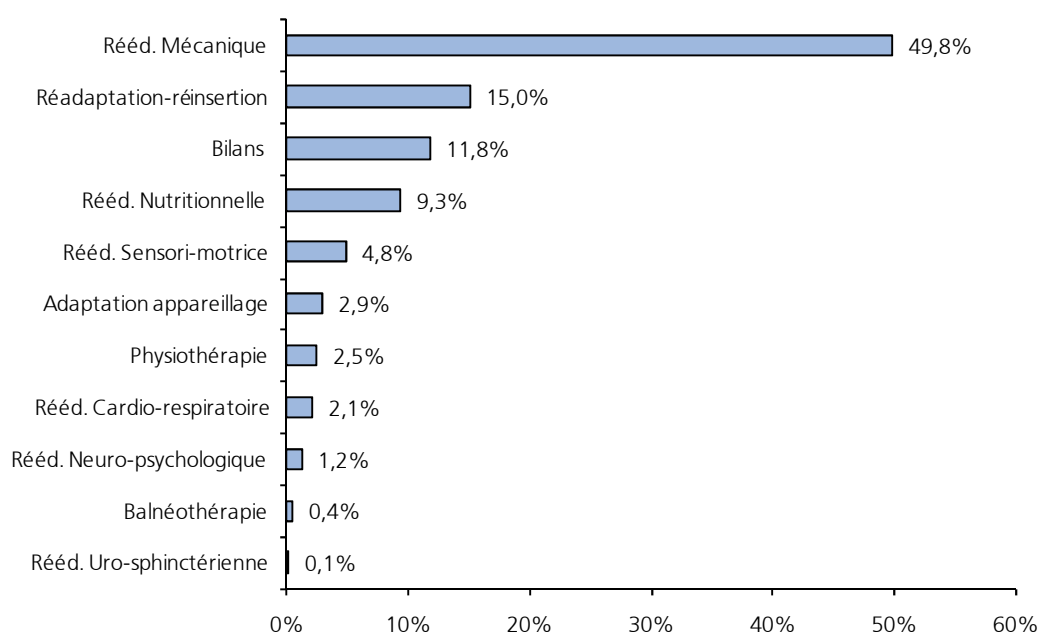
■ **Activité de rééducation collective**

8 776 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 4,6 par patient.

Répartition des actes de rééducation réadaptation



Source : PMSISSR 2009

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 intervenants suivants ont été précisés lors du recueil des actes de Rééducation-Réadaptation :

- Masseur - Kinésithérapeute : 225 618 actes,
- Diététicien : 40 965 actes,
- Non renseigné : 39 862 actes,
- Ergothérapeute : 25 723 actes,
- Autre intervenant : 19 299 actes,
- Infirmier : 13 295 actes,
- Médecin : 8 827 actes,
- Assistant service social : 7 629 actes,
- Psychologue : 6 819 actes,
- Animateur : 5 035 actes,
- Psychomotricien : 1 054 actes,
- Enseignant en activité physique adaptée : 613 actes,
- Educateur spécialisé : 575 actes,
- Orthophoniste : 565 actes,
- Conseiller en économie sociale et familiale : 136 actes,
- Instituteur spécialisé : 27 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 (66 945 exécutions),
- RL21 Mobilisation articulaire active - tonification, renforcement musculaire (41 963 exécutions),
- NU03 Surveillance et suivi nutritionnels (32 420 exécutions),
- RL18 Mobilisation articulaire passive (26 279 exécutions),
- RL25 Verticalisation (16 419 exécutions),
- RL16 Massage de base (15 897 exécutions),
- DL03 Entraînement à la marche dans l'établissement, avec ou sans aide technique de marche (12 901 exécutions),
- RF11 Synthèse de réadaptation (10 154 exécutions),
- RL68 Rééducation de la fonction d'équilibration chez l'adulte (9 133 exécutions),
- RP09 Travail relationnel (7 667 exécutions),
- RL67 Apprentissage analytique de tous types de transferts (7 298 exécutions),
- RF10 Synthèse de rééducation (6 873 exécutions),
- RF05 Entretien avec la famille du patient (6 172 exécutions),
- RR03 Désencombrement respiratoire (5 293 exécutions),
- RP08 Information et formation du patient et/ ou de l'entourage (5 113 exécutions),
- RL02 Bilan de la douleur, qualitatif et quantitatif (5 022 exécutions).

