

Juillet 2009

HOPITAUX LOCAUX ENSEMBLE BRETAGNE

Activité de Soins de Suite
ou de Réadaptation
Année 2008

**ACTIVITE DE SOINS
DE SUITE OU DE
READAPTATION DES
HOPITAUX LOCAUX
BRETAGNE**

**Résultats du Programme de
Médicalisation des Systèmes
d'Information (P.M.S.I.)
Projet commun à 20 établissements**

Année 2008



Rapport réalisé à la demande des 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 2008 par les médecins et le personnel des hôpitaux locaux de la région Bretagne, qu'ils en soient remerciés.

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

Juillet 2009



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. 20 hôpitaux locaux de la région Bretagne ont participé en 2008 au Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (P.M.S.I.).

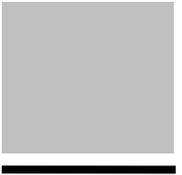
Le rôle de l'O.R.S. Bretagne est d'une part d'apporter un appui méthodologique, technique et des conseils relatifs à l'outil PMSI et d'autre part de fournir à chaque hôpital ses tableaux de bord semestriels et son propre rapport annuel d'activité, ainsi qu'un rapport de présentation de l'activité de 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
■ Synthèse globale	17
■ Principales Catégories Majeures Cliniques	18
L'activité médicale par Groupe Homogène de Journées (GHJ)	23
■ Analyse par séjour	23
■ Analyse par semaine d'hospitalisation	23
■ Principaux Groupes Homogènes de Journées	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
Les interventions chirurgicales antérieures	30
■ Analyse par séjour	30
■ Analyse par semaine d'hospitalisation	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
Evolution de la rééducation réadaptation	32
■ Début de séjour	32
■ Fin de séjour	32

LA DEPENDANCE	33
Analyse par semaine d'hospitalisation	33
■ Score : habillage, déplacement, alimentation et continence	33
■ Etat des journées d'hospitalisation en fonction du score de la dépendance physique et des catégories majeures cliniques	34
■ Score : comportement et relation	35
Evolution de la dépendance	36
■ Habillage, déplacement, alimentation et continence	36
■ Comportement et relation	37
Utilisation d'un fauteuil roulant	37
LES MARQUEURS DE PRISE EN CHARGE LOURDE	39
LES SEJOURS D'UNE DUREE SUPERIEURE OU EGALE A 30 JOURS	41
COMPARAISON DE L'ACTIVITE 2007 ET 2008	43
■ Données générales	43
■ Mouvements	43
■ Morbidité	43
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 homogènes de Journées (GHJ) est attribué un coût. Il est donc important pour l'établissement 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 de l'établissement une vision la plus complète possible du résultat de leurs interventions et de leur travail tout au long de l'année 2008.

Ce rapport est une description précise et une analyse fine de l'activité de Soins de Suite ou de Réadaptation menée dans les 20 hôpitaux locaux de la région Bretagne en 2008.

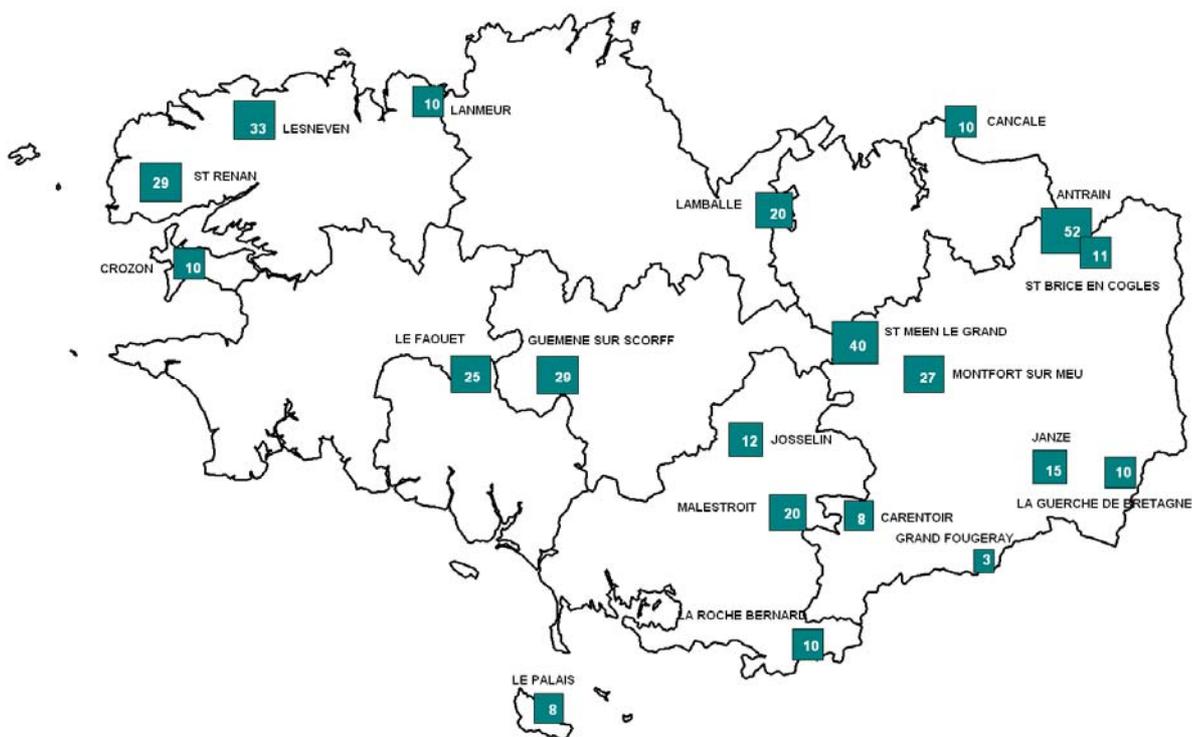
Il comporte six principaux chapitres :

