

Juillet 2010

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

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

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

**Résultats du programme de
Médicalisation des systèmes
d'information (P.M.S.I.)
Projet commun à 21 établissements**

Année 2009



Rapport réalisé à la demande des hôpitaux de proximité de Bretagne, Ex hôpitaux locaux de 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 hôpitaux participant, qu'ils en soient remerciés.

Le rapport a été rédigé à l'ORS Bretagne sous la responsabilité de Jilali ZITOUNI en collaboration avec Patricia FRASLIN, Emmanuelle PAUSE et 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. 21 hôpitaux de proximité de la région Bretagne 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	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.

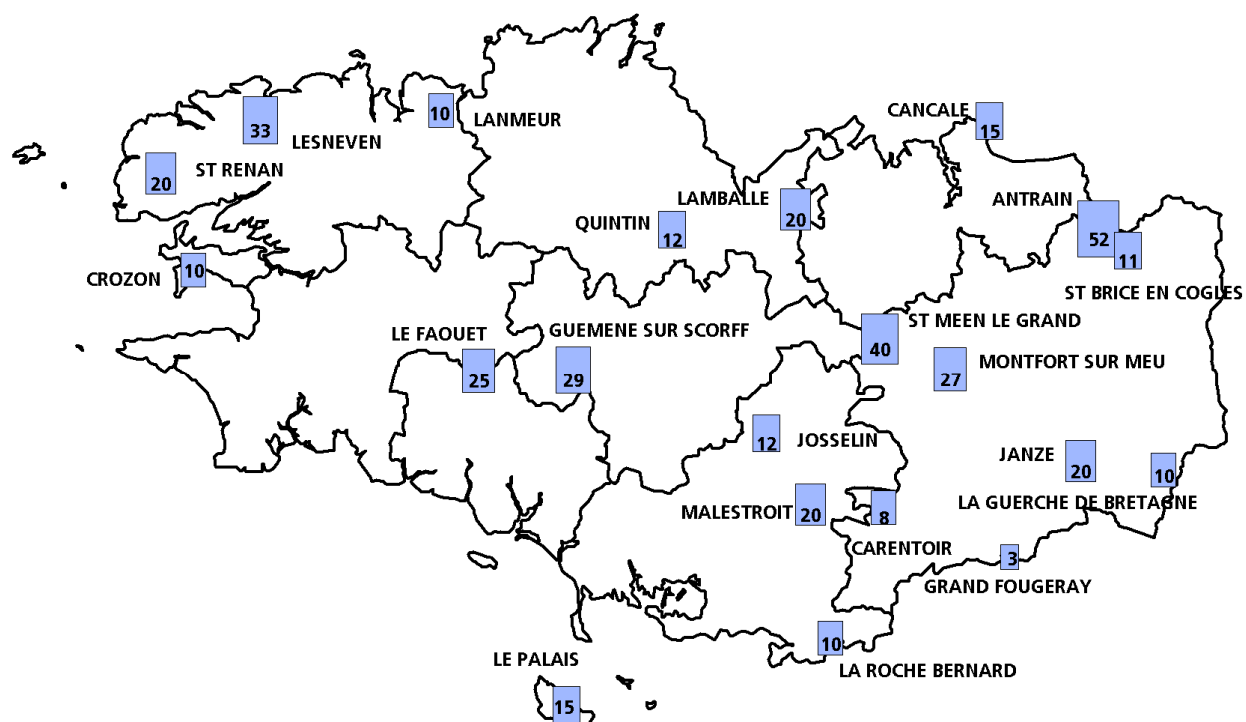
Le PMSI-SSR est un outil de description médico-économique de l'activité de Soins de Suite ou de Réadaptation, et par là même un outil de répartition de moyens. En effet, selon le PMSI-SSR, les établissements de santé produisent des séquences de prises en charge diagnostiques et thérapeutiques consommant 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 des 21 établissements Bretons participant au système d'information de l'O.R.S. Bretagne 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 de proximité participant au système d'information de l'ORS Bretagne dans le cadre du PMSI SSR en 2009



■ Nombre de lits d'hospitalisation complète en Soins de Suite ou de Réadaptation au 1^{er} janvier 2009

(Pour l'Hôpital de Quintin, l'activité SSR a débuté à compter de juin 2009. L'Hôpital de La Roche Bernard compte 17 lits à partir de mars 2009, les 7 lits de médecine ayant été convertis en SSR)

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

Exploitation ORS Bretagne

Présentation des établissements participant au système d'information

En 2009, 21 hôpitaux de la région Bretagne 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 411 lits de Soins de Suite ou de Réadaptation, soit en moyenne 20 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 Bretagne								
Antrain ¹ (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 Faouët (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
TOTAL	294	411	605	15	2 767	538	143	4 773

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

Exploitation ORS Bretagne

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

Ce présent rapport concerne l'activité des services de **Soins de Suite ou de Réadaptation**.

¹ Seule l'activité du service de Soins de Suite est prise en compte 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.

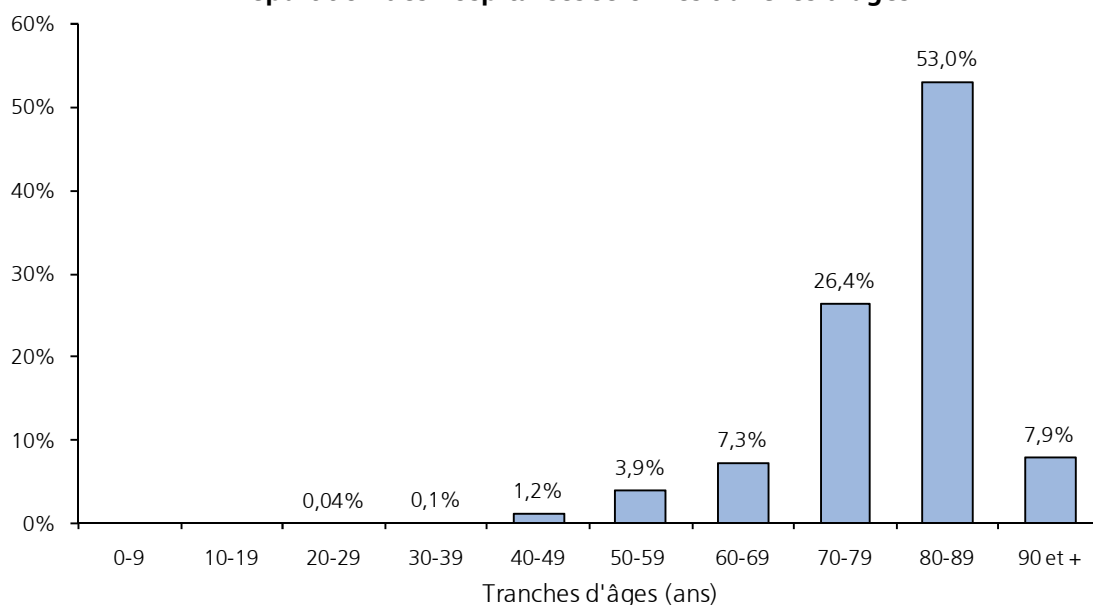
Au cours de l'année 2009, 5 179 séjours ont été réalisés dans le service de Soins de Suite ou de Réadaptation des 21 hôpitaux de proximité de la région Bretagne. Les 5 179 séjours représentent 22 648 semaines d'hospitalisation, soit un total de 130 305 journées réalisées. Les 21 hôpitaux de proximité de la région Bretagne ont accueilli 3 808 patients.

La population hospitalisée

La population prise en charge est majoritairement féminine. 3 288 séjours féminins (63,5%) et 1 891 séjours masculins (36,5%) ont été réalisés dans les services de Soins de Suite ou de Réadaptation.