La dépendance

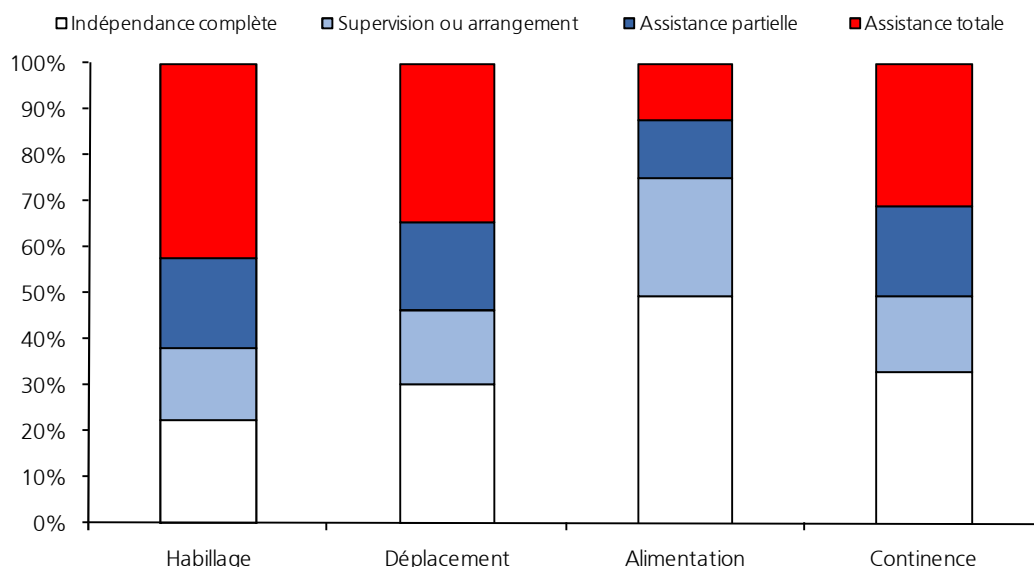
La dépendance des patients est appréciée par 6 événements de la vie quotidienne : l'habillage, le déplacement, l'alimentation, la continence, le comportement et la relation.

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 : PMSISSR 2009

Exploitation ORS Bretagne

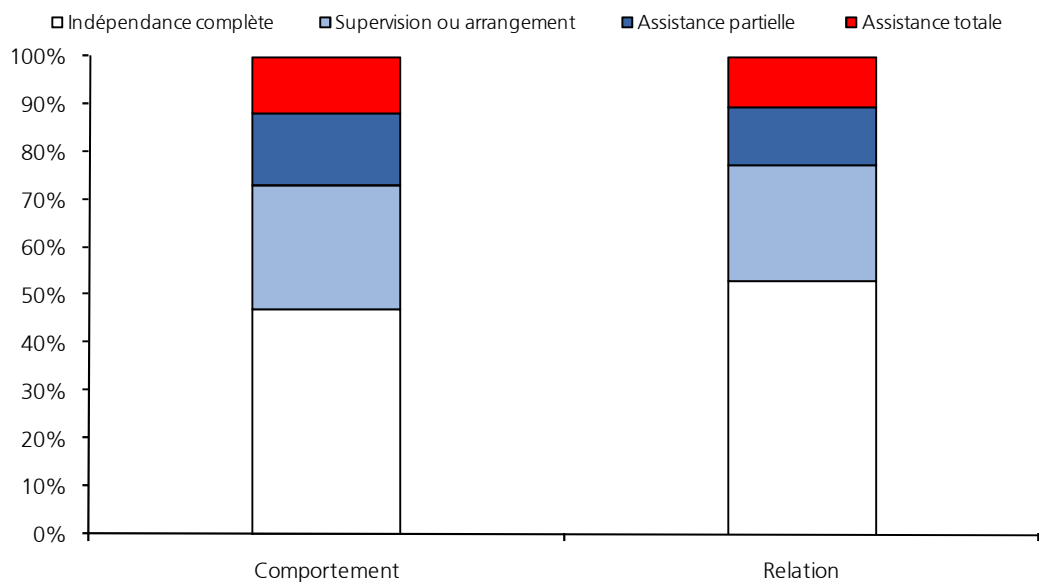
Le score moyen de ces quatre variables de dépendance physique par semaine d'hospitalisation est de 9,8 (sur une échelle allant de 4 à 16).