- une description de la population hospitalisée,
- une analyse de l'activité médicale,
- une analyse de l'activité de rééducation/réadaptation,
- une analyse de la dépendance des patients,
- une analyse des marqueurs de prise en charge lourde,
- une comparaison de l'activité sur les deux dernières années.

Une annexe est consacrée à la description des différentes informations que comporte le PMSI et à la méthode de recueil et de validation de ces informations.

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

Hôpitaux locaux participant au système d'information de l'ORS Bretagne dans le cadre du PMSI SSR en 2008



■ Nombre de lits d'hospitalisation complète en Soins de Suite ou de Réadaptation au 1^{er} janvier 2008

Source : Déclaration 2008 des établissements

Exploitation ORS Bretagne

Présentation des établissements participant au système d'information

En 2008, 20 hôpitaux locaux 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 382 lits de Soins de Suite ou de Réadaptation, soit en moyenne 19 lits de Soins de Suite ou de Réadaptation par établissement.

	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)	5	10	48	-	80	-	-	143
Carentoir (56)	10	8	-	-	71	40	-	129
Crozon (29)	5	10	-	-	110	-	-	125
Grand Fougeray (35)	15	3	-	-	95	-	-	113
Guémené Sur Scorff (56)	15	29	-	-	170	22	-	236
Janzé (35)	25	15	-	-	149	-	-	189
Josselin (56)	13	12	60	-	171	38	16	310
La Guerche de Bretagne (35)	30	10	70	-	204	-	-	314
La Roche Bernard (56)	7	10	10	-	50	54	2	133
Lamballe (22)	22	20	80	-	180	50	8	360
Lanmeur (29)	-	10	90	122	43	-	-	265
Le Faouët (56)	15	25	-	-	149	20	1	210
Le Palais (56)	19	8	40	-	66	41	80	249
Lesneven (29)	15	33	-	-	256	-	4	308
Malestroit (56)	8	20	77	-	-	30	4	139
Montfort sur Meu (35)	11	27	93	-	75	42	-	248
Saint Brice-en-Coglès (35)	12	11	-	-	123	-	-	146
Saint Méen-le-Grand (35)	20	40	80	15	80	47	-	282
Saint Renan (29)	34	29	30	-	144	-	-	237
TOTAL	293	382	745	137	2311	411	115	4394

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.

