

Juillet 2011

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

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

**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 2010



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 2010 par les médecins et le personnel des établissements, qu'ils en soient remerciés.

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

Juin 2011





Avant-propos

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

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

D'autres établissements ont ensuite rejoint les fondateurs. 21 hôpitaux de proximité de la région Bretagne ont participé en 2010 au Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (P.M.S.I.).

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







Sommaire

AVANT-PROPOS	3
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 mensuelle de l'activité médicale	15
L'activité médicale par Catégorie Majeure Clinique (C.M.C.)	16
■ Répartition des Catégories Majeures Cliniques selon les semaines d'hospitalisation	16
■ Répartition des Catégories Majeures Cliniques selon leur valorisation en points IVA	17
■ Principales Catégories Majeures Cliniques	18
L'activité médicale par Groupe de Morbidité Dominante (GMD)	23
■ Analyse par séjour	23
■ Analyse par semaine d'hospitalisation	23
■ Principaux Groupes de Morbidité Dominante	24
Répartition des semaines d'hospitalisation selon la Finalité Principale de Prise en Charge	25
Répartition des semaines d'hospitalisation selon la Manifestation Morbide Principale	26
Répartition des semaines d'hospitalisation selon l'Affection Etiologique	27
Répartition des semaines d'hospitalisation selon les Diagnostics Associés significatifs	28
Les Actes Médicaux les plus représentés	29
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 2009 ET 2010	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.

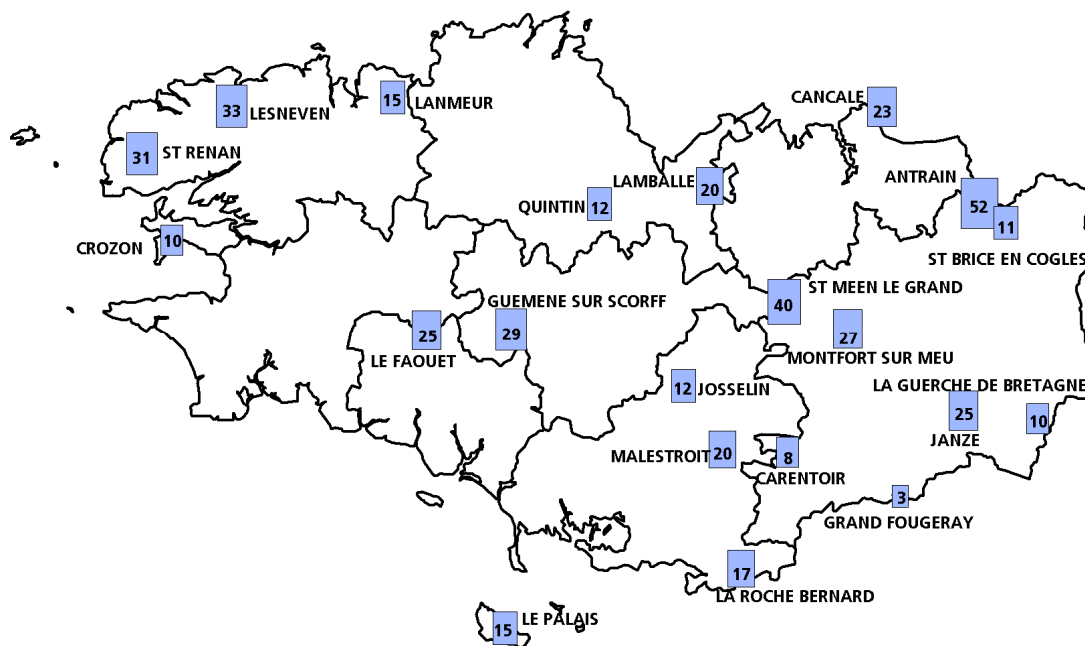
Le PMSI-SSR est un outil de description médico-économique de l'activité de Soins de Suite ou de Réadaptation, et par là même un outil de répartition de moyens. En effet, selon le PMSI-SSR, les établissements de santé produisent des séquences de prises en charge diagnostiques et thérapeutiques consommant 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 2010.

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 2010.

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

Hôpitaux de proximité de Bretagne, ex-hôpitaux locaux, participant au système d'information de l'ORS dans le cadre du PMSI SSR en 2010



■ Nombre de lits d'hospitalisation complète en Soins de Suite ou de Réadaptation au 1^{er} janvier 2010

Source : Déclaration 2010 des établissements

Exploitation ORS Bretagne

Présentation des établissements participant au système d'information

En 2010, 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 un ensemble de 438 lits de Soins de Suite ou de Réadaptation, soit en moyenne 21 lits de SSR par établissement.

Nombre de lits selon l'activité

	Médecine	Soins de Suite ou de Réadaptation	Longue durée	Maison de retraite, foyer logement, EHPAD	Soins infirmiers à domicile	Autres	TOTAL
Région Bretagne							
Antrain** (35)	12	52	67	100	27	-	258
Cancale (35)	-	23	-	120	-	-	143
Carentoir* (56)	10	8	-	71	60	-	149
Crozon (29)	5	10	-	110	-	8	133
Grand Fougeray (35)	15	3	-	95	-	-	113
Guémené Sur Scorff* (56)	15	29	-	170	32	-	246
Janzé (35)	15	25	-	149	-	-	189
Josselin (56)	13	12	-	231	38	16	310
La Guerche de Bretagne (35)	30	10	-	270	-	4	314
La Roche Bernard (56)	-	17	-	50	54	3	124
Lamballe (22)	22	20	30	230	75	18	395
Lanmeur (29)	10	15	-	255	30	8	318
Le Faouët (56)	15	25	-	149	30	1	220
Le Palais (56)	12	15	15	72	41	66	221
Lesneven (29)	15	33	-	256	-	4	308
Malestroit (56)	8	20	30	45	67	1	171
Montfort sur Meu (35)	11	27	30	138	42	-	248
Quintin (22)	18	12	-	198	-	-	228
Saint Brice-en-Coglès (35)	12	11	-	123	-	-	146
Saint Méen-le-Grand (35)	20	40	-	175	57	-	292
Saint Renan* (29)	32	31	-	174	-	-	237
TOTAL	290	438	172	3181	553	129	4763

Source et données : Déclaration au 1^{er} janvier 2010 des établissements

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

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

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



L'activité médicale par séjour

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

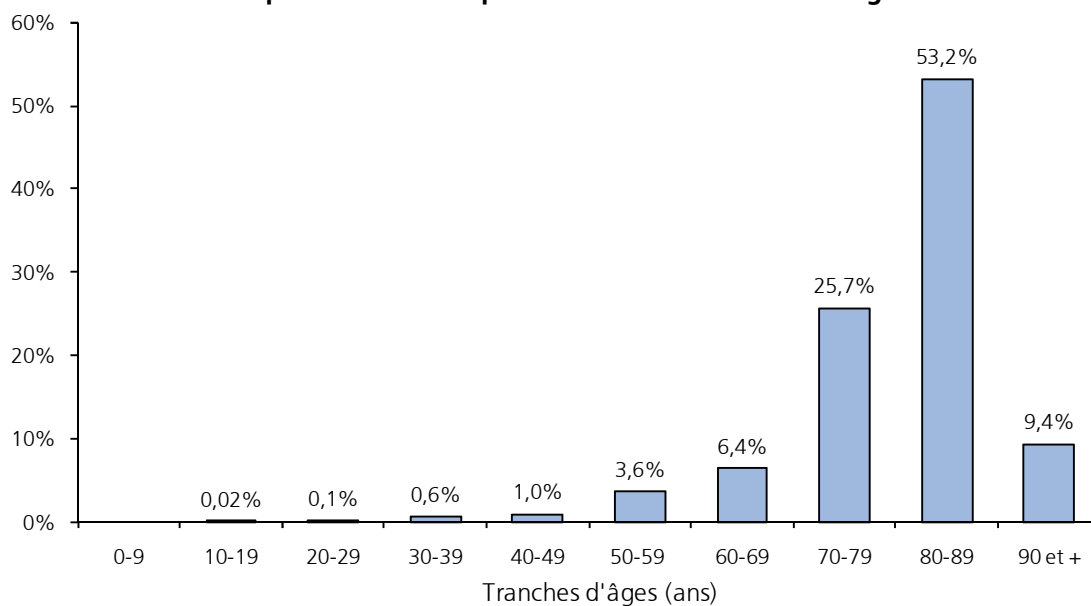
Au cours de l'année 2010, 5 635 séjours ont été réalisés dans les services de Soins de Suite ou de Réadaptation des 21 hôpitaux de proximité de Bretagne. Ces 5 635 séjours représentent 24 261 semaines d'hospitalisation, soit un total de 139 134 journées réalisées. Les 21 hôpitaux de proximité de Bretagne ont accueilli 4 085 patients.