L'âge moyen des personnes hospitalisées est de 79,6 ans. L'âge moyen des femmes est de 81,2 ans et celui des hommes est de 76,6 ans.

Répartition des hospitalisés selon les tranches d'âges



Source : PMSISSR 2009

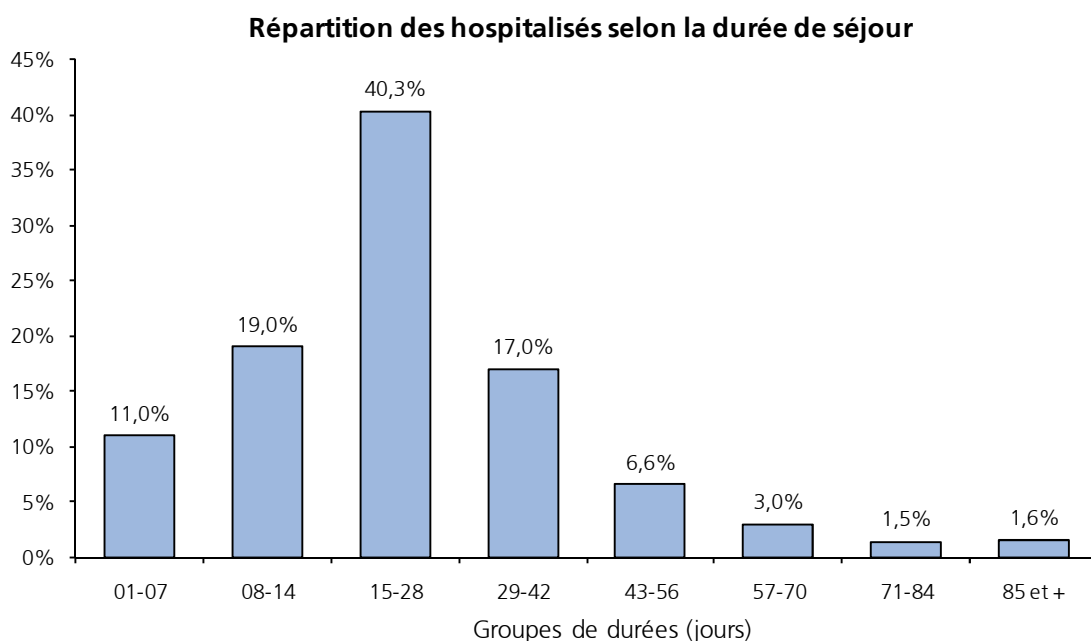
Exploitation ORS Bretagne

4/5 des hospitalisés sont représentés dans les tranches d'âges des 70-79 ans et des 80-89 ans.

Durée Moyenne de Séjour

Le nombre de séjours complets, entièrement réalisés au cours de l'année, est de 4 543 et correspond à un ensemble de 112 760 journées d'hospitalisation*.

La durée moyenne de séjour (D.M.S.**) est de 24,8 jours.



Source : PMSISSR 2009

Exploitation ORS Bretagne

Les séjours d'une durée inférieure à 4 semaines d'hospitalisation représentent 70,3% des hospitalisations. 30% des séjours ont une durée de moins de 15 jours.

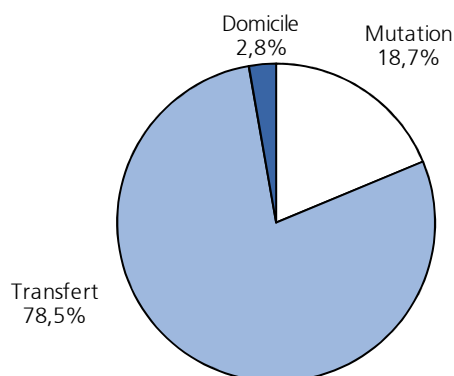
* Dans ce rapport, l'analyse porte uniquement sur les journées de présence.

** 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 4 906 et le nombre de sorties de 4 833.

Modes d'entrées

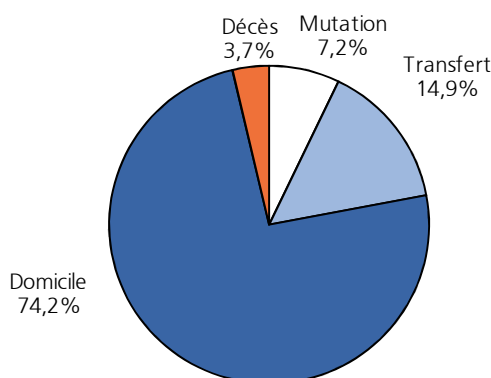


Source : PMSISSR 2009

Exploitation ORS Bretagne

78,5% 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 18,7% des entrées.

Modes de sorties



Source : PMSISSR 2009

Exploitation ORS Bretagne

Les retours au domicile (y compris domicile collectif) représentent 74,2% des hospitalisations. Les sorties par transfert vers un autre établissement représentent 14,9% des hospitalisations et les sorties par mutation vers un autre service de l'établissement 7,2%.

Au cours de l'année 2009, 179 décès, soit 3,7% des hospitalisations, sont survenus dans les services de Soins de Suite ou de Réadaptation.

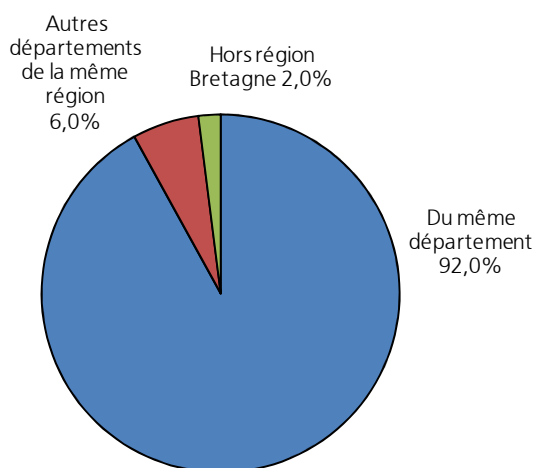
Pour les entrées par transfert d'un autre établissement, 73,9% des hospitalisés retournent à leur domicile, 6,5% sont mutés vers un autre service de l'établissement et 16,1% sont transférés vers un autre établissement.

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.

Provenance des patients



Source : PMSI SSR 2009

Exploitation ORS Bretagne

Sur les 5 179 séjours réalisés au sein des 21 établissements bretons, 4 764 séjours, soit 92% des hospitalisations, concernent des patients domiciliés dans le département d'implantation de l'établissement.

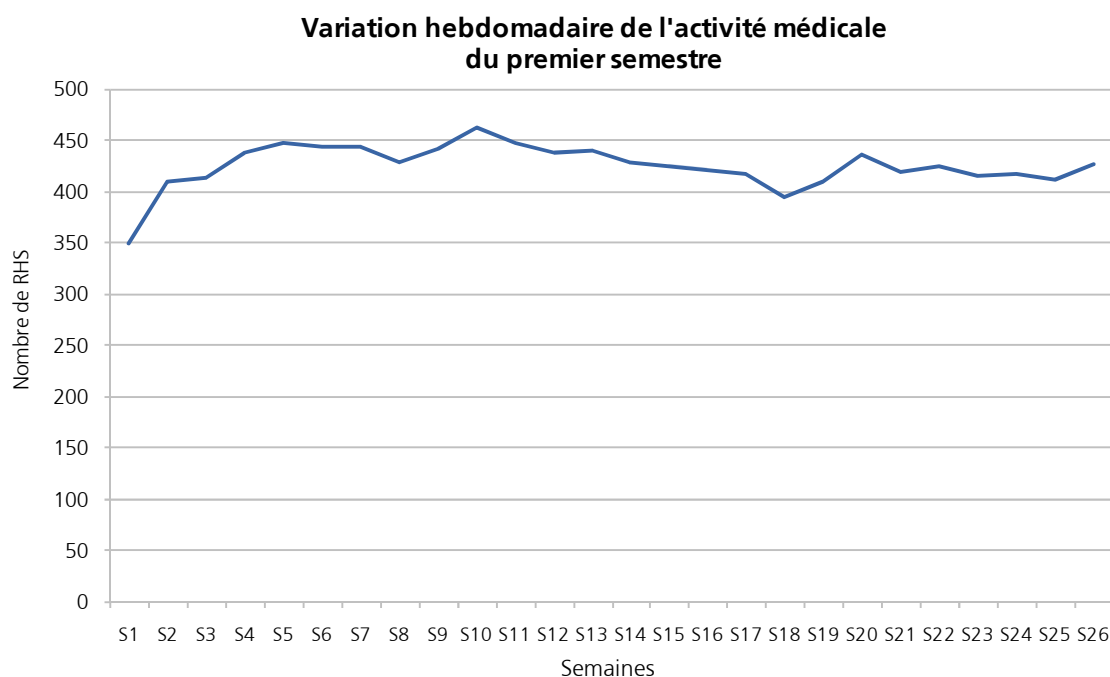
Les 415 séjours restants, soit 8% des admissions, se répartissent de la manière suivante :