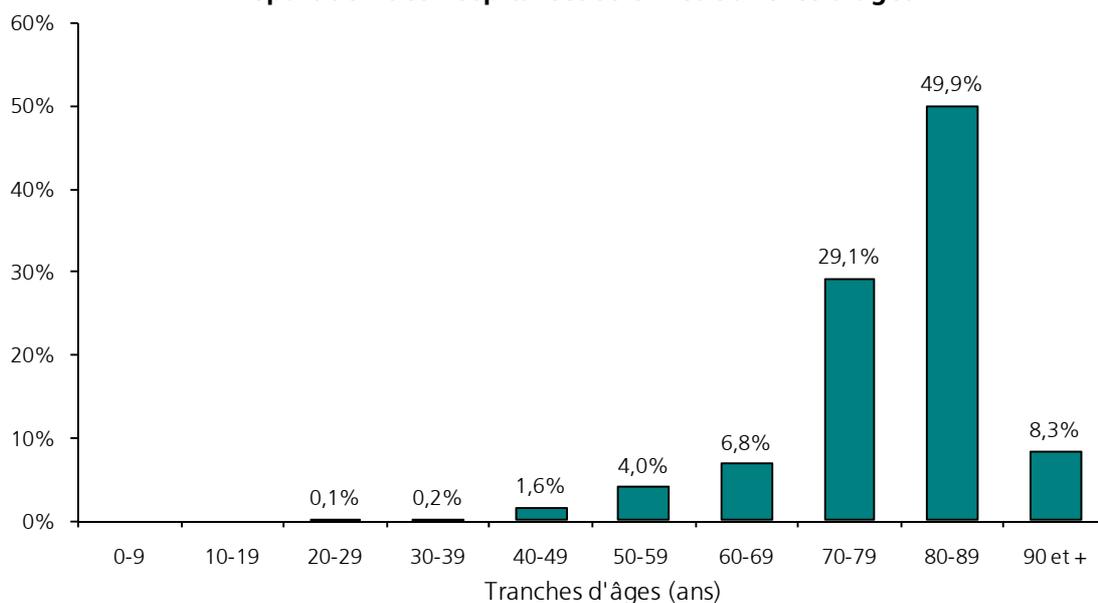
Au cours de l'année 2008, 4 620 séjours ont été réalisés dans les services de Soins de Suite ou de Réadaptation des 20 hôpitaux locaux de la région Bretagne. Les 4 620 séjours représentent 20 437 semaines d'hospitalisation, soit un total de 117 898 journées réalisées. Les 20 hôpitaux locaux de la région Bretagne ont accueilli 3 826 patients. La part de multi-séjours est de 20,8% au cours de cette période.

La population hospitalisée

La population prise en charge est majoritairement féminine. Elle représente 64,8% de l'effectif global.

L'âge moyen des personnes hospitalisées est de 79,1 ans. L'âge moyen des femmes est de 80,4 ans et celui des hommes est de 76,8 ans.

Répartition des hospitalisés selon les tranches d'âges



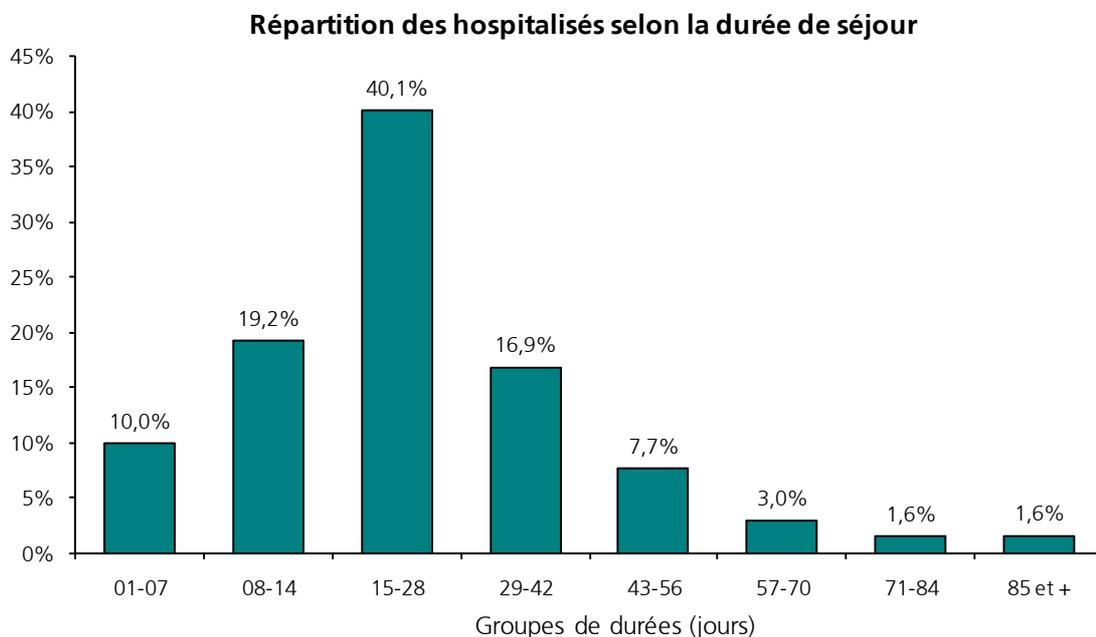
Source : PMSI SSR 2008

Exploitation ORS Bretagne

Plus des 3/4 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 3 998, et correspond à un ensemble de 101 100 journées d'hospitalisation*. La durée moyenne de séjour (D.M.S.**) est de 25,3 jours.