La population hospitalisée

La population prise en charge est majoritairement féminine : 3 609 séjours féminins (64%) et 2 026 séjours masculins (36%) ont été réalisés dans les services de Soins de Suite ou de Réadaptation.

L'âge moyen des personnes hospitalisées est de 79,9 ans. L'âge moyen des femmes est de 81,3 ans et celui des hommes est de 77,4 ans.

Répartition des hospitalisés selon les tranches d'âges



Source : PMSISSR 2010

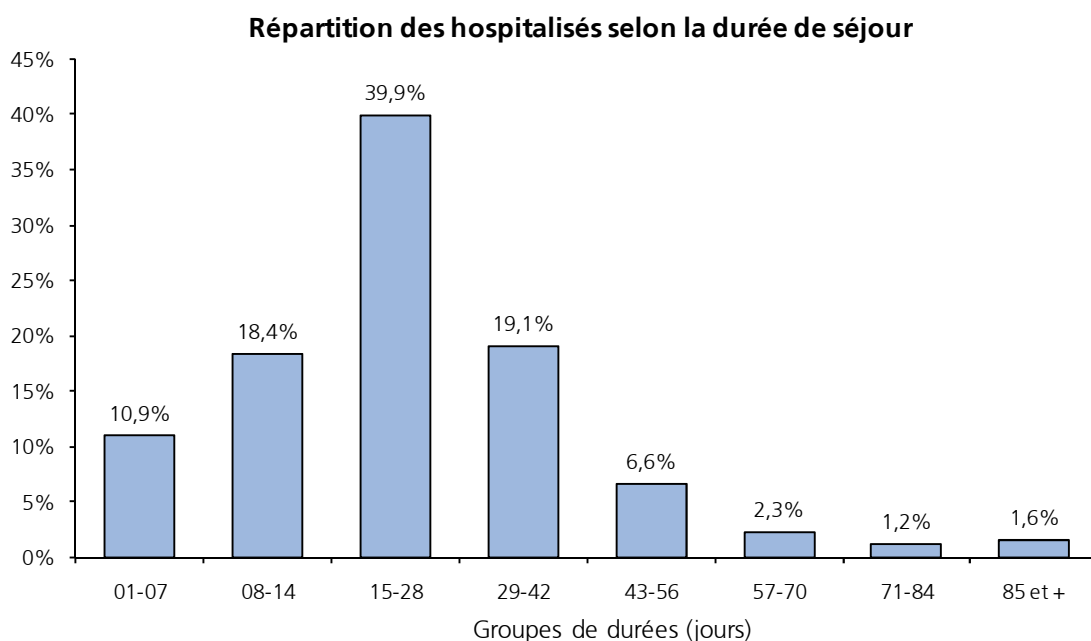
Exploitation ORS Bretagne

Près de 8 hospitalisés sur 10 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 4 853 et correspond à un ensemble de 119 276 journées d'hospitalisation*.

La durée moyenne de séjour (D.M.S.**) est de 24,6 jours.



Source : PMSISSR 2010

Exploitation ORS Bretagne

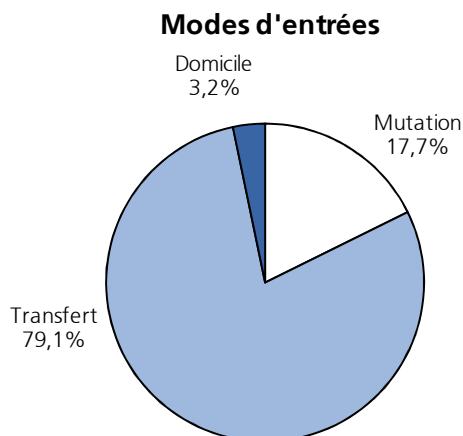
Les séjours d'une durée inférieure à 4 semaines d'hospitalisation représentent 69,2% des hospitalisations. 29,3% des séjours ont une durée de moins de 15 jours.

* 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 5 264 et le nombre de sorties de 5 220.

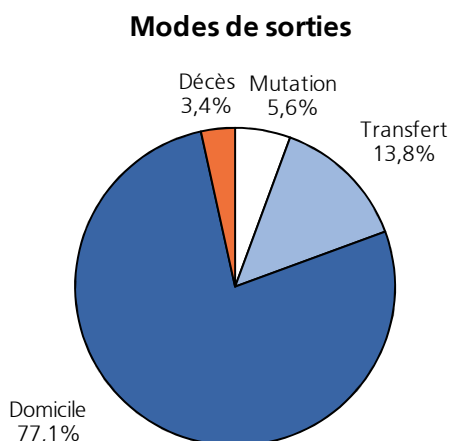


Source : PMSISSR 2010

Exploitation ORS Bretagne

79,1% 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 du service de soins de courte durée de l'établissement représentent 17,7% des entrées.

Pour les entrées par transfert d'un autre établissement, 76,4% des hospitalisés retournent à leur domicile, 5,7% sont mutés vers un autre service de l'établissement et 14,6% sont transférés vers un autre établissement.



Source : PMSISSR 2010

Exploitation ORS Bretagne

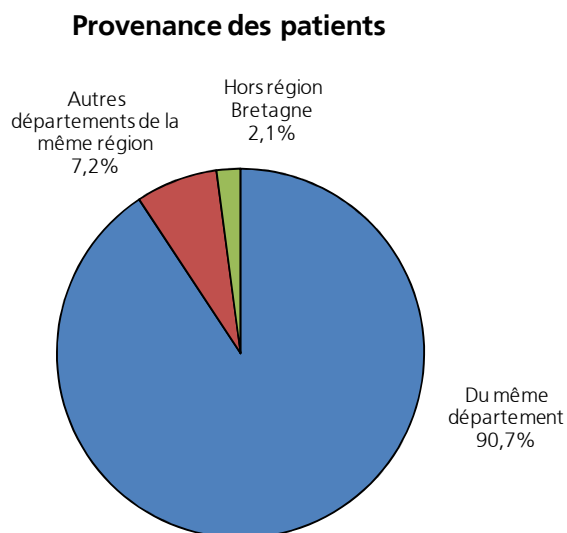
Les retours au domicile (y compris domicile collectif) représentent 77,1% des hospitalisations. Les sorties par transfert vers un autre établissement représentent 13,8% des hospitalisations et les sorties par mutation vers un autre service de l'établissement 5,6%.

Au cours de l'année 2010, 180 décès, soit 3,4% des hospitalisations, sont survenus dans les services de Soins de Suite ou de Réadaptation.

Provenance des patients

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

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



Source : PMSISSR 2010

Exploitation ORS Bretagne

Sur les 5 635 séjours réalisés au sein des 21 établissements bretons, 5 113 séjours, soit 90,2%, concernent des patients hospitalisés dans un établissement de leur département de domicile.

404 séjours (7,2%) concernent des patients hospitalisés dans un autre département de la même région, et 118 séjours (2,1%) sont relatifs à des patients hospitalisés en dehors de leur région.