- 312 hospitalisés, soit 6%, sont domiciliés dans un autre département breton que le département de l'établissement,
- 103 hospitalisés, soit 2% sont domiciliés en dehors de la région Bretagne.

L'activité médicale par semaine d'hospitalisation

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

Variation hebdomadaire de l'activité médicale



Source : PMSI SSR 2009

Exploitation ORS Bretagne

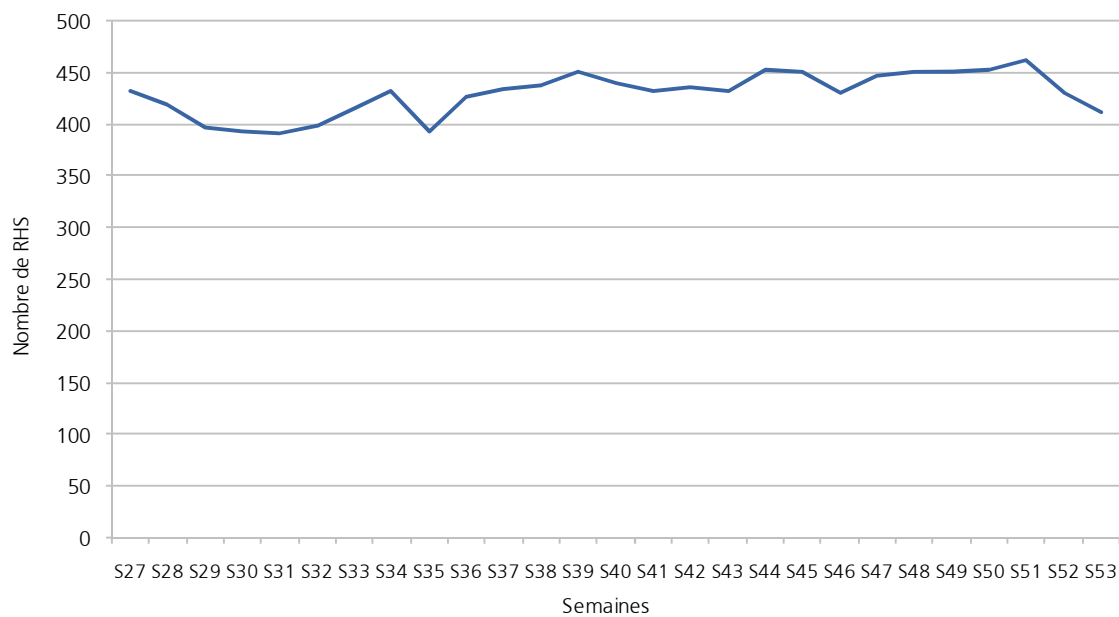
Le nombre moyen de RHS* produit par semaine est de 424,6.

* 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.

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.

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 430.

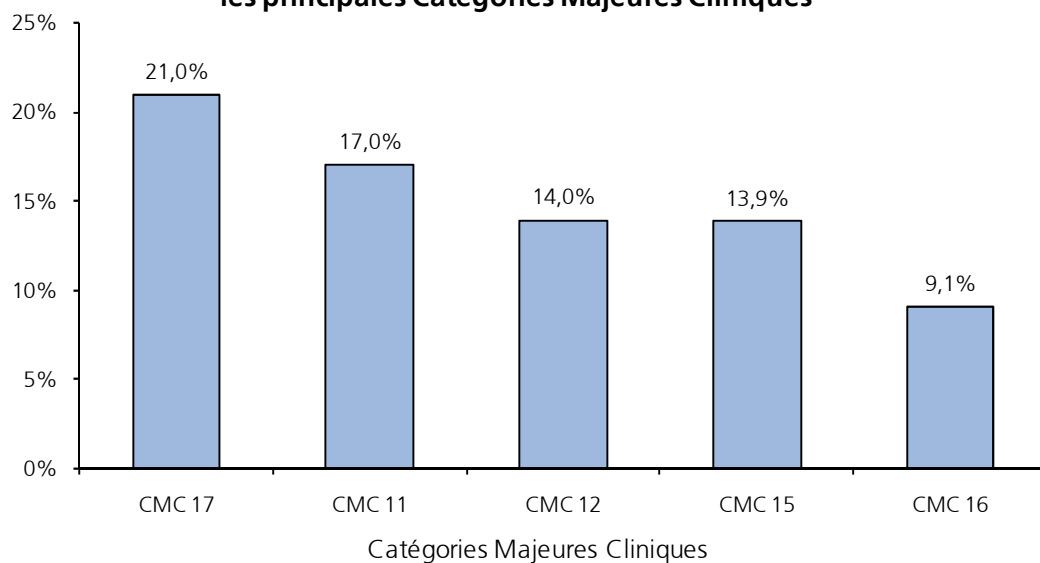
L'activité médicale par Catégorie Majeure Clinique (C.M.C.)

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 de l'établissement.

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

Cinq catégories de diagnostics regroupent 75% 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% 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 Poursuite de soins médicaux neuro-musculaires
CMC 15 Poursuites de soins médicaux viscéral
CMC 16 Poursuites de soins médicaux rhumato/orthopédique

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

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

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

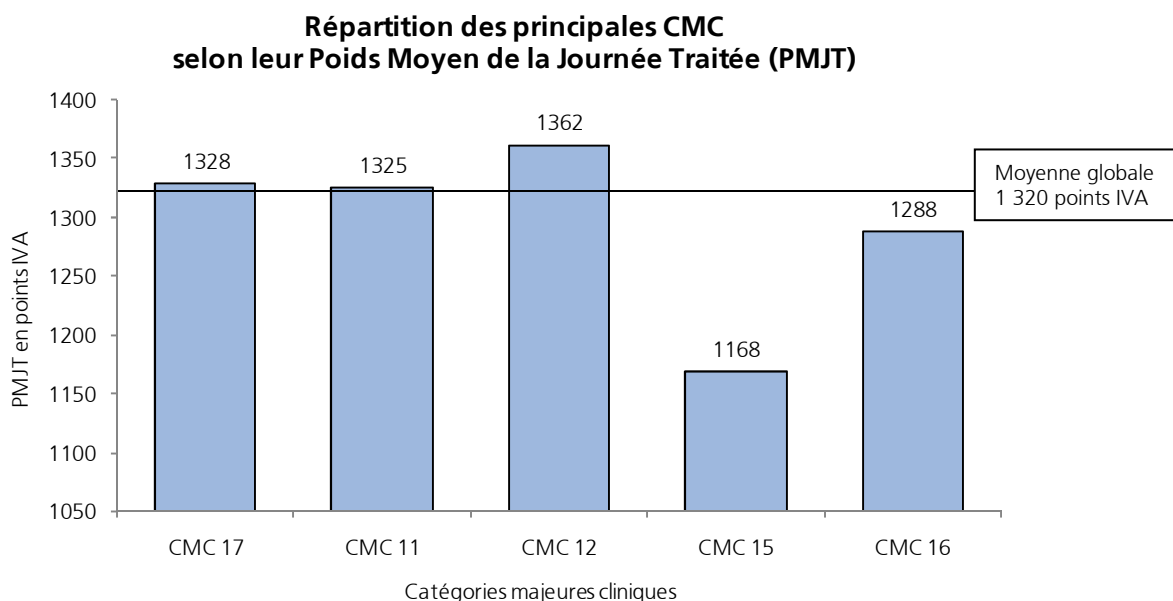
Chaque GMD appartient à une seule Catégorie Majeure Clinique.