Source : PMSISSR 2008

Exploitation ORS Bretagne

Les séjours d'une durée inférieure à 4 semaines d'hospitalisation représentent 69,3% des hospitalisations.

29,2% des séjours ont une durée de moins de 15 jours.

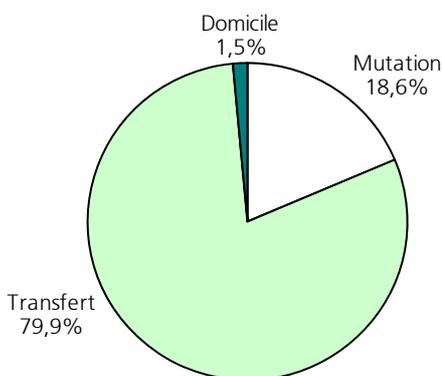
* Dans ce rapport, l'analyse porte uniquement sur les journées de présence.

** 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 4 301 et le nombre de sorties de 4 323.

Modes d'entrées

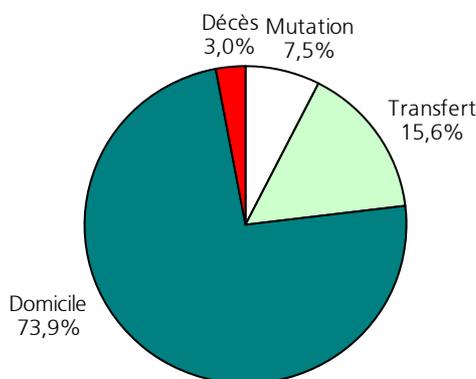


Source : PMSISSR 2008

Exploitation ORS Bretagne

79,9% 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 médecine de l'établissement représentent 18,6% des entrées.

Modes de sorties



Source : PMSISSR 2008

Exploitation ORS Bretagne

Les retours au domicile (y compris domicile collectif) représentent 73,9% des hospitalisations. Les sorties par transfert vers un autre établissement représentent 15,6% des hospitalisations et les sorties par mutation vers un autre service de l'établissement 7,5%.

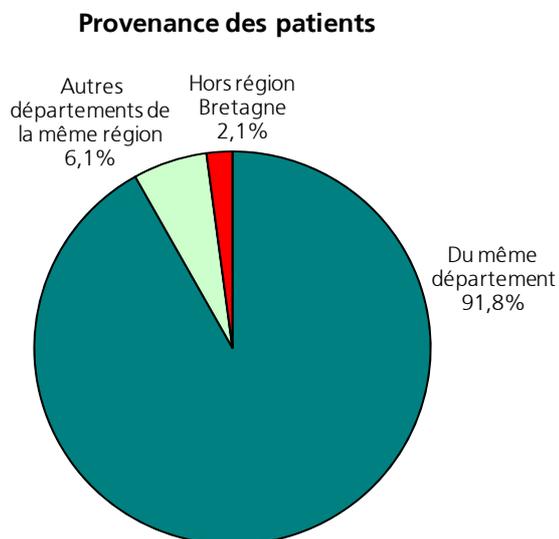
Au cours de l'année 2008, 129 décès, soit 3% des hospitalisations, sont survenus dans les services de Soins de Suite ou de Réadaptation.

Pour les entrées par transfert d'un autre établissement, près des 3/4 des patients retournent à leur domicile.

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 2007

Exploitation ORS Bretagne

Sur les 4 620 séjours réalisés au sein des 20 établissements bretons, 4 243 séjours, soit 91,8% des hospitalisations, concernent des patients domiciliés dans le département d'implantation de l'établissement.

Les 377 séjours restants, soit 8,2% des admissions, se répartissent de la manière suivante :

- 280 hospitalisés sont domiciliés dans un autre département breton que le département de l'établissement,
- 97 hospitalisés sont domiciliés en dehors de la région Bretagne.