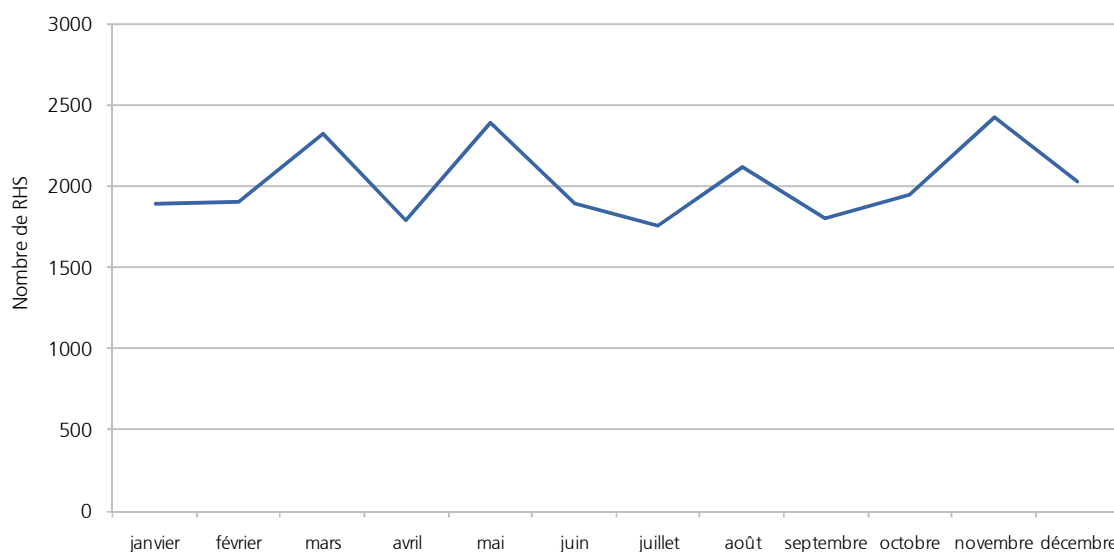
L'activité médicale par semaine d'hospitalisation

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 mensuelle de l'activité médicale

Variation mensuelle de l'activité médicale



Source : PMSI SSR 2010

Exploitation ORS Bretagne

Le nombre moyen de RHS* produit par mois est de 2 021,8.

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

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

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

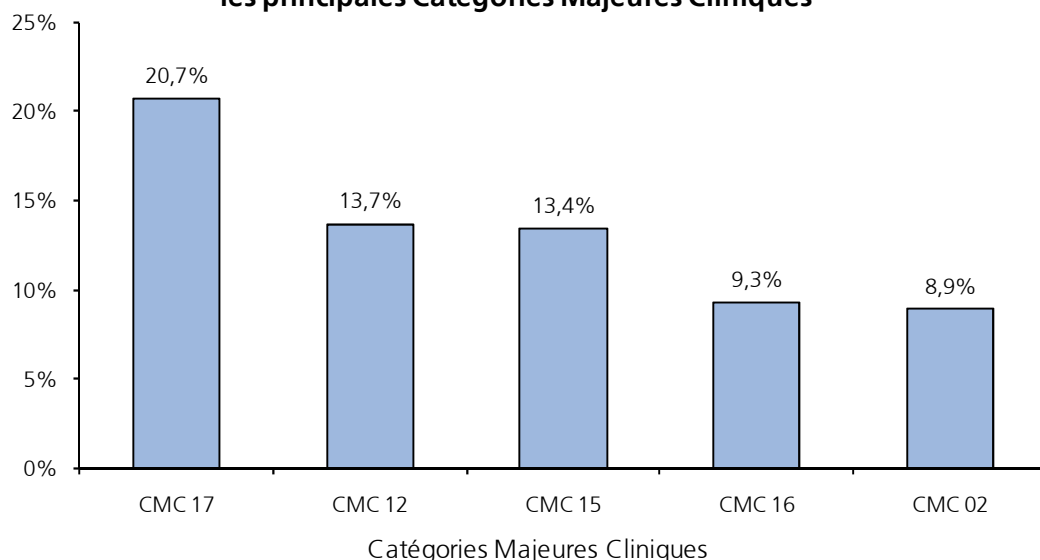
L'activité médicale par Catégorie Majeure Clinique (C.M.C.)

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

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

Cinq catégories de diagnostics regroupent 66% des semaines d'hospitalisation. Au cours de l'année 2010, la Catégorie Majeure Clinique la plus fréquente est la CMC 17 Poursuites de soins médicaux post-traumatique, représentant à elle seule 20,7% des semaines d'hospitalisation.

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



Source : PMSISSR 2010

Exploitation ORS Bretagne

CMC 17 Poursuites de soins médicaux post-traumatique
CMC 12 Poursuite de soins médicaux neuro-musculaires
CMC 15 Poursuites de soins médicaux viscéral
CMC 16 Poursuites de soins médicaux rhumato/orthopédique
CMC 02 Affections de l'appareil circulatoire

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

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

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

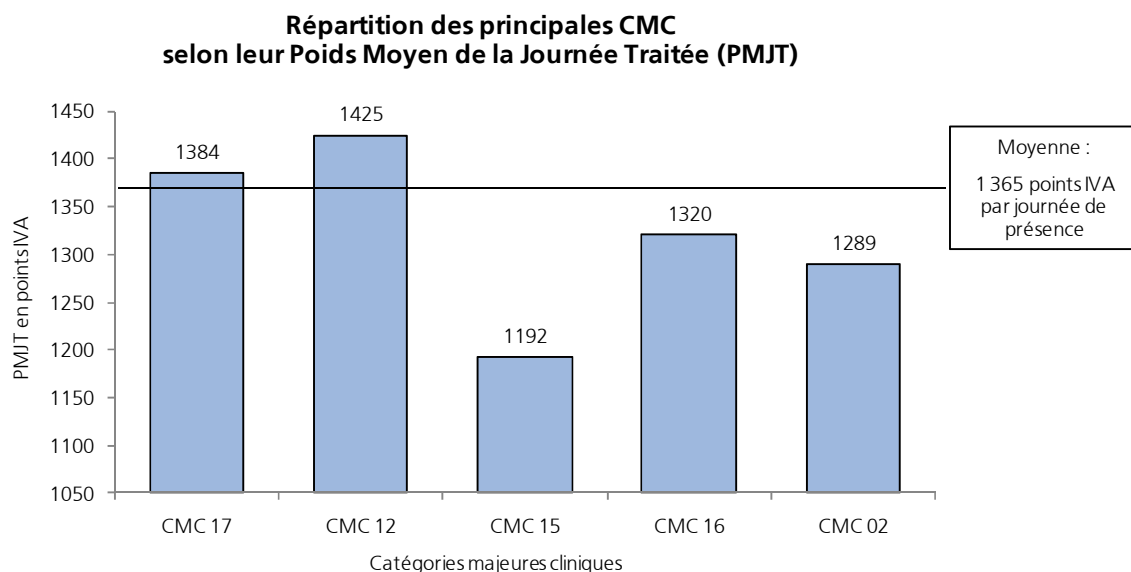
Chaque GMD appartient à une seule Catégorie Majeure Clinique.

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

En 2010, les Résumés Hebdomadaires Standardisés (RHS) représentent une valorisation de 189 920 037 points IVA.

Le Poids Moyen de la Journée Traitée (PMJT) est de 1 365 points IVA.

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



Source : PMSISSR 2010

Exploitation ORS Bretagne

CMC 17 Poursuites de soins médicaux post-traumatique
CMC 12 Poursuite de soins médicaux neuro-musculaires
CMC 15 Poursuites de soins médicaux viscéral
CMC 16 Poursuites de soins médicaux rhumato/orthopédique
CMC 02 Affections de l'appareil circulatoire

■ 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*

5 025 semaines d'hospitalisation ont été réalisées dans la CMC 17, soit 29 912 journées. L'âge moyen des patients est de 81 ans. Cette CMC comptabilise 41 404 513 points IVA, soit un poids moyen de la journée traitée de 1 384 points IVA.