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

En 2009, les Résumés Hebdomadaires Standardisés (RHS) représentent une valorisation de 172 060 674 points IVA.

Le Poids Moyen de la Journée Traitée (PMJT) est de 1 320 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 Poursuite de soins médicaux neuro-musculaires
CMC 15 Poursuites de soins médicaux viscéral
CMC 16 Poursuites de soins médicaux rhumato/orthopédique

■ Principales Catégories Majeures Cliniques

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

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

4 749 semaines d'hospitalisation ont été réalisées dans la CMC 17, soit 28 569 journées. L'âge moyen des patients est de 80,9 ans. Cette CMC comptabilise 37 949 244 points IVA, soit un poids moyen de la journée traitée de 1 328 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 : 2 035 RHS,
- GMD 17A20 - Autres lésions du système ostéoarticulaire d'origine traumatique, âge supérieur à 18 ans : 1 012 RHS,
- GMD 17A08 - Fracture du col du fémur avec pose de prothèse de hanche, âge supérieur à 18 ans : 714 RHS,
- GMD 17A09 - Fracture du col du fémur avec ostéosynthèse, âge supérieur à 18 ans : 412 RHS,
- GMD 17A03 - Lésions traumatiques multiples, complexes et compliquées, âge supérieur à 18 ans : 400 RHS.

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

- Autres thérapies physiques : 1 550 RHS,
- Convalescence après traitement d'une fracture : 1 427 RHS,
- Convalescence après intervention chirurgicale : 941 RHS,
- Autres formes précisées de soins médicaux, non classées ailleurs : 355 RHS,
- Convalescence après un autre traitement : 330 RHS.

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

- Présence d'implants d'articulations orthopédiques : 968 RHS,
- Présence d'autres implants osseux et tendineux : 640 RHS,
- Fracture fermée du col du fémur : 509 RHS,
- Fracture fermée de l'extrémité supérieure de l'humérus : 209 RHS,
- Fracture fermée du trochanter : 156 RHS.

Les Affections Etiologiques (AE) les plus représentées sont :

- Fracture fermée du col du fémur : 965 RHS,
- Fracture fermée du trochanter : 193 RHS,
- Fracture fermée de la diaphyse fémorale : 108 RHS,
- Fracture fermée de l'extrémité inférieure du fémur : 63 RHS,
- Fracture fermée de l'extrémité supérieure de l'humérus : 57 RHS.

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

3 857 semaines d'hospitalisation ont été réalisées dans la CMC 11, soit 21 555 journées. L'âge moyen des patients est de 81,9 ans. Cette CMC comptabilise 28 559 608 points IVA, soit un poids moyen de la journée traitée de 1 325 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 : 2 589 RHS,
- GMD 11A01 - Insuffisances cardiaques et insuffisances respiratoires chroniques, âge supérieur à 18 ans : 1 188 RHS,
- GMD 11A02 - Tumeurs malignes de l'appareil respiratoire et affections respiratoires liées au VIH, âge supérieur à 18 ans : 80 RHS.

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

- Convalescence après un autre traitement : 1 747 RHS,
- Autres formes précisées de soins médicaux, non classées ailleurs : 1 169 RHS,
- Convalescence après intervention chirurgicale : 331 RHS,
- Autres thérapies physiques : 305 RHS,
- Prise en charge aigüe : 201 RHS.

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

- Insuffisance cardiaque congestive : 445 RHS,
- Insuffisance cardiaque, sans précision : 293 RHS,
- Dyspnée : 169 RHS,
- Bronchopneumopathie, sans précision : 151 RHS,
- Insuffisance ventriculaire gauche : 139 RHS.

Les Affections Etiologiques (AE) les plus représentées sont :

- Insuffisance cardiaque congestive : 121 RHS,
- Fibrillation et flutter auriculaires : 111 RHS,
- Sténose (de la valvule) aortique (non rhumatismale) : 65 RHS,
- Athérosclérose des artères distales : 63 RHS,
- Autres maladies pulmonaires obstructives chroniques précisées : 62 RHS.

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

3 161 semaines d'hospitalisation ont été réalisées dans la CMC 12, soit 18 520 journées. L'âge moyen des patients est de 76,2 ans. Cette CMC comptabilise 25 218 285 points IVA, soit un poids moyen de la journée traitée de 1 362 points IVA.

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

- GMD 12A22 - Autres affections du système nerveux, âge supérieur à 18 ans : 1 963 RHS,
- GMD 12A02 - Lésions cérébrales non traumatiques, âge supérieur à 18 ans : 1 063 RHS,
- GMD 12A03 - Lésions cérébrales traumatiques, âge supérieur à 18 ans : 69 RHS,
- GMD 12A04 - Paraplégies, âge supérieur à 18 ans : 49 RHS,
- GMD 12A05 - Monoplégies, âge supérieur à 18 ans : 17 RHS.

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

- Convalescence après un autre traitement : 1 198 RHS,
- Autres formes précisées de soins médicaux, non classées ailleurs : 949 RHS,
- Autres thérapies physiques : 694 RHS,
- Convalescence après traitement d'une fracture : 102 RHS,
- Soins impliquant d'autres moyens de rééducation : 90 RHS.

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

- Chutes à répétition, non classées ailleurs : 478 RHS,
- Accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus : 300 RHS,
- Sclérose en plaques : 211 RHS,
- Difficulté à la marche, non classée ailleurs : 178 RHS,
- Hémiplégie spastique : 117 RHS.

Les Affections Etiologiques (AE) les plus représentées sont :

- Infarctus cérébral dû à une occlusion ou sténose des artères cérébrales, de mécanisme non précisé : 97 RHS,
- Accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus : 86 RHS,
- Fibrillation et flutter auriculaires : 44 RHS,
- Infarctus cérébral dû à une thrombose des artères cérébrales : 39 RHS,
- Hémorragie intracérébrale, sans précision : 37 RHS.

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

3 137 semaines d'hospitalisation ont été réalisées dans la CMC 15, soit 17 440 journées. L'âge moyen des patients est de 77,6 ans. Cette CMC comptabilise 20 372 331 points IVA, soit un poids moyen de la journée traitée de 1 168 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 : 2 051 RHS,
- GMD 15A01 - Hémopathies et certaines tumeurs malignes, âge supérieur à 18 ans : 1 086 RHS.

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

- Convalescence après intervention chirurgicale : 972 RHS,
- Autres formes précisées de soins médicaux, non classées ailleurs : 792 RHS,
- Convalescence après un autre traitement : 775 RHS,
- Autres thérapies physiques : 176 RHS,
- Convalescence après chimiothérapie : 170 RHS.

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

- Absence acquise d'autres parties de l'appareil digestif : 265 RHS,
- Tumeur maligne du rectum : 128 RHS,
- Infection des voies urinaires, siège non précisé : 73 RHS,
- Hernie inguinale, (unilatérale ou) sans précision(, sans occlusion ni gangrène) : 68 RHS,
- Occlusions intestinales, autres et sans précision : 67 RHS.