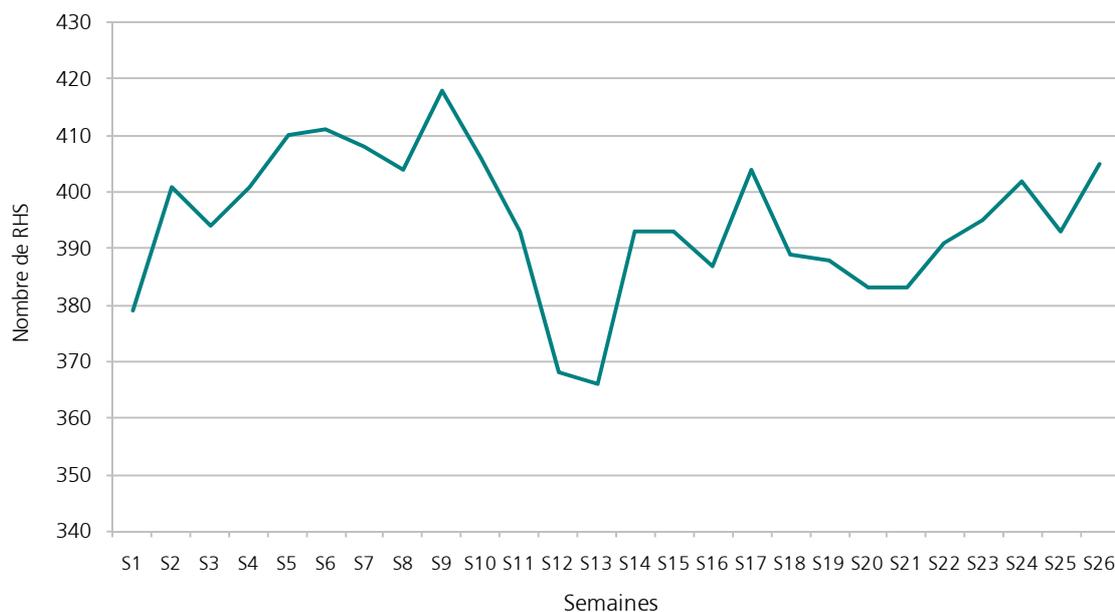
L'activité médicale par semaine d'hospitalisation

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

Variation hebdomadaire de l'activité médicale du premier semestre



Source : PMSI SSR 2008

Exploitation ORS Bretagne

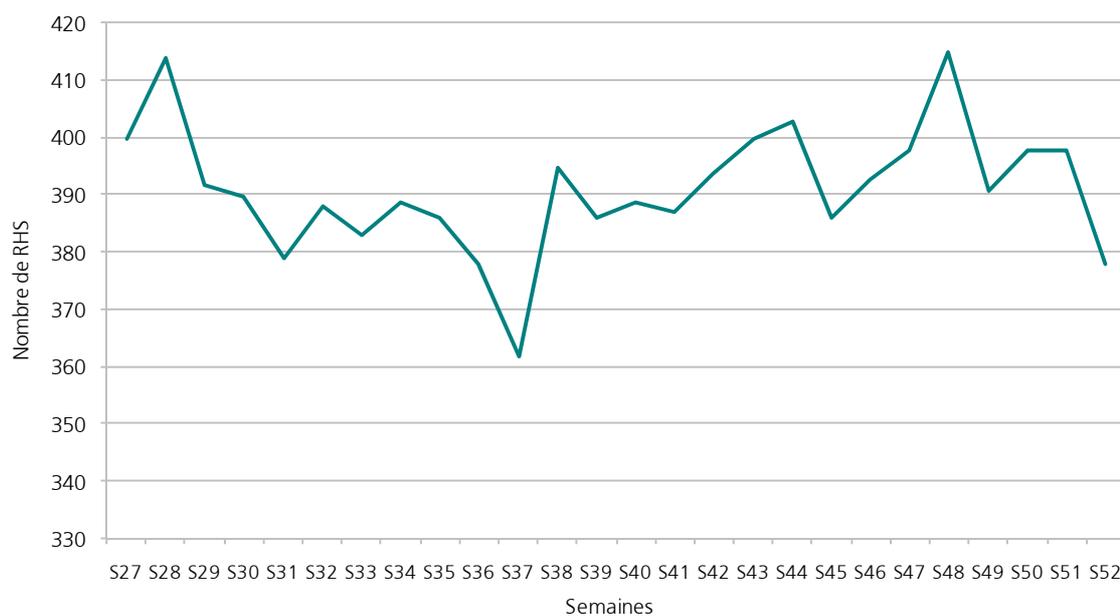
Le nombre moyen de RHS* produit par semaine est de 395. Le minimum de patient pris en charge est observé la 13^{ème} semaine de l'année 2008, avec 366 patients. Le maximum est relevé la 9^{ème} semaine de l'année 2008 avec 418 patients.

* 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 une semaine donnée correspond au nombre de patients présents cette semaine. Ceci est vrai pour ce qui est de l'hospitalisation complète.