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

- GMD 17A01 - Lésions ostéoarticulaires et tendons traumatiques, sauf poignet main, âge supérieur à 18 ans : 2 142 RHS,
- GMD 17A20 - Autres affections du système ostéoarticulaires traumatiques, âge supérieur à 18 ans : 837 RHS,
- GMD 17A08 - Fracture du col du fémur avec pose de prothèse de hanche, âge supérieur à 18 ans : 748 RHS,
- GMD 17A03 - Lésions traumatiques mult., complexes ou compliq., âge supérieur à 18 ans : 617 RHS,
- GMD 17A09 - Fracture du col du fémur avec ostéosynthèse, âge supérieur à 18 ans : 487 RHS.

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

- Autres thérapies physiques : 2 150 RHS,
- Convalescence après traitement d'une fracture : 1 089 RHS,
- Convalescence après intervention chirurgicale : 916 RHS,
- Autres formes précisées de soins médicaux, non classées ailleurs : 547 RHS,
- Convalescence après un autre traitement : 160 RHS.

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

- Présence d'implants d'articulations orthopédiques : 1 067 RHS,
- Présence d'autres implants osseux et tendineux : 997 RHS,
- Fracture fermée du col du fémur : 461 RHS,
- Fracture fermée de l'extrémité supérieure de l'humérus : 281 RHS,
- Fracture fermée du pubis : 203 RHS.

Les Affections Etiologiques (AE) les plus représentées sont :

- Fracture fermée du col du fémur : 950 RHS,
- Fracture fermée du trochanter : 256 RHS,
- Fracture fermée de la diaphyse fémorale : 123 RHS,
- Fracture fermée de l'extrémité supérieure de l'humérus : 122 RHS,
- Fracture fermée de l'extrémité inférieure du fémur : 86 RHS.

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

3 325 semaines d'hospitalisation ont été réalisées dans la CMC 12, soit 19 684 journées. L'âge moyen des patients est de 75,3 ans. Cette CMC comptabilise 28 045 015 points IVA, soit un poids moyen de la journée traitée de 1 425 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 : 2 084 RHS,
- GMD 12A02 - Lésions cérébrales non traumatiques, âge supérieur à 18 ans : 1 057 RHS,
- GMD 12A03 - Lésions cérébrales traumatiques, âge supérieur à 18 ans : 83 RHS,
- GMD 12A01 - Tétraplégies, âge supérieur à 18 ans : 58 RHS,
- GMD 12A05 - Monoplégies, âge supérieur à 18 ans : 30 RHS.

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

- Convalescence après un autre traitement : 1 087 RHS,
- Autres formes précisées de soins médicaux, non classées ailleurs : 977 RHS,
- Autres thérapies physiques : 968 RHS,
- Convalescence après intervention chirurgicale : 117 RHS,
- Convalescence après traitement d'une fracture : 62 RHS.

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

- Chutes à répétition, non classées ailleurs : 397 RHS,
- Sclérose en plaques : 305 RHS,
- Hémiplégie flasque récente, persistant au-delà de 24 heures : 240 RHS,
- Anomalies de la démarche et de la motilité, autres et non précisées : 220 RHS,
- Accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus : 154 RHS.

Les Affections Etiologiques (AE) les plus représentées sont :

- Infarctus cérébral dû à une occlusion ou sténose des artères cérébrales, de mécanisme non précisé : 111 RHS,
- Accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus : 76 RHS,
- Autres troubles anxieux phobiques : 49 RHS,
- Infarctus cérébral dû à une embolie des artères cérébrales : 47 RHS,
- Autres complications consécutives à une anesthésie : 44 RHS.

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

3 263 semaines d'hospitalisation ont été réalisées dans la CMC 15, soit 17 864 journées. L'âge moyen des patients est de 78,8 ans. Cette CMC comptabilise 21 296 904 points IVA, soit un poids moyen de la journée traitée de 1 192 points IVA.

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

- GMD 15A01 - Hémopathies et certaines tumeurs malignes, âge supérieur à 18 ans : 1 225 RHS,
- GMD 15A04 - Affections des organes digestifs, âge supérieur à 18 ans : 1 013 RHS,
- GMD 15A03 - Affections des organes génitaux-urinaires, âge supérieur à 18 ans : 647 RHS,
- GMD 15A02 - Maladies infectieuses et affections immuno-hématologiques, âge supérieur à 18 ans : 331 RHS,
- GMD 15A20 - Autres affections des organes digestifs et génitaux-urinaires, âge supérieur à 18 ans : 47 RHS.

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

- Autres formes précisées de soins médicaux, non classées ailleurs : 994 RHS,
- Convalescence après intervention chirurgicale : 881 RHS,
- Convalescence après un autre traitement : 640 RHS,
- Autres thérapies physiques : 348 RHS,
- Prise en charge aiguë : 164 RHS.

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

- Absence acquise d'autres parties de l'appareil digestif : 349 RHS,
- Absence acquise d'organe(s) génital(aux) : 126 RHS,
- Occlusions intestinales, autres et sans précision : 103 RHS,
- Autres états post-chirurgicaux précisés : 83 RHS,
- Infection des voies urinaires, siège non précisé : 59 RHS.

Les Affections Etiologiques (AE) les plus représentées sont :

- Hyperplasie de la prostate : 58 RHS,
- Tumeur maligne du rectum : 46 RHS,
- Tumeur maligne de la prostate : 39 RHS,
- Tumeur maligne du côlon sigmoïde : 33 RHS,
- Cholécystite aiguë : 31 RHS.

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

2 251 semaines d'hospitalisation ont été réalisées dans la CMC 16, soit 12 911 journées. L'âge moyen des patients est de 77,9 ans. Cette CMC comptabilise 17 044 010 points IVA, soit un poids moyen de la journée traitée de 1 320 points IVA.

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

- GMD 16A05 - Complications et suivi d'implants ostéoarticulaires, âge supérieur à 18 ans : 1 066 RHS,
- GMD 16A01 - Arthropathies non infectieuses, âge supérieur à 18 ans : 395 RHS,
- GMD 16A03 - Affections du rachis, âge supérieur à 18 ans : 332 RHS,
- GMD 16A20 - Autres affections non traumatiques ostéoarticulaires, âge supérieur à 18 ans : 236 RHS,
- GMD 16A02 - Arthropathies infectieuses et inflammatoires, ostéites et affections musculaires, âge supérieur à 18 ans : 189 RHS.

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

- Autres thérapies physiques : 882 RHS,
- Convalescence après intervention chirurgicale : 525 RHS,
- Convalescence après un autre traitement : 361 RHS,
- Autres formes précisées de soins médicaux, non classées ailleurs : 253 RHS,
- Convalescence après traitement d'une fracture : 107 RHS.

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

- Présence d'implants d'articulations orthopédiques : 887 RHS,
- Complication mécanique d'une prothèse articulaire interne : 81 RHS,
- Lombalgie basse - Région lombaire : 65 RHS,
- Tassement vertébral, non classé ailleurs - Région lombaire : 63 RHS,
- Douleur articulaire - Articulations de la hanche et sacro-iliaque : 48 RHS.

Les Affections Etiologiques (AE) les plus représentées sont :

- Autres coxarthroses primaires : 341 RHS,
- Coxarthrose primaire, bilatérale : 121 RHS,
- Coxarthrose, sans précision : 116 RHS,
- Autres gonarthroses primaires : 87 RHS,
- Complication mécanique d'une prothèse articulaire interne : 49 RHS.