22 428 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 14,6 par RHS.

15,1% 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 2009

Exploitation ORS Bretagne

Le score moyen de ces deux variables de dépendance relationnelle par semaine d'hospitalisation est de 3,7 (sur une échelle allant de 2 à 8).

8 318 RHS ont un score cumulé de dépendance supérieur à 6, soit 11,9% de l'ensemble des RHS.

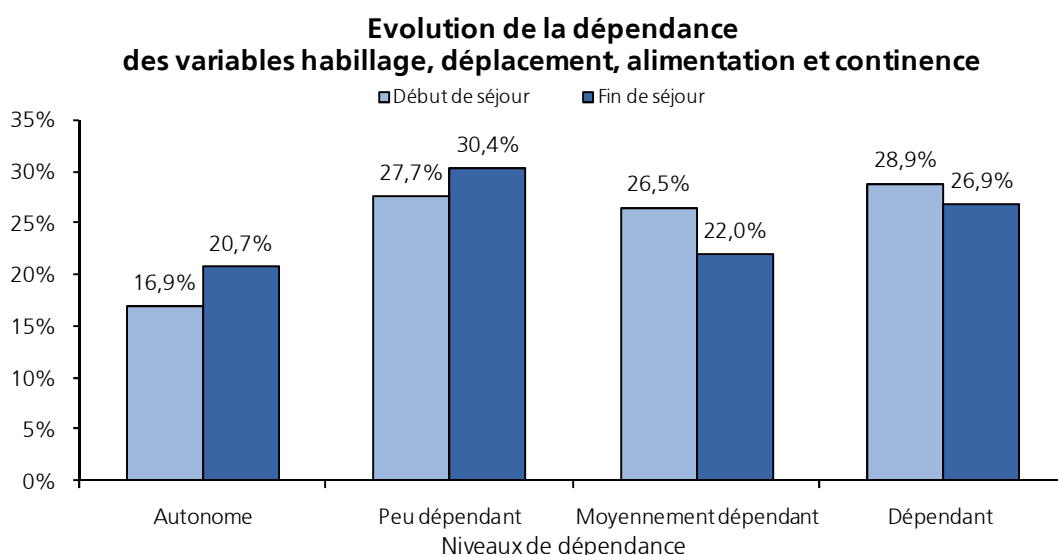
La moyenne des scores de ces personnes très dépendantes est de 7,8 par RHS.

44,4% 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 2009

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 12 550 séjours analysés, on relève en première semaine d'hospitalisation un score de dépendance total de 118 948 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 113 613, soit un score moyen de 9,1 qui correspond au profil de patients moyennement dépendants.