Les Affections Etiologiques (AE) les plus représentées sont :

- Cirrhose alcoolique (du foie) : 58 RHS,
- Accident ischémique transitoire de territoires artériels précérébraux multiples et bilatéraux : 53 RHS,
- Tumeur maligne du rectum : 31 RHS,
- Hyperplasie de la prostate : 28 RHS,
- Occlusions intestinales, autres et sans précision : 27 RHS.

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

2 054 semaines d'hospitalisation ont été réalisées dans la CMC 16, soit 11 808 journées. L'âge moyen des patients est de 77,8 ans. Cette CMC comptabilise 15 204 936 points IVA, soit un poids moyen de la journée traitée de 1 288 points IVA.

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

- GMD 16A01 - Arthropathies non infectieuses et non inflammatoires, âge supérieur à 18 ans : 994 RHS,
- GMD 16A03 - Affections de la colonne vertébrale, âge supérieur à 18 ans : 320 RHS,
- GMD 16A20 - Affections du système ostéoarticulaire non classées ailleurs, âge supérieur à 18 ans : 279 RHS,
- GMD 16A05 - Complications et suivi d'implants ostéoarticulaires, âge supérieur à 18 ans : 236 RHS,
- GMD 16A02 - Arthropathies infectieuses et inflammatoires, ostéites et myopathies, âge supérieur à 18 ans : 161 RHS.

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

- Convalescence après intervention chirurgicale : 633 RHS,
- Autres thérapies physiques : 542 RHS,
- Convalescence après un autre traitement : 387 RHS,
- Autres formes précisées de soins médicaux, non classées ailleurs : 300 RHS,
- Convalescence après traitement d'une fracture : 98 RHS.

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

- Présence d'implants d'articulations orthopédiques : 739 RHS,
- Tassement vertébral, non classé ailleurs - Région lombaire : 97 RHS,
- Lombalgie basse - Région lombaire : 71 RHS,
- Présence d'arthrodèse : 70 RHS,
- Douleur au niveau d'un membre - Jambe : 39 RHS.

Les Affections Etiologiques (AE) les plus représentées sont :

- Autres coxarthroses primaires : 168 RHS,
- Coxarthrose, sans précision : 164 RHS,
- Coxarthrose primaire, bilatérale : 149 RHS,
- Gonarthrose primaire, bilatérale : 71 RHS,
- Complication mécanique d'une prothèse articulaire interne : 63 RHS.

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

■ Analyse par séjour

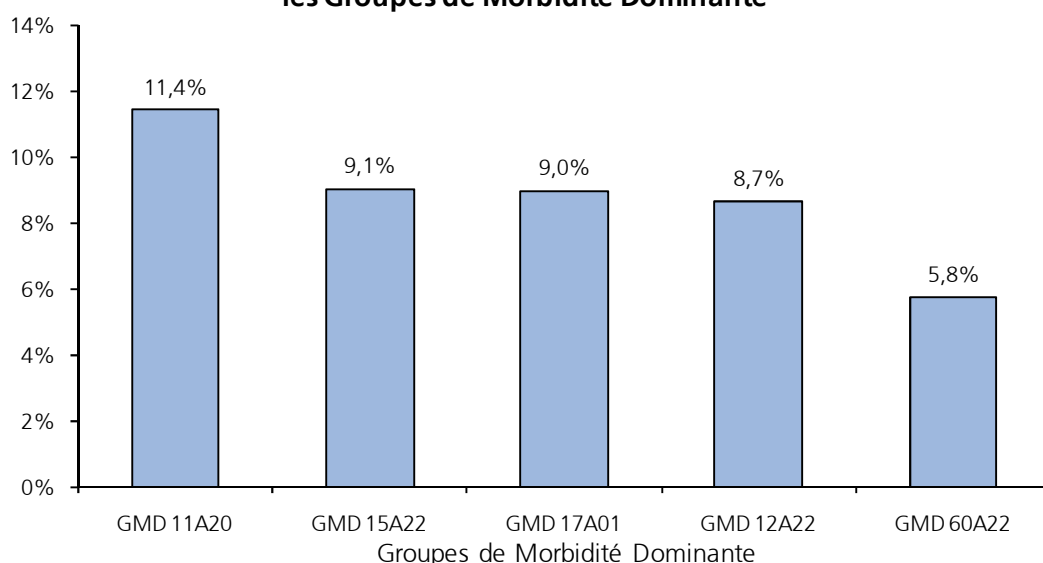
Une semaine d'hospitalisation est classée dans un et un seul Groupe de Morbidité Dominante. Au sein d'un séjour dans l'établissement, la prise en charge initiale d'un patient peut évoluer d'une semaine d'hospitalisation à une autre (c'est-à-dire changer de Groupe de Morbidité Dominante). 9,6% des séjours ont au moins deux prises en charge différentes.

■ Analyse par semaine d'hospitalisation

44% des semaines d'hospitalisations sont réparties dans cinq Groupes de Morbidité Dominante et totalisent à eux seuls 46 773 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 11,4% 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 15A22 Atteintes des organes digestifs et génito-urinaires en dehors des tumeurs malignes, 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 60A22 Autres affections, âge supérieur à 18 ans

■ Principaux Groupes de Morbidité Dominante

L'activité médicale des établissements est décrite par 40 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 2 589 Résumés Hebdomadaires Standardisés (RHS), soit 14 474 journées d'hospitalisation. L'âge moyen des patients est de 81,6 ans.
Ce GMD comptabilise 18 559 696 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 2 051 Résumés Hebdomadaires Standardisés (RHS), soit 11 440 journées d'hospitalisation. L'âge moyen des patients est de 78,3 ans.
Ce GMD comptabilise 14 148 865 points IVA.

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

Ce GMD a entraîné 2 035 Résumés Hebdomadaires Standardisés (RHS), soit 12 282 journées d'hospitalisation. L'âge moyen des patients est de 79,9 ans.
Ce GMD comptabilise 15 611 146 points IVA.

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

Ce GMD a entraîné 1 963 Résumés Hebdomadaires Standardisés (RHS), soit 11 376 journées d'hospitalisation. L'âge moyen des patients est de 75,7 ans.
Ce GMD comptabilise 14 589 466 points IVA.

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

Ce GMD a entraîné 1 303 Résumés Hebdomadaires Standardisés (RHS), soit 7 201 journées d'hospitalisation. L'âge moyen des patients est de 82,4 ans.
Ce GMD comptabilise 9 552 347 points IVA.

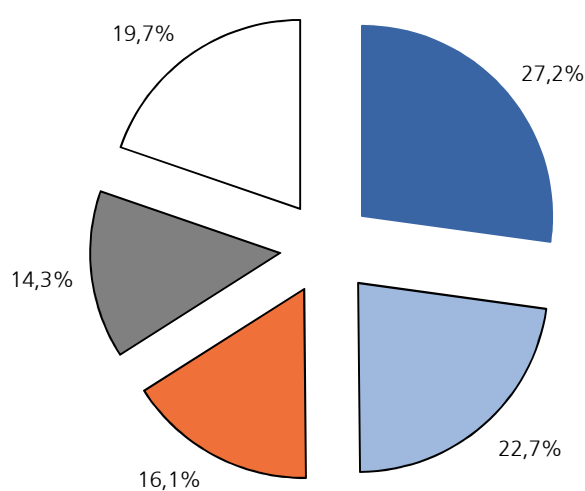
Répartition des semaines d'hospitalisation selon la Finalité Principale de Prise en Charge

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 : Convalescence après un autre traitement.

Elle représente 27,2% des semaines d'hospitalisation.