● **CMC 02 Affections de l'appareil circulatoire**

2 159 semaines d'hospitalisation ont été réalisées dans la CMC 02, soit 11 988 journées. L'âge moyen des patients est de 82,8 ans. Cette CMC comptabilise 15 455 634 points IVA, soit un poids moyen de la journée traitée de 1 289 points IVA.

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

- GMD 02A04 - Insuffisances cardiaques, âge supérieur à 18 ans : 865 RHS,
- GMD 02A05 - Affections vasculaires, âge supérieur à 18 ans : 536 RHS,
- GMD 02A03 - Ischémies cardiaques, pontages, implants coronaires, âge supérieur à 18 ans : 404 RHS,
- GMD 02A20 - Autres affections de l'appareil circulatoire, âge supérieur à 18 ans : 354 RHS.

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

- Convalescence après un autre traitement : 744 RHS,
- Autres formes précisées de soins médicaux, non classées ailleurs : 678 RHS,
- Autres thérapies physiques : 306 RHS,
- Convalescence après intervention chirurgicale : 286 RHS,
- Prise en charge aiguë : 76 RHS.

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

- Insuffisance cardiaque congestive : 494 RHS,
- Insuffisance ventriculaire gauche : 226 RHS,
- Fibrillation et flutter auriculaires : 91 RHS,
- Présence d'autres implants et greffes cardiaques et vasculaires : 79 RHS,
- Présence d'un stimulateur cardiaque : 77 RHS.

Les Affections Etiologiques (AE) les plus représentées sont :

- Athérosclérose des artères distales : 99 RHS,
- Sténose (de la valvule) aortique (non rhumatismale) : 87 RHS,
- Insuffisance cardiaque congestive : 47 RHS,
- Fibrillation et flutter auriculaires : 46 RHS,
- Hypertension essentielle (primitive) : 40 RHS.

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

■ Analyse par séjour

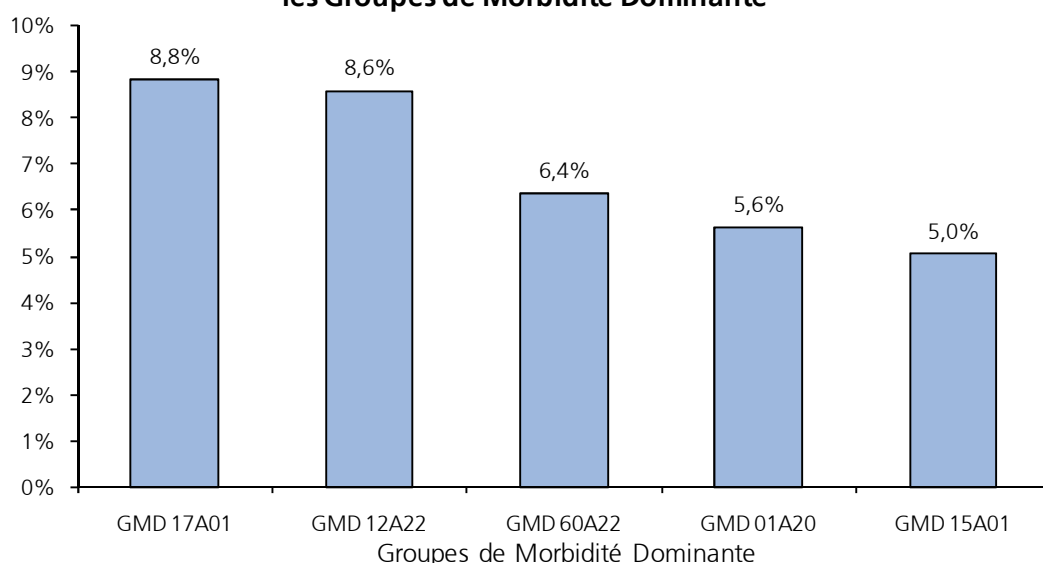
Une semaine d'hospitalisation est classée dans un et un seul Groupe de Morbidité Dominante. Au sein d'un séjour dans l'établissement, la prise en charge initiale d'un patient peut évoluer d'une semaine d'hospitalisation à une autre (c'est-à-dire changer de Groupe de Morbidité Dominante). 14,3% des séjours ont au moins deux prises en charge différentes.

■ Analyse par semaine d'hospitalisation

34,5% des semaines d'hospitalisations sont réparties dans cinq Groupes de Morbidité Dominante et totalisent à eux seuls 48 043 journées.

Le Groupe de Morbidité Dominante le plus fréquent est le GMD 17A01 « Lésions ostéoarticulaires et tendons traumatiques, sauf poignet main, âge supérieur à 18 ans » avec 8,8% des semaines d'hospitalisations.

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



Source : PMSISSR 2010

Exploitation ORS Bretagne

- GMD 17A01 Lésions ostéoarticulaires et tendons traumatiques, sauf poignet main, âge supérieur à 18 ans
- GMD 12A22 Autres affections du système nerveux, âge supérieur à 18 ans
- GMD 60A22 Autres affections, âge supérieur à 18 ans
- GMD 01A20 Autres affections respiratoires, âge supérieur à 18 ans
- GMD 15A01 Hémopathies et certaines tumeurs malignes, âge supérieur à 18 ans

■ Principaux Groupes de Morbidité Dominante

L'activité médicale des établissements est décrite par 52 Groupes de Morbidité Dominante. Les GMD les plus fréquents sont les suivants :

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

Ce GMD a entraîné 2 142 Résumés Hebdomadaires Standardisés (RHS), soit 12 740 journées d'hospitalisation. L'âge moyen des patients est de 80,3 ans.
Ce GMD comptabilise 16 847 669 points IVA.

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

Ce GMD a entraîné 2 084 Résumés Hebdomadaires Standardisés (RHS), soit 12 405 journées d'hospitalisation. L'âge moyen des patients est de 73,5 ans.
Ce GMD comptabilise 16 753 468 points IVA.

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

Ce GMD a entraîné 1 546 Résumés Hebdomadaires Standardisés (RHS), soit 8 559 journées d'hospitalisation. L'âge moyen des patients est de 81,7 ans.
Ce GMD comptabilise 11 475 108 points IVA.

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

Ce GMD a entraîné 1 362 Résumés Hebdomadaires Standardisés (RHS), soit 7 511 journées d'hospitalisation. L'âge moyen des patients est de 82,1 ans.
Ce GMD comptabilise 10 476 559 points IVA.

- ***GMD 15A01 - Hémopathies et certaines tumeurs malignes, âge supérieur à 18 ans***

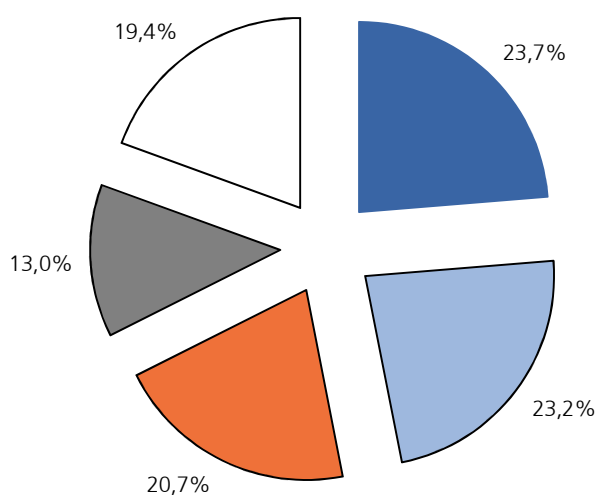
Ce GMD a entraîné 1 225 Résumés Hebdomadaires Standardisés (RHS), soit 6 828 journées d'hospitalisation. L'âge moyen des patients est de 77,5 ans.
Ce GMD comptabilise 7 444 070 points IVA.

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 23,7% des semaines d'hospitalisation.