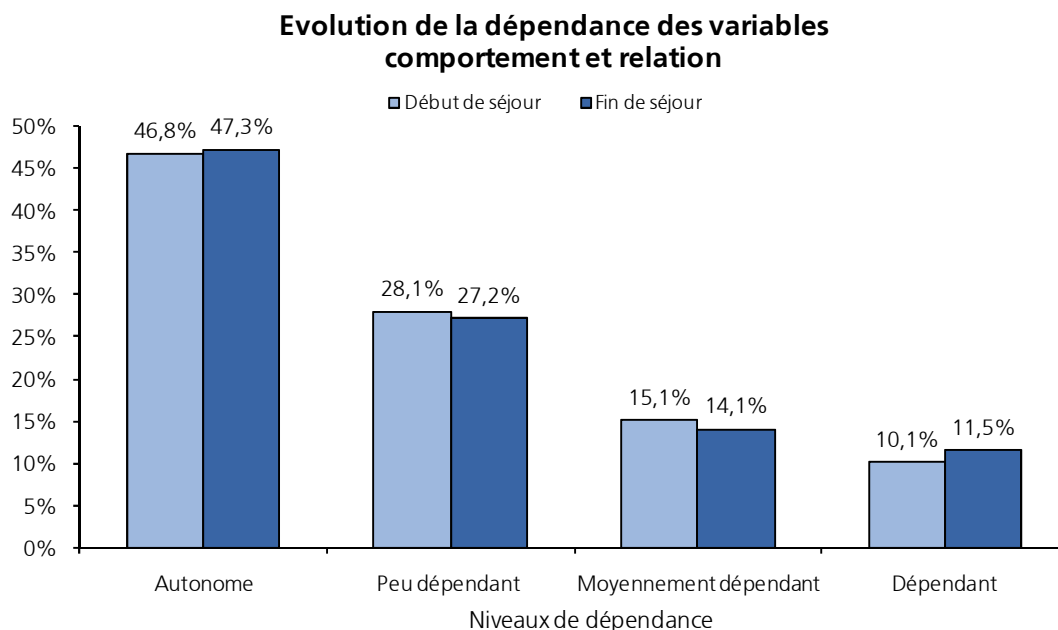
La part des séjours de patients autonomes (score de dépendance des quatre premières variables égal à 4) est passée de 16,9% en début de séjour à 20,7% en fin de séjour.

■ Au total

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

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

■ Comportement et relation



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 12 550 séjours analysés, on relève en première semaine d'hospitalisation un score de dépendance total de 45 210, 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 45 619, soit un score moyen de 3,6 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 5 872 en début de séjour à 5 930 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, 4 036 séjours, soit 32,2% de l'ensemble des séjours, ont une durée de séjour supérieure ou égale à 30 jours.

Ces séjours représentent 33 095 semaines d'hospitalisation et 208 144 journées de soins dispensés, soit 60,4% de l'ensemble des journées réalisées.

La durée moyenne de séjour (DMS)** est de 52 jours.
L'âge moyen de ces patients est de 80 ans.

La principale Catégorie Majeure Clinique est la CMC 17 Poursuites de Soins Médicaux Post-Traumatiques : 9129 semaines d'hospitalisation (27,6%).

* 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 2008 et 2009

■ Données générales

Le nombre total de RHS entre ces deux périodes a augmenté : 66 884 RHS en 2008 et 69 636 RHS en 2009.

La durée moyenne de séjour* durant ces deux années est restée stable : 27,8 jours en 2008 et 27,5 jours en 2009.

La moyenne d'âge des patients est passée de 79,6 ans en 2008 à 78,9 ans en 2009.

■ Mouvements

La répartition des modes d'entrée et de sortie a peu évolué au cours de ces deux dernières années. Les admissions en service de Soins de Suite ou de Réadaptation sont majoritairement des entrées par transfert.

■ Morbidité

Les principales évolutions des catégories majeures cliniques se résument ainsi :

Catégories Majeures Cliniques	Année 2008	Année 2009
CMC 17 Poursuites de soins médicaux post-traumatique	20,4%	21,2%
CMC 11 Poursuites de soins médicaux cardio-vasculaires/respiratoire	13,5%	13,9%
CMC 12 Poursuites de soins médicaux neuro-musculaires	13,7%	13,0%
CMC 15 Poursuites de soins médicaux viscéral	10,0%	10,5%
CMC 13 Poursuites de soins médicaux santé mentale	8,1%	9,4%

Source : PMSI SSR 2009

Exploitation ORS Bretagne

L'évolution entre 2008 et 2009 est marquée par une légère augmentation de la CMC 13 Poursuites de soins médicaux santé mentale, les autres CMC ayant peu varié.