A noter qu'il est très rare dans un service de soins de suite en hospitalisation complète 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 2008

Exploitation ORS Bretagne

Le nombre moyen de RHS produit par semaine est de 391,2. Le minimum de patient pris en charge est observé la 37^{ème} semaine de l'année 2008, soit 362 patients. Le maximum est relevé la 48^{ème} semaine de l'année 2008 avec 415 patients.

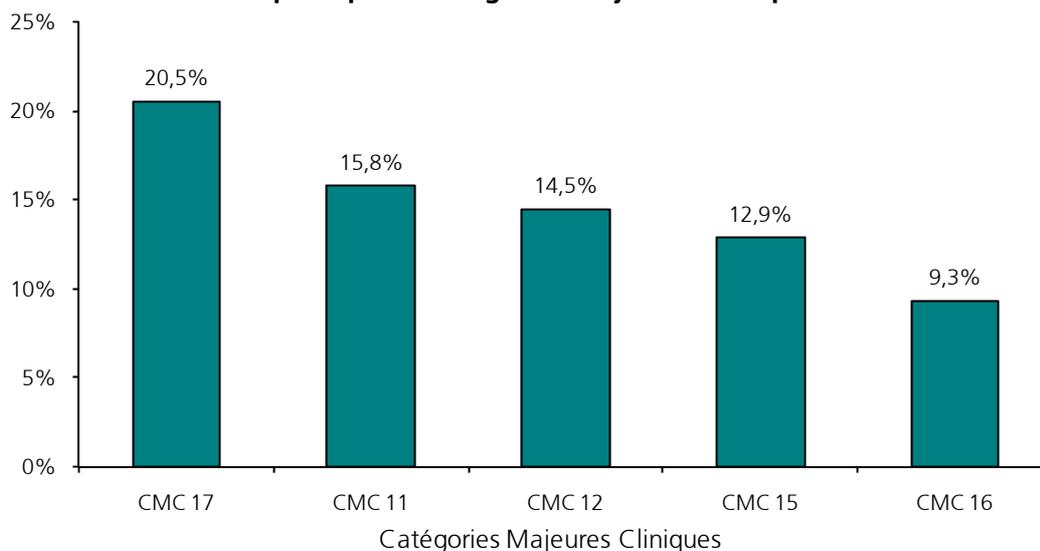
L'activité médicale par Catégorie Majeure Clinique (C.M.C.)

L'activité médicale de soins de suite ou de réadaptation (SSR) est classée en 14 catégories majeures cliniques (CMC). Ces CMC sont subdivisées en 279 Groupes Homogènes de Journées (GHJ). Pour chaque patient, chaque semaine d'hospitalisation est classée dans une seule CMC et dans un seul GHJ 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.

■ Synthèse globale

Cinq catégories de diagnostics regroupent 73,1% des semaines d'hospitalisation. Au cours de l'année 2008, la Catégorie Majeure Clinique la plus fréquente est la CMC 17 Poursuites de Soins Médicaux Post-Traumatiques représentant à elle seule 20,5% des semaines d'hospitalisation.

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



Source : PMSI SSR 2008

Exploitation ORS Bretagne

- CMC 17 Poursuites de Soins Médicaux Post-Traumatiques
- CMC 11 Poursuites de Soins Médicaux Cardio-vasculaire/Respiratoires
- CMC 12 Poursuites de Soins Médicaux Neuro-Musculaires
- CMC 15 Poursuites de Soins Médicaux Viscéraux
- CMC 16 Poursuites de Soins Médicaux Rhumato/Orthopédiques

■ Principales Catégories Majeures Cliniques

Les chapitres ci-dessous présentent les CMC les plus représentées au sein de l'établissement.

- **CMC 17 Poursuites de Soins Médicaux Post-Traumatiques**

4 195 semaines d'hospitalisation ont été réalisées dans la CMC 17, soit 25 357 journées.
L'âge moyen des patients est de 79,2 ans.

Les Groupes Homogènes de Journées (GHJ) les plus représentés dans cette CMC sont :

- CMC 17 - Age \geq 16 ans - Traumatismes simples - Dépendance physique \leq 12 : 1 350 RHS,
- CMC 17 - Age \geq 16 ans - Traumatismes simples - Dépendance physique $>$ 12 : 513 RHS,
- CMC 17 - Age \geq 16 ans - Autres - Dépendance physique \leq 12 : 459 RHS,
- CMC 17 - Age \geq 16 ans - Prothèses Totales de Hanche - Dépendance physique \leq 12 : 448 RHS,
- CMC 17 - Age \geq 16 ans - Autres - Dépendance physique $>$ 12 : 244 RHS.