Les Finalités Principales de Prise en Charge



Source : PMSI SSR 2010

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

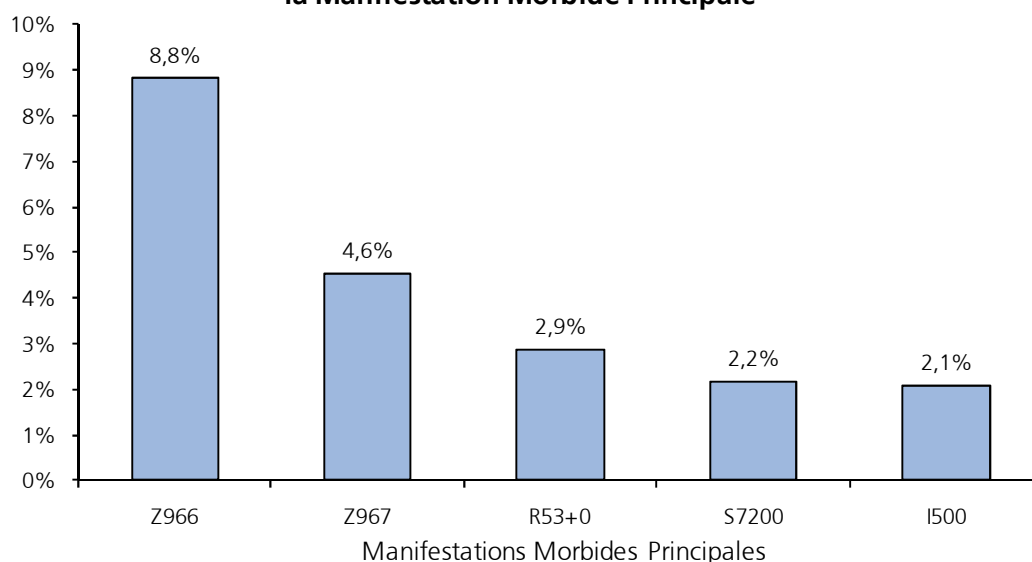
Répartition des semaines d'hospitalisation selon la Manifestation Morbide Principale

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 20,5% des semaines d'hospitalisation.

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

Répartition des semaines d'hospitalisation selon la Manifestation Morbide Principale



Source : PMSISSR 2010

Exploitation ORS Bretagne

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

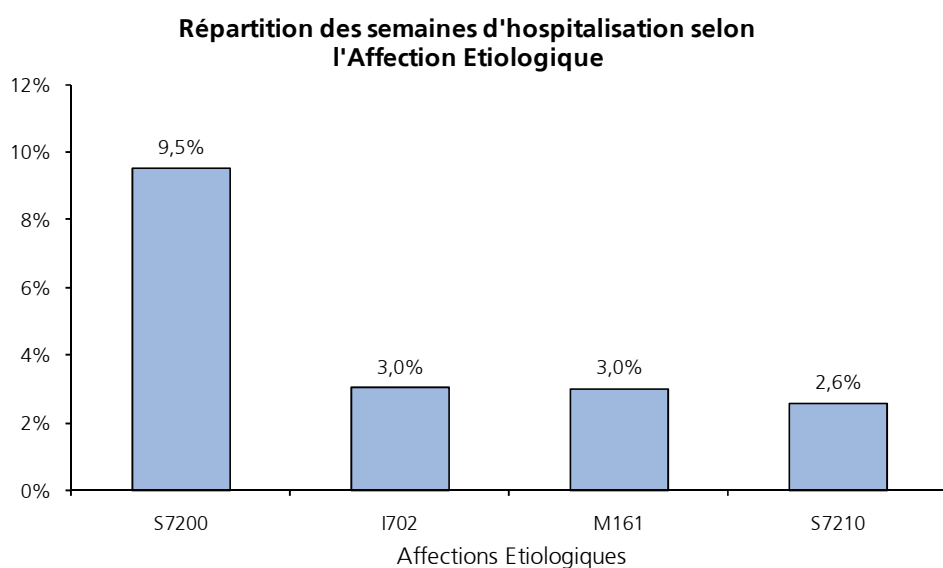
Répartition des semaines d'hospitalisation selon l'Affection Etiologique

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

L'Affection Etiologique est renseignée pour 48,5% des semaines d'hospitalisation.

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

L'Affection Etiologique la plus mentionnée est la « Fracture fermée du col du fémur » (9,5%).



Source : PMSISSR 2010

Exploitation ORS Bretagne

- S7200 Fracture fermée du col du fémur
- I702 Athérosclérose des artères distales
- M161 Autres coxarthroses primaires
- S7210 Fracture fermée du trochanter

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

En 2010, 112 433 diagnostics associés significatifs (DAS) ont été recensés pour 24 261 RHS, soit en moyenne 4,6 diagnostics pris en charge par l'équipe soignante par malade et par semaine d'hospitalisation. Pour les patients ayant au moins un Diagnostic Associé renseigné, la moyenne est de 5,3 par RHS.

A noter que 2 905 RHS, soit 12%, ne contiennent aucun Diagnostic Associé Significatif.

A l'inverse, pour 11 180 RHS (46,1%) 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 14,5% des pathologies associées à la morbidité principale.

La répartition de ces cinq diagnostics est la suivante :

- I10 Hypertension essentielle (primitive) : 7 552 RHS, soit 6,7% de l'ensemble des DAS,
- I48 Fibrillation et flutter auriculaires : 3 046 RHS, soit 2,7%,
- Z501 Autres thérapies physiques : 2 369 RHS, soit 2,1%,
- Z480 Surveillance des sutures et pansements chirurgicaux : 1 821 RHS, soit 1,6%,
- F412 Trouble anxieux et dépressif mixte : 1 552 RHS, soit 1,4%.

Les Actes Médicaux les plus représentés

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

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

5 116 actes médicaux ont été renseignés au cours de l'année 2010, parmi lesquels 287 actes apportent une valorisation supplémentaire en termes de points IVA (cf. annexe page 26).

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 : 1 585 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 : 946 exécutions,
- DEQP003 Électrocardiographie sur au moins 12 dérivations : 679 exécutions,
- HSLD001 Alimentation entérale par sonde avec apport de 20 à 35 kilocalories par kilogramme par jour [kcal/kg/jour], par 24 heures : 549 exécutions,
- HSLD002 Alimentation entérale par sonde avec apport de plus de 35 kilocalories par kilogramme par jour [kcal/kg/jour], par 24 heures : 241 exécutions,
- JDJD001 Évacuation de la vessie par cathétérisme transitoire [Sondage vésical évacuateur] : 209 exécutions,
- HSLF002 Alimentation parentérale avec apport de 20 à 35 kilocalories par kilogramme par jour [kcal/kg/jour], par 24 heures : 154 exécutions,
- ZBQK002 Radiographie du thorax : 104 exécutions,
- YYYY030 Supplément pour réalisation d'un examen radiographique à images numérisées : 63 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 3 409 séjours, soit 70,2% de l'ensemble des séjours. 105 078 actes de rééducation-réadaptation ont été réalisés, soit une moyenne de 30,8 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 1,9 par semaine pour les patients bénéficiant de séances de rééducation. Le nombre** moyen hebdomadaire d'actes de rééducation-réadaptation est 8,6.