Le nombre moyen de Diagnostic Associés Significatifs par RHS est passé de 3,2 en 2008 à 4,2 en 2009.

Le nombre total d'actes médicaux recueillis a augmenté : 9 023 actes en 2008 et 13 245 actes en 2009.

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

Glossaire

Affection Etiologique (AE) : c'est l'étiologie de la Manifestation morbide principale, c'est-à-dire sa cause, son origine.
(BO Guide méthodologique de production des RHS, PMSI – SSR)

Catalogue des Actes de Rééducation-Réadaptation (CdARR) : Les activités de rééducation-réadaptation recensées dans le résumé hebdomadaire standardisé sont définies et décrites dans le Catalogue des Actes de Rééducation-Réadaptation publié au Bulletin Officiel.
(BO Guide méthodologique de production des RHS, PMSI - SSR)

Catégorie Majeure Clinique (CMC) : grand groupe clinique dans lequel les RHS sont classés dans un premier temps selon l'algorithme de la classification, avant leur classement en Groupes de Morbidité Dominante (GMD).

Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) : 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.

Classification Internationale des Maladies, 10^{ème} révision (CIM 10) : publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé et actualisée régulièrement, elle est utilisée pour coder les diagnostics dans les RHS, et représente donc l'outil de description de la morbidité.

Code Géographique : élaboré selon un système de codage national tel que le niveau de découpage géographique représente au moins 1 000 habitants. Ce code est égal, soit au code postal du bureau distributeur, soit au code de regroupement afin de réunir plus de 1 000 habitants.

Comorbidités et actes valorisants (CAV) : Diagnostic ou acte marqueur d'une différenciation statistique de consommation de ressources.

La variable CAV est une variable dichotomique dans la pondération IVA et elle ne peut prendre que deux valeurs : oui / non. Pour être classée « oui » il faut que le RHS contienne :

- soit un des codes CIM-10 appartenant à une liste fermée de diagnostics CAV, renseigné en diagnostic associé significatif. Ce code doit être non semblable aux informations des champs « Finalité principale de prise en charge », « Manifestation morbide principale » et « Affection étiologique ». Ce caractère non semblable est vérifié à l'aide de listes d'exclusions propres à chaque code CIM-10 considéré comme CAV,

- soit un des codes CCAM appartenant à la liste fermée d'actes CAV et codé dans la zone « Actes médicaux » du RHS.

Les listes de codes CIM-10 et CCAM retenus comme CAV sont détaillées dans le **Manuel de groupage du PMSI SSR et de valorisation IVA**.

(ATIH – Annexe 1 : évolution du recueil PMSI SSR 2009 – novembre 2008)

Diagnostics Associés Significatifs (DAS) : ils constituent l'une des 4 variables de morbidité recueillies dans le résumé hebdomadaire standardisé. Ils décrivent les motifs de prise en charge et/ou pathologies associées à la "finalité principale de prise en charge" du patient et/ou à la "manifestation morbide principale" de celui-ci.

Est considérée comme significative toute comorbidité associée, ayant donné lieu à une prise en charge diagnostique ou thérapeutique au cours de la semaine considérée, dans le cadre d'une affection nouvelle, d'une évolution d'une affection connue avec ou sans facteur déclenchant, d'une décompensation d'une altération organique connue, d'une affection aiguë intercurrente à durée limitée, d'une affection chronique en cours de traitement. Les antécédents (maladies dont le patient a souffert antérieurement mais qui sont guéries) ne doivent pas être retenus comme significatifs.

(BO Guide méthodologique de production des RHS, PMSI - SSR)

Exhaustivité : tout séjour qui a donné lieu à l'ouverture d'un dossier administratif dans une unité de soins de suite ou de réadaptation doit faire l'objet d'un RHS.