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

- Autres thérapies physiques : 1 484 RHS,
- Convalescence après traitement d'une fracture : 1 145 RHS,
- Convalescence après intervention chirurgicale : 846 RHS,
- Autres formes précisées de soins médicaux : 399 RHS,
- Convalescence après un autre traitement : 211 RHS.

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

- Présence d'implants d'articulations orthopédiques : 1 088 RHS,
- Présence d'autres implants osseux et tendineux : 420 RHS,
- Fracture du col du fémur : 191 RHS,
- Fracture du trochanter : 117 RHS,
- Fracture fermée du col du fémur : 113 RHS.

Les Affections Etiologiques (AE) les plus représentées sont :

- Fracture fermée du col du fémur : 644 RHS,
- Fracture du col du fémur : 316 RHS,
- Fracture fermée du trochanter : 47 RHS,
- Fracture du trochanter : 45 RHS,
- Fracture fermée de l'extrémité inférieure du fémur : 37 RHS.

- **CMC 11 Poursuites de Soins Médicaux Cardio-vasculaire/Respiratoires**

3 231 semaines d'hospitalisation ont été réalisées dans la CMC 11, soit 18 121 journées.
L'âge moyen des patients est de 81,5 ans.

Les Groupes Homogènes de Journées (GHJ) les plus représentés dans cette CMC sont :

- CMC 11 - Autres - Dépendance physique \leq 12 : 1 273 RHS,
- CMC 11 - Age \geq 16 ans - Insuffisances cardiaques, Insuffisances Respiratoires Chroniques - Dépendance physique \leq 12 : 962 RHS,
- CMC 11 - Autres - Dépendance physique $>$ 12 : 364 RHS,
- CMC 11 - Age \geq 16 ans - Insuffisances cardiaques, Insuffisances Respiratoires Chroniques - Dépendance physique $>$ 12 : 249 RHS,
- CMC 11 - Age \geq 16 ans - Patients opérés depuis moins de 21 jours : 176 RHS.

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

- Convalescence après un autre traitement : 1 363 RHS,
- Autres formes précisées de soins médicaux : 1 132 RHS,
- Autres thérapies physiques : 348 RHS,
- Convalescence après intervention chirurgicale : 228 RHS,
- ZAIGU (Prise en charge d'une affection aiguë) : 69 RHS.

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

- Insuffisance cardiaque congestive : 376 RHS,
- Bronchopneumopathie, sans précision : 202 RHS,
- Insuffisance cardiaque, sans précision : 198 RHS,
- Dyspnée : 153 RHS,
- Insuffisance ventriculaire gauche : 117 RHS.

Les Affections Etiologiques (AE) les plus représentées sont :

- Insuffisance cardiaque congestive : 73 RHS,
- Fibrillation et flutter auriculaires : 57 RHS,
- Hypertension essentielle (primitive) : 51 RHS,
- Myocardopathie ischémique : 49 RHS,
- Athérosclérose des artères distales : 44 RHS.

- **CMC 12 Poursuites de Soins Médicaux Neuro-Musculaires**

2 967 semaines d'hospitalisation ont été réalisées dans la CMC 12, soit 17 493 journées. L'âge moyen des patients est de 76,6 ans.

Les Groupes Homogènes de Journées (GHJ) les plus représentés dans cette CMC sont :

- CMC 12 -Age>=16 ans - Autres - Dépendance physique<=12 : 1143 RHS,
- CMC 12 -Age>=16 ans - Autres - Dépendance physique>12 : 531 RHS,
- CMC 12 -Age>=16 ans - Déficiences cérébrales non traumatiques - Dépendance physique<=12 : 506 RHS,
- CMC 12 -Age>=16 ans - Déficiences cérébrales non traumatiques - Dépendance physique>12 : 429 RHS,
- CMC 12 -Age>=16 ans - Prises en charge Cliniques Lourdes : 215 RHS.

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

- Convalescence après un autre traitement : 1147 RHS,
- Autres formes précisées de soins médicaux : 827 RHS,
- Autres thérapies physiques : 572 RHS,
- Convalescence après traitement d'une fracture : 151 RHS,
- Soins impliquant d'autres moyens de rééducation : 108 RHS.

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

- Anomalies de la démarche et de la motilité, autres et non précisées : 511 RHS,
- Chute(s) à répétition : 259 RHS,
- Accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus : 227 RHS,
- Sclérose en plaques : 201 RHS,
- Désorientation, sans précision : 158 RHS.