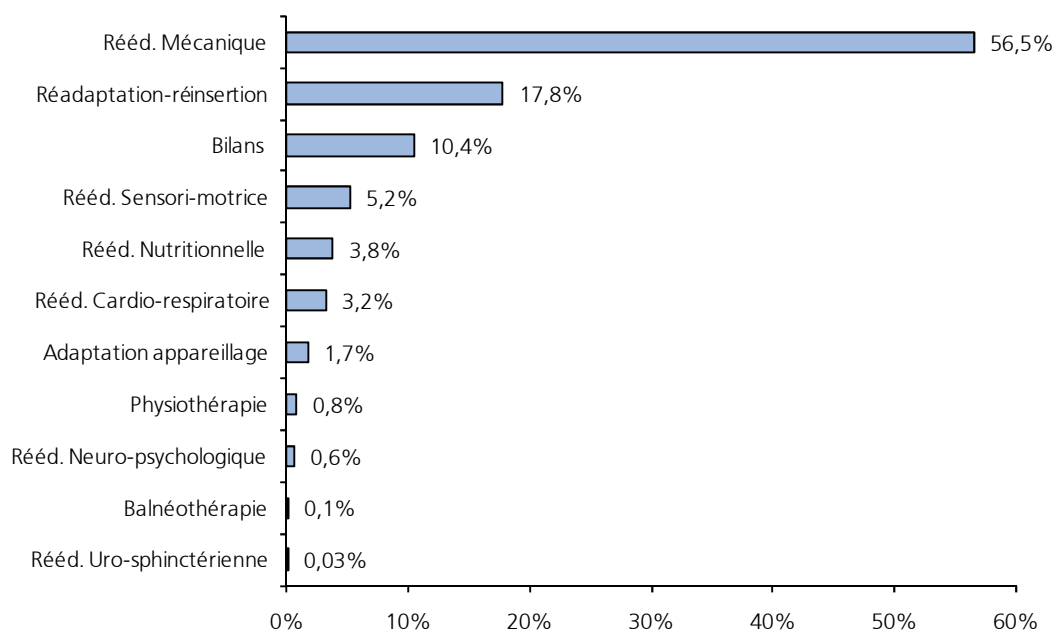
■ Activité de rééducation collective

2 778 actes de rééducation collective ont été pratiqués dans les établissements.

■ Activités de rééducation-réadaptation individuelles

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

Répartition des actes de rééducation réadaptation



Source : PMSISSR 2010

Exploitation ORS Bretagne

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

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

Intervenants de Rééducation-Réadaptation

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

- Masseur - Kinésithérapeute : 96 509 actes,
- Ergothérapeute : 11 819 actes,
- Diététicien : 4 296 actes,
- Médecin : 4 171 actes,
- Infirmier : 3 816 actes,
- Assistant service social : 1 605 actes,
- Psychologue : 476 actes,
- Orthophoniste : 155 actes,
- Autre intervenant : 65 actes,
- Psychomotricien : 2 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 (21 850 exécutions),
- RL21 Mobilisation articulaire active - tonification, renforcement musculaire (12 609 exécutions),
- RL18 Mobilisation articulaire passive (10 958 exécutions),
- DL03 Entraînement à la marche dans l'établissement, avec ou sans aide technique de marche (7 935 exécutions),
- RL25 Verticalisation (7 926 exécutions),
- RL16 Massage de base (5 433 exécutions),
- NU03 Surveillance et suivi nutritionnels (3 928 exécutions),
- RL67 Apprentissage analytique de tous types de transferts (3 688 exécutions),
- RP08 Information et formation du patient et/ ou de l'entourage (3 451 exécutions),
- RR03 Désencombrement respiratoire (2 772 exécutions),
- RL68 Rééducation de la fonction d'équilibration chez l'adulte (2 700 exécutions),
- RL02 Bilan de la douleur, qualitatif et quantitatif (2 627 exécutions),
- RF10 Synthèse de rééducation (2 484 exécutions),
- DL08 Mise en situation et entraînement aux aides à la déambulation, dans l'établissement (2 347 exécutions),
- SP02 Activités gymniques et physiques collectives de rééducation (2 263 exécutions),
- RF11 Synthèse de réadaptation (2 169 exécutions).

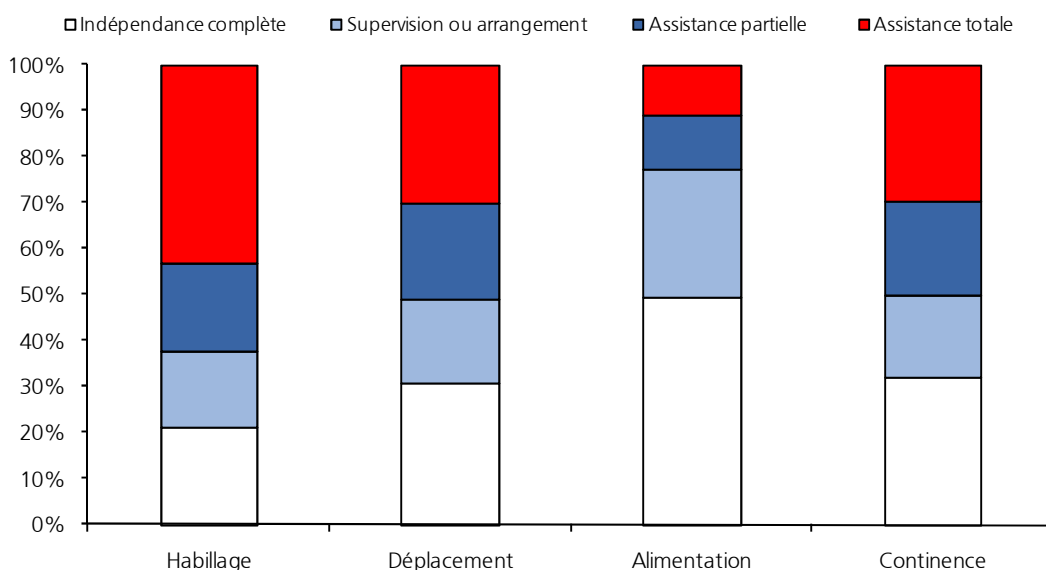
La dépendance

La dépendance des patients est appréciée par 6 événements de la vie quotidienne : l'habillement, 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 : habillement, déplacement, alimentation et continence

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



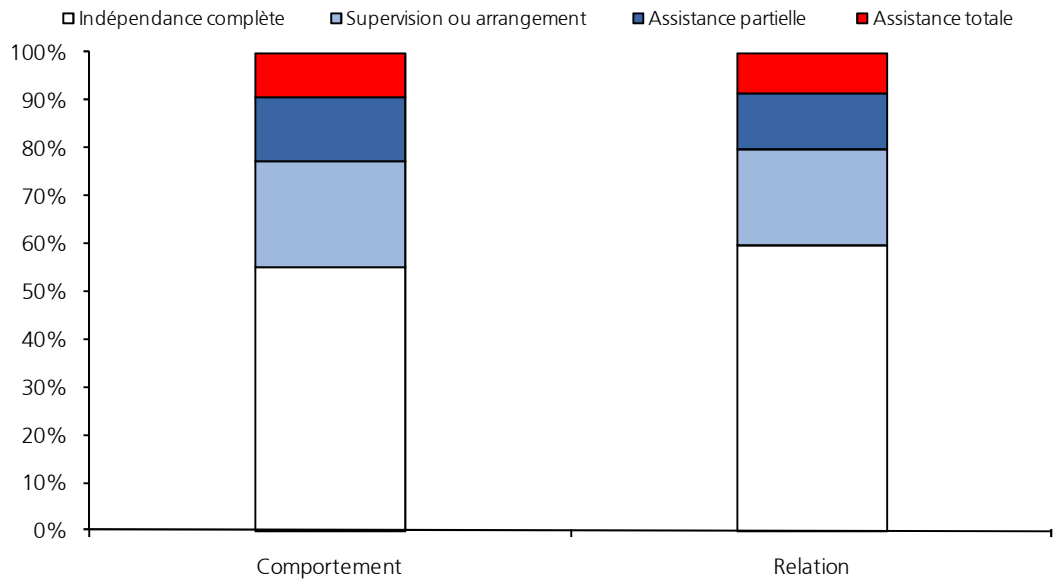
Source : PMSI SSR 2010

Exploitation ORS Bretagne

Le score moyen de ces quatre variables de dépendance physique par semaine d'hospitalisation est de 9,7 (sur une échelle allant de 4 à 16).
7 357 RHS ont un score cumulé de dépendance supérieur à 12, soit 30,3% de l'ensemble des RHS.
La moyenne des scores de ces personnes très dépendantes est de 14,6 par RHS.
13,2% des RHS sont classés autonomes (score cumulé égal à 4).