Les Finalités Principales de Prise en Charge



Source : PMSI SSR 2009

Exploitation ORS Bretagne

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

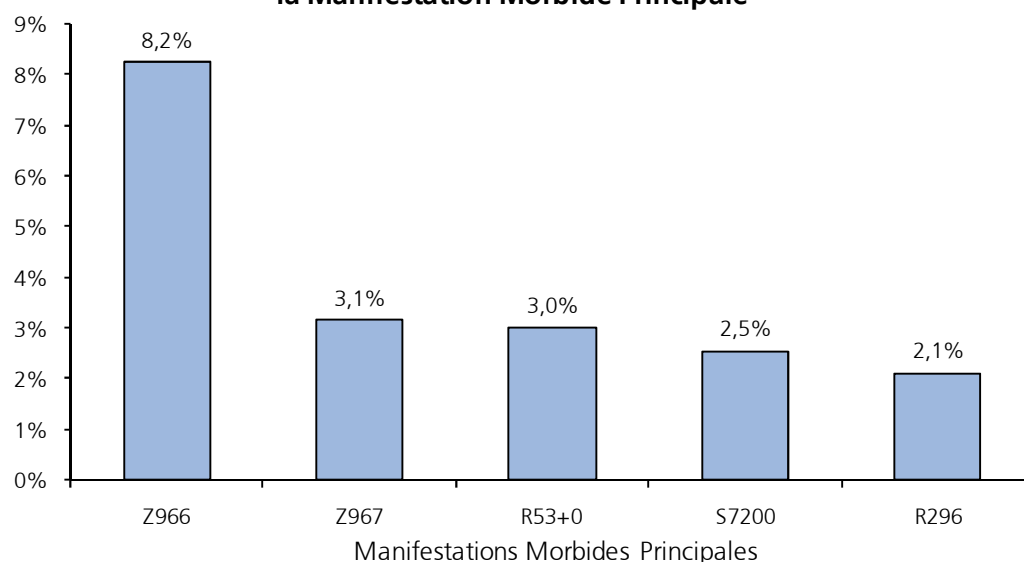
Répartition des semaines d'hospitalisation selon la Manifestation Morbide Principale

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 18,9% des semaines d'hospitalisation.

La Manifestation Morbide Principale la plus fréquente est : Présence d'implants d'articulations orthopédiques avec 8,2% des semaines d'hospitalisation.

Répartition des semaines d'hospitalisation selon la Manifestation Morbide Principale



Source : PMSISSR 2009

Exploitation ORS Bretagne

- Z966 Présence d'implants d'articulations orthopédiques
- Z967 Présence d'autres implants osseux et tendineux
- R53+0 Altération [baisse] de l'état général
- S7200 Fracture fermée du col du fémur
- R296 Chutes à répétition, non classées ailleurs

Répartition des semaines d'hospitalisation selon l'Affection Etiologique

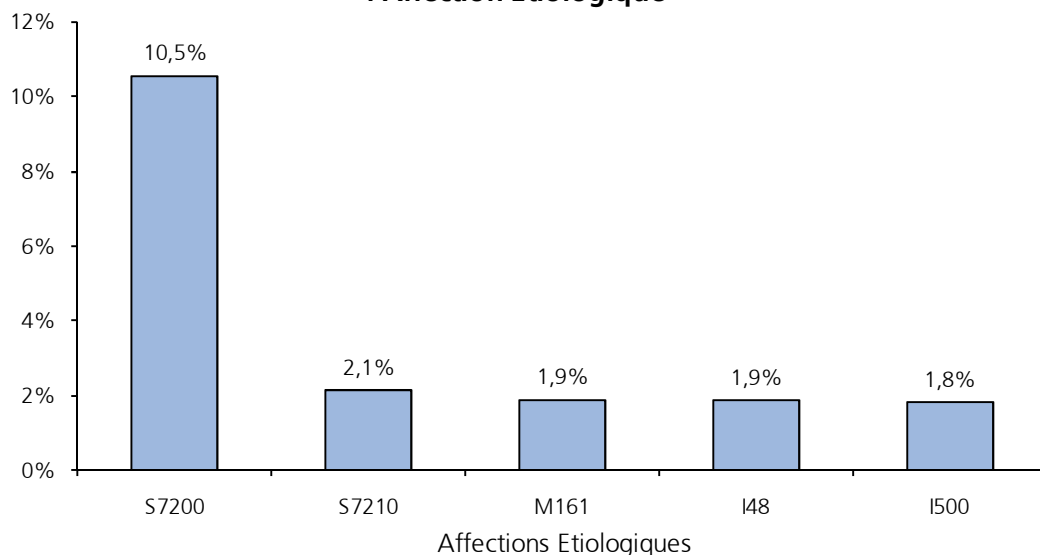
L'Affection Etiologique est l'affection à l'origine de la manifestation conduisant à la prise en charge au cours de la semaine d'hospitalisation.

L'Affection Etiologique est renseignée pour 46,2% des semaines d'hospitalisation.

Les cinq premières pathologies mentionnées en Affection Etiologique représentent 18,2% du nombre total d'affections étiologiques renseignées.

L'Affection Etiologique la plus mentionnée est : Fracture fermée du col du fémur (10,5%).

Répartition des semaines d'hospitalisation selon l'Affection Etiologique



Source : PMSISSR 2009

Exploitation ORS Bretagne

- S7200 Fracture fermée du col du fémur
- S7210 Fracture fermée du trochanter
- M161 Autres coxarthroses primaires
- I48 Fibrillation et flutter auriculaires
- I500 Insuffisance cardiaque congestive

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

En 2009, 84 331 diagnostics associés significatifs (DAS) ont été recensés pour 22 648 RHS, soit en moyenne 3,7 diagnostics pris en charge par l'équipe soignante par malade et par semaine d'hospitalisation. Pour les patients ayant au moins un Diagnostic Associé renseigné, la moyenne est de 4,4 par RHS.

A noter que 3 394 RHS, soit 15%, ne contiennent aucun Diagnostic Associé Significatif.

A l'inverse, pour 7 879 RHS (34,8%) 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 15,9% des pathologies associées à la morbidité principale.

La répartition de ces cinq diagnostics est la suivante :

- I10 Hypertension essentielle (primitive) : 6 566 RHS, soit 7,8% de l'ensemble des DAS,
- I48 Fibrillation et flutter auriculaires : 2 734 RHS, soit 3,2%,
- Z501 Autres thérapies physiques : 1 499 RHS, soit 1,8%,
- Z966 Présence d'implants d'articulations orthopédiques : 1 326 RHS, soit 1,6%,
- R296 Chutes à répétition, non classées ailleurs : 1 305 RHS, soit 1,5%.

Les Actes Médicaux les plus représentés

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

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

2 467 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 : 753 exécutions,
- DEQP003 Électrocardiographie sur au moins 12 dérivations : 429 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 : 210 exécutions,
- HSLD002 Alimentation entérale par sonde avec apport de plus de 35 kilocalories par kilogramme par jour [kcal/kg/jour], par 24 heures : 191 exécutions,
- HSLD001 Alimentation entérale par sonde avec apport de 20 à 35 kilocalories par kilogramme par jour [kcal/kg/jour], par 24 heures : 132 exécutions,
- JDJD001 Évacuation de la vessie par cathétérisme transitoire [Sondage vésical évacuateur] : 55 exécutions,
- ZBQK002 Radiographie du thorax : 54 exécutions,
- YYYYY030 Supplément pour réalisation d'un examen radiographique à images numérisées : 32 exécutions,
- HSLF002 Alimentation parentérale avec apport de 20 à 35 kilocalories par kilogramme par jour [kcal/kg/jour], par 24 heures : 29 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 2 644 séjours, soit 58,2% de l'ensemble des séjours. 87 920 actes de rééducation-réadaptation ont été réalisés, soit une moyenne de 33,3 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 1,9 par semaine pour les patients bénéficiant de séances de rééducation. Le nombre** moyen hebdomadaires d'actes de rééducation-réadaptation est 9,3.