Les Affections Etiologiques (AE) les plus représentées sont :

- Accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus : 98 RHS,
- Maladie de Parkinson : 65 RHS,
- Accident ischémique cérébral transitoire, sans précision : 64 RHS,
- Infarctus cérébral dû à une occlusion ou sténose des artères cérébrales, de mécanisme non précisé : 62 RHS,
- Hypertension essentielle (primitive) : 60 RHS.

- **CMC 15 Poursuites de Soins Médicaux Viscéraux**

2 634 semaines d'hospitalisation ont été réalisées dans la CMC 15, soit 14 891 journées.
L'âge moyen des patients est de 77,3 ans.

Les Groupes Homogènes de Journées (GHJ) les plus représentés dans cette CMC sont :

- CMC 15 - Age \geq 16 ans - Autres - Dépendance physique \leq 12 : 1 192 RHS,
- CMC 15 - Age \geq 16 ans - Soins post-chirurgicaux - Dépendance physique \leq 12 : 807 RHS,
- CMC 15 - Age \geq 16 ans - Autres - Dépendance physique $>$ 12 : 332 RHS,
- CMC 15 - Age \geq 16 ans - Prises en charge Cliniques Lourdes : 199 RHS,
- CMC 15 - Age \geq 16 ans - Soins post-chirurgicaux - Dépendance physique $>$ 12 : 88 RHS.

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

- Convalescence après intervention chirurgicale : 782 RHS,
- Autres formes précisées de soins médicaux : 758 RHS,
- Convalescence après un autre traitement : 618 RHS,
- Autres thérapies physiques : 192 RHS,
- Convalescence après chimiothérapie : 94 RHS.

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

- Absence acquise d'autres parties de l'appareil digestif : 218 RHS,
- Absence acquise d'organe(s) génital(aux) : 80 RHS,
- Anémie, sans précision : 78 RHS,
- Occlusions intestinales, autres et sans précision : 78 RHS,
- Douleurs abdominales, autres et non précisées : 59 RHS.

Les Affections Etiologiques (AE) les plus représentées sont :

- Accident ischémique transitoire de territoires artériels précérébraux multiples et bilatéraux : 52 RHS,
- Hyperplasie de la prostate : 41 RHS,
- Diverticulose du côlon, (sans perforation ni abcès) : 41 RHS,
- Cirrhose alcoolique (du foie) : 38 RHS,
- Tumeur maligne du côlon, sans précision : 36 RHS.

• **CMC 16 Poursuites de Soins Médicaux Rhumato/Orthopédiques**

1 908 semaines d'hospitalisation ont été réalisées dans la CMC 16, soit 11 151 journées.
L'âge moyen des patients est de 76,7 ans.

Les Groupes Homogènes de Journées (GHJ) les plus représentés dans cette CMC sont :

- CMC 16 -Age>=16 ans - Pathologies mécaniques des membres - Dépendance physique<=12 : 793 RHS,
- CMC 16 -Age>=16 ans - Autres - Dépendance physique<=12 : 223 RHS,
- CMC 16 -Age>=16 ans - Pathologies rachidiennes - Dépendance physique<=12 : 186 RHS,
- CMC 16 -Age>=16 ans - Pathologies non mécaniques des membres - Dépendance physique<=12 : 175 RHS,
- CMC 16 -Age>=16 ans - Suites post-chirurgicales - Dépendance physique<=12 : 164 RHS.

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

- Autres thérapies physiques : 647 RHS,
- Convalescence après intervention chirurgicale : 562 RHS,
- Convalescence après un autre traitement : 326 RHS,
- Autres formes précisées de soins médicaux : 244 RHS,
- Convalescence après traitement d'une fracture : 29 RHS.

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

- Présence d'implants d'articulations orthopédiques : 758 RHS,
- Complication mécanique d'une prothèse articulaire interne : 70 RHS,
- Autres atteintes musculaires précisées : 69 RHS,
- Présence d'arthrodèse : 66 RHS,
- Tassement vertébral, non classé ailleurs : 50 RHS.

Les Affections Etiologiques (AE) les plus représentées sont :

- Autres coxarthroses primaires : 240 RHS,
- Coxarthrose, sans précision : 178 RHS,
- Coxarthrose primaire, bilatérale : 126 RHS,
- Complication mécanique d'une prothèse articulaire interne : 61 RHS,
- Gonarthrose, sans précision : 35 RHS.

L'activité médicale par Groupe Homogène de Journées (GHJ)

■ Analyse par séjour