■ Score : comportement et relation

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



Source : PMSI SSR 2010

Exploitation ORS Bretagne

Le score moyen de ces deux variables de dépendance relationnelle par semaine d'hospitalisation est de 3,5 (sur une échelle allant de 2 à 8).

2 371 RHS ont un score cumulé de dépendance supérieur à 6, soit 9,8% de l'ensemble des RHS.

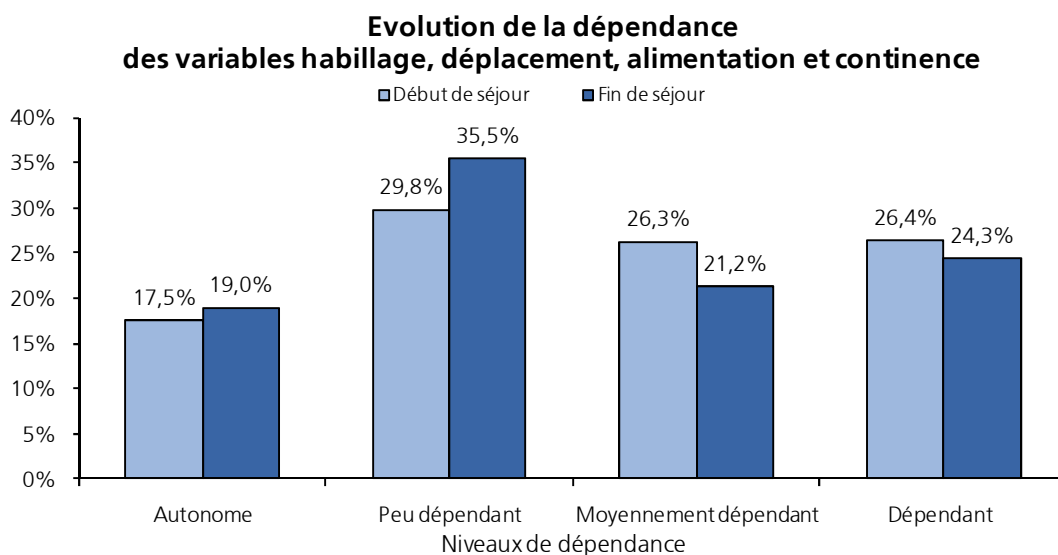
La moyenne des scores de ces personnes très dépendantes est de 7,7 par RHS.

50,8% des RHS sont classés autonomes (score cumulé égal à 2).

Evolution de la dépendance

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

■ Habillage, déplacement, alimentation et continence



Source : PMSISSR 2010

Exploitation ORS Bretagne

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

■ Début de séjour*

Sur les 4 853 séjours analysés, on relève en première semaine d'hospitalisation un score de dépendance total de 44 711 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 42 661 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 17,5% en début de séjour à 19% en fin de séjour.

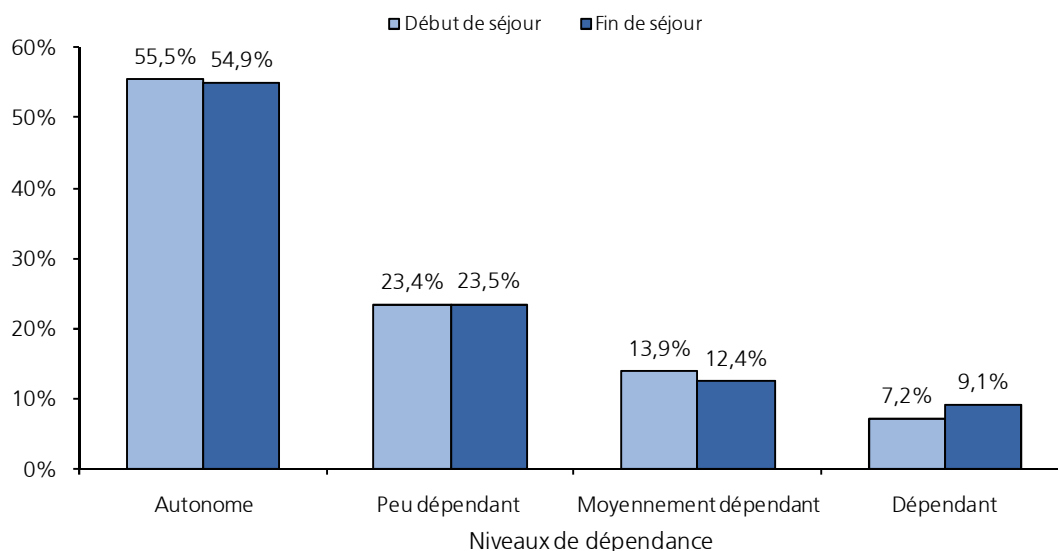
■ Au total

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

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

■ Comportement et relation

Evolution de la dépendance des variables comportement et relation



Source : PMSI SSR 2010

Exploitation ORS Bretagne

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

■ *Début de séjour**

Sur les 4 853 séjours analysés, on relève en première semaine d'hospitalisation un score de dépendance total de 15 916, 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 16 189, 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 2 693 en début de séjour à 2 666 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, 1 332 séjours, soit 27,4% de l'ensemble des séjours, ont une durée de séjour supérieure ou égale à 30 jours.

Ces séjours représentent 10 010 semaines d'hospitalisation et 62 030 journées de soins dispensés, soit 52% de l'ensemble des journées réalisées.

La durée moyenne de séjour (DMS)** est de 46,6 jours.
L'âge moyen de ces patients est de 80,5 ans.

La principale Catégorie Majeure Clinique est la CMC 17 Poursuites de Soins Médicaux Post-Traumatiques, avec 2 809 semaines d'hospitalisation (soit 28,1%).

* 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 2009 et 2010

■ Données générales

Le nombre total de lits de SSR des hôpitaux de proximité bretons est passé de 411 en 2009 à 438 en 2010. Les hôpitaux de Cancale, Janzé, La Roche Bernard et Saint Renan disposent de plus de lits de SSR en 2010 (des lits de médecine ont été convertis en SSR et des autorisations pour des lits supplémentaires ont été accordées).

Cette situation entraîne une augmentation du nombre de semaines d'hospitalisations : 22 648 RHS en 2009 et 24 261 RHS en 2010.

La durée moyenne de séjour* durant ces deux années est restée stable : 24,8 jours en 2009 et 24,6 jours en 2010.

La moyenne d'âge des patients est passée de 79,6 ans en 2009 à 79,9 ans en 2010.

■ Mouvements

La répartition des modes d'entrée a peu évolué au cours de ces deux dernières années. La part des sorties vers le domicile a augmenté : 74,2% en 2009 et 77,1% en 2010.

■ Morbidité

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

Catégories Majeures Cliniques	Année 2009	Année 2010
CMC 17 Poursuites de soins médicaux post-traumatique	21,0%	20,7%
CMC 12 Poursuite de soins médicaux neuro-musculaires	14,0%	13,7%
CMC 15 Poursuites de soins médicaux viscéral	13,9%	13,4%
CMC 16 Poursuites de soins médicaux rhumato/orthopédique	9,1%	9,3%
CMC 14 Poursuite de soins médicaux sensoriel et cutané	6,8%	7,1%

Source : PMSI SSR 2010

Exploitation ORS Bretagne

La répartition des principales CMC a peu évolué entre 2009 et 2010. La CMC 17 Poursuites de soins médicaux post-traumatique reste majoritaire, représentant environ 21% des semaines d'hospitalisation.

Le nombre moyen de Diagnostic Associés Significatifs par RHS est passé de 3,7 en 2009 à 4,6 en 2010.

Le nombre total d'actes médicaux recueillis a augmenté : 2 467 actes en 2009 et 5 116 actes en 2010.

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

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