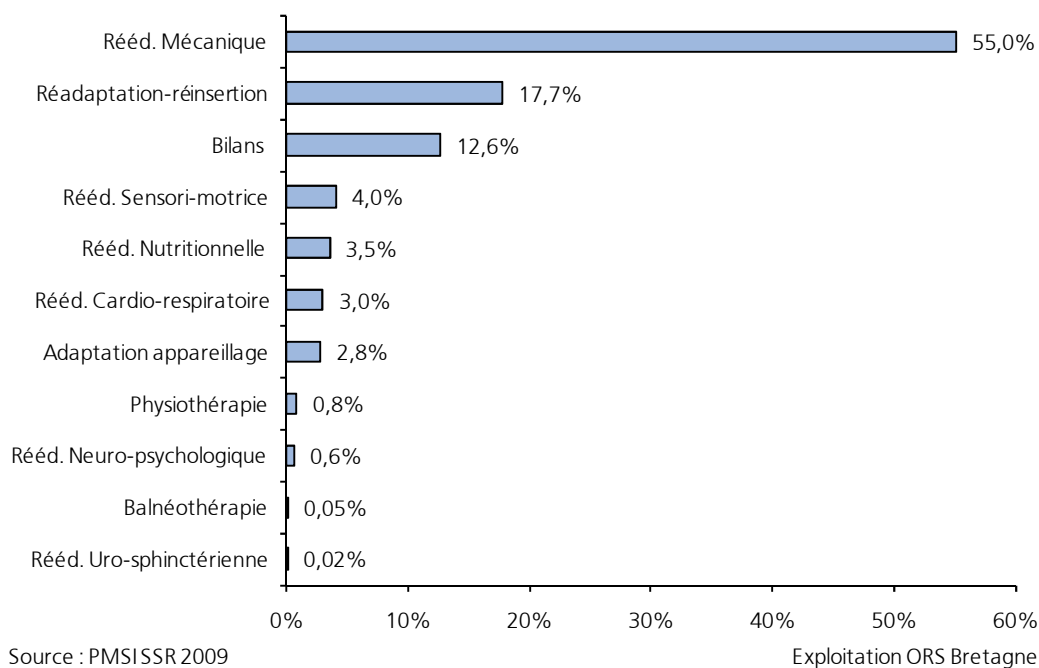
■ Activité de rééducation collective

726 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 5,1 par patient.

Répartition des actes de rééducation réadaptation



* 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 : 76 450 actes,
- Ergothérapeute : 10 203 actes,
- Infirmier : 6 246 actes,
- Diététicien : 3 189 actes,
- Médecin : 2 725 actes,
- Assistant service social : 755 actes,
- Psychologue : 310 actes,
- Autre intervenant : 209 actes,
- Orthophoniste : 62 actes,
- Non renseigné : 20 actes,
- Manipulateur électroradiologie : 3 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 (18 700 exécutions),
- RL21 Mobilisation articulaire active - tonification, renforcement musculaire (10 636 exécutions),
- RL18 Mobilisation articulaire passive (9 182 exécutions),
- RL16 Massage de base (5 262 exécutions),
- DL03 Entraînement à la marche dans l'établissement, avec ou sans aide technique de marche (4 895 exécutions),
- RL25 Verticalisation (4 812 exécutions),
- RP08 Information et formation du patient et/ ou de l'entourage (3 174 exécutions),
- RL67 Apprentissage analytique de tous types de transferts (2 845 exécutions),
- RF10 Synthèse de rééducation (2 730 exécutions),
- NU03 Surveillance et suivi nutritionnels (2 721 exécutions),
- RP09 Travail relationnel (2 326 exécutions),
- RR03 Désencombrement respiratoire (2 129 exécutions),
- RL02 Bilan de la douleur, qualitatif et quantitatif (2 121 exécutions),
- DL08 Mise en situation et entraînement aux aides à la déambulation, dans l'établissement (2 108 exécutions),
- RL68 Rééducation de la fonction d'équilibration chez l'adulte (1 872 exécutions),
- RF11 Synthèse de réadaptation (1 530 exécutions).

La dépendance

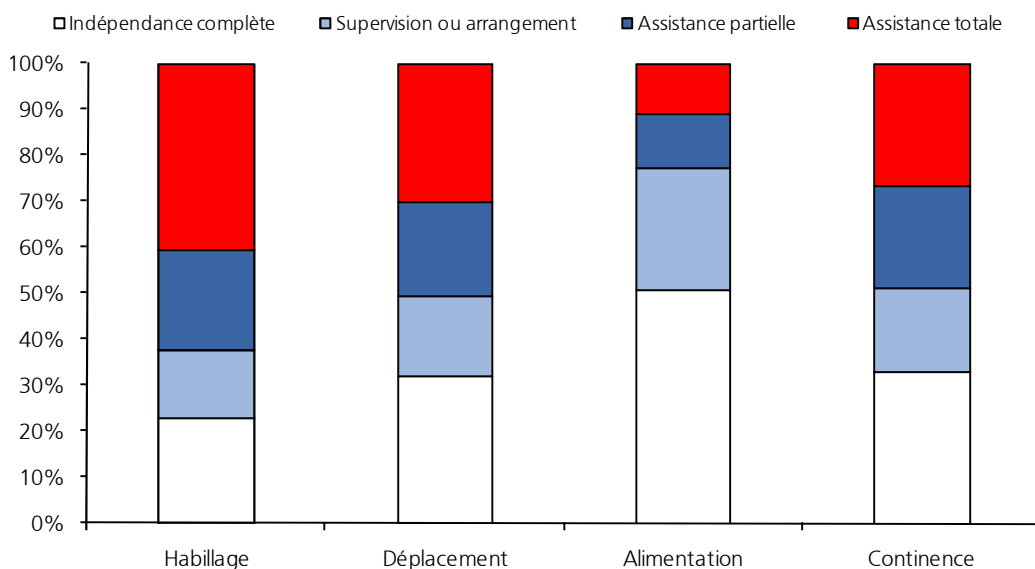
La dépendance des patients est appréciée par 6 événements de la vie quotidienne : l'habillage, le déplacement, l'alimentation, la continence, le comportement et la relation.

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 9,5 (sur une échelle allant de 4 à 16).

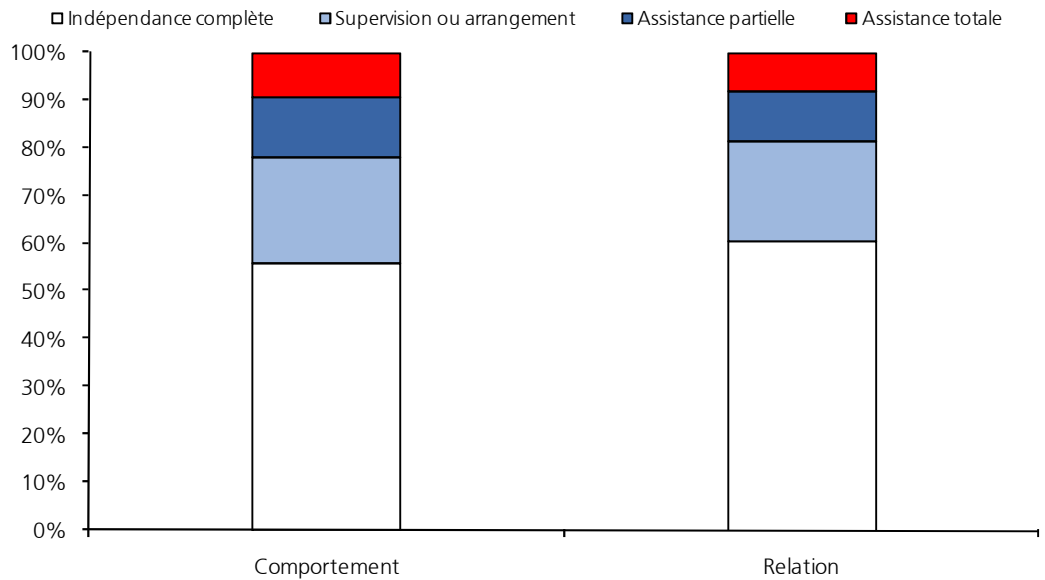
6 487 RHS ont un score cumulé de dépendance supérieur à 12, soit 28,6% de l'ensemble des RHS.