Finalité Principale de Prise en Charge (FPPC) : elle constitue l'une des 4 variables de morbidité recueillies sur le Résumé Hebdomadaire Standardisé. Elle précise "comment" le malade est pris en charge au cours de la semaine observée. Il s'agit d'une action qui peut le plus souvent être décrite par un verbe en répondant aux questions : qu'est-ce qui a été fait à ce patient pendant cette semaine, sur quoi a porté l'essentiel de l'action médicale et soignante pendant cette semaine chez ce patient ?

(BO Guide méthodologique de production des RHS, PMSI – SSR)

Groupage : réalisé par un "logiciel groupeur", le groupage classe les Résumés Hebdomadaires Standardisés dans des Catégories Majeures Cliniques puis dans des Groupes de Morbidité Dominante suivant l'algorithme de la classification.

Groupe Morbidité Dominante (GMD) : chaque RHS fait l'objet d'un classement dans un Groupe Morbidité Dominante (GMD) selon l'algorithme de la classification SSR.

Manifestation Morbide Principale (MMP) : elle constitue l'une des 4 variables de morbidité recueillies dans le Résumé Hebdomadaire Standardisé. Elle décrit l'altération ou le problème fonctionnel ou organique principalement pris en charge au cours de la semaine observée.

(BO Guide méthodologique de production des RHS PMSI - SSR)

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)

Rééducation-réadaptation : elle est constituée des 12 activités suivantes : adaptation d'appareillage, balnéothérapie, bilans, rééducation collective, rééducation respiratoire et cardio-vasculaire, rééducation nutritionnelle, rééducation mécanique, rééducation neuro-psychologique, physiothérapie, réadaptation-réinsertion, rééducation sensori-motrice, rééducation sphinctérienne et urologique.

Résumé Hebdomadaire Anonyme (RHA) : il s'agit d'une version anonymisée des Résumés Hebdomadaires Standardisés réalisée à partir des fichiers PMSI (RHS), ANO-HOSP, HOSP-PMSI.

L'anonymisation des RHS en RHA est effectuée en vue de la communication des données aux tutelles, en corrélation avec la production de Suites Semestrielles de Résumés Hebdomadaires Anonymes (SSRHA). Les données d'identité ne figurent ni sur les RHA, ni sur les SSRHA.

(Le Journal Officiel n° 196 du 26 août 1998, arrêté du 29 juillet 1998)

Résumé Hebdomadaire Standardisé (RHS) : il constitue le recueil des données du PMSI - SSR et comporte des données administratives, de morbidité, de dépendance et de rééducation-réadaptation.

Semaine d'hospitalisation ou **semaine-patient** : le résumé hebdomadaire standardisé (RHS) est souvent évoqué sous les termes de semaine d'hospitalisation ou de semaine-patient. Il s'agit dans tous les cas du recueil des données du PMSI-SSR, qui est réalisé de manière hebdomadaire.

Suite Semestrielle de Résumés Hebdomadaires Anonymes (SSRHA) : elle est constituée à partir des fichiers PMSI (RHS), ANO-HOSP, HOSP-PMSI.

Elle comporte des informations complémentaires de celles apportées par les Résumés Hebdomadaires Anonymes (RHA) et fournit une image synthétique du déroulement d'un séjour au cours de l'année.

(Le Journal Officiel n° 196 du 26 août 1998, arrêté du 29 juillet 1998)

Soins de suite ou de réadaptation (SSR) : ils sont constitués de plus de 80 disciplines d'équipement dont les plus représentées sont les centres de convalescence, le repos-régime et la rééducation et réadaptation professionnelle (ils rassemblent à eux seuls près des 3/4 des journées d'hospitalisation en SSR).

ZAIGU : La mention ZAIGU en finalité principale de prise en charge indique la prise en charge d'une affection à sa phase aiguë par le service de soins de suite ou de réadaptation. Il s'agit d'une situation exceptionnelle, qui se produit lorsqu'apparaît pendant l'hospitalisation en "soins de suite ou de réadaptation" une complication ou une affection intercurrente aiguë et que celle-ci est prise en charge dans l'unité de soins de suite ou de réadaptation.

(BO Guide méthodologique de production des RHS, PMSI – SSR)