La moyenne des scores de ces personnes très dépendantes est de 14,6 par RHS.

14,9% 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 3,4 (sur une échelle allant de 2 à 8).

2 124 RHS ont un score cumulé de dépendance supérieur à 6, soit 9,4% de l'ensemble des RHS.

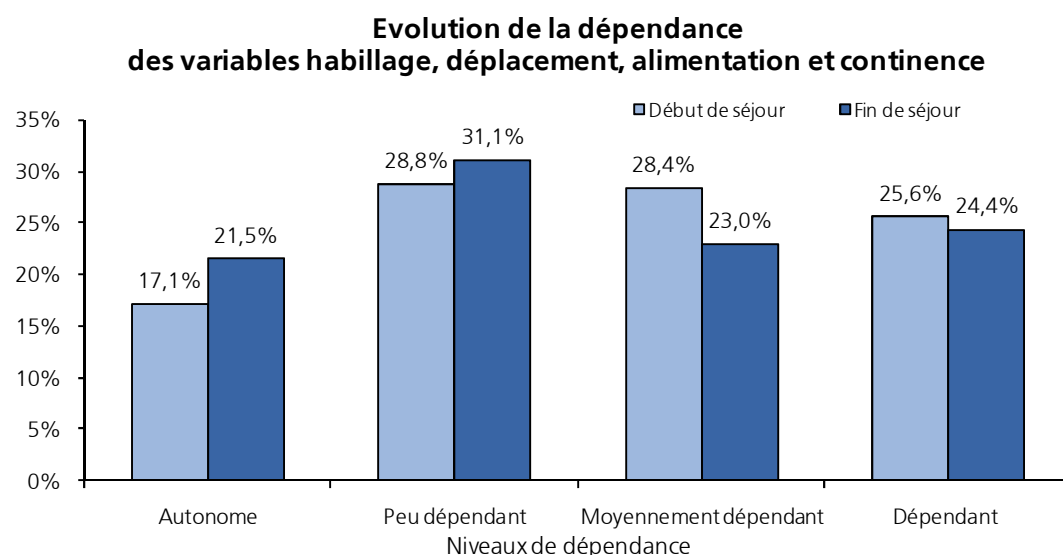
La moyenne des scores de ces personnes très dépendantes est de 7,8 par RHS.

52,4% 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 4 543 séjours analysés, on relève en première semaine d'hospitalisation un score de dépendance total de 41 974 soit un score moyen de 9,2 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 39 992 soit un score moyen de 8,8 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 17,1% en début de séjour à 21,5% en fin de séjour.

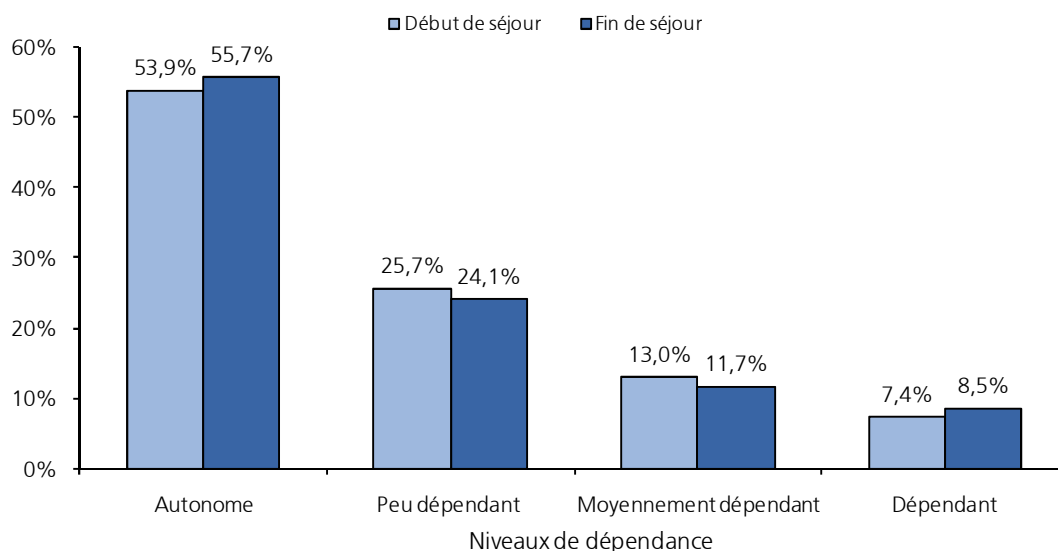
■ Au total

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

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

■ Comportement et relation

Evolution de la dépendance des variables comportement et relation



Source : PMSI SSR 2009

Exploitation ORS Bretagne

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

■ *Début de séjour**

Sur les 4 543 séjours analysés, on relève en première semaine d'hospitalisation un score de dépendance total de 15 029, soit un score moyen de 3,3 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 15 003, soit un score moyen de 3,3 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 2 448 en début de séjour à 2 531 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 le service de Soins de Suite ou de Réadaptation, 1 225 séjours, soit 27% de l'ensemble des séjours, ont une durée de séjour supérieure ou égale à 30 jours.

Ces séjours représentent 9 464 semaines d'hospitalisation et 59 089 journées de soins dispensés, soit 52,4% de l'ensemble des journées réalisées.

La durée moyenne de séjour (DMS)** est de 48,2 jours.
L'âge moyen de ces patients est de 79,8 ans.

La principale Catégorie Majeure Clinique est la CMC 17 Poursuites de Soins Médicaux Post-Traumatiques : 2 848 semaines d'hospitalisation (30,1%).

* 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 : 20 437 RHS en 2008 et 22 648 RHS en 2009.

La durée moyenne de séjour* durant ces deux années a légèrement diminué : 25,3 jours en 2008 et 24,8 jours en 2009.

La moyenne d'âge des patients est passée de 79,1 ans en 2008 à 79,6 ans en 2009.

■ Mouvements

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

Les admissions en service de Soins de Suite ou de Réadaptation sont pour plus des 3/4, des entrées par transfert.

Les 3/4 des sorties sont des retours au domicile.

■ 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	20,5%	21,0%
CMC 11 Poursuites de soins médicaux cardio-vasculaires/respiratoire	15,8%	17,0%
CMC 12 Poursuite de soins médicaux neuro-musculaires	14,5%	14,0%
CMC 15 Poursuites de soins médicaux viscéral	12,9%	13,9%
CMC 16 Poursuites de soins médicaux rhumato/orthopédique	9,3%	9,1%

Source : PMSI SSR 2009

Exploitation ORS Bretagne

L'évolution entre 2008 et 2009 est marquée par une légère augmentation de la CMC 11 Poursuites de soins médicaux cardio-vasculaires/respiratoire, les autres CMC ayant peu varié.

Le nombre moyen de Diagnostics Associés Significatifs par RHS est passé de 2,7 en 2008 à 3,7 en 2009.

Le nombre total d'actes médicaux recueillis a augmenté : 1 607 actes en 2008 et 2 467 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 (FPCC) : 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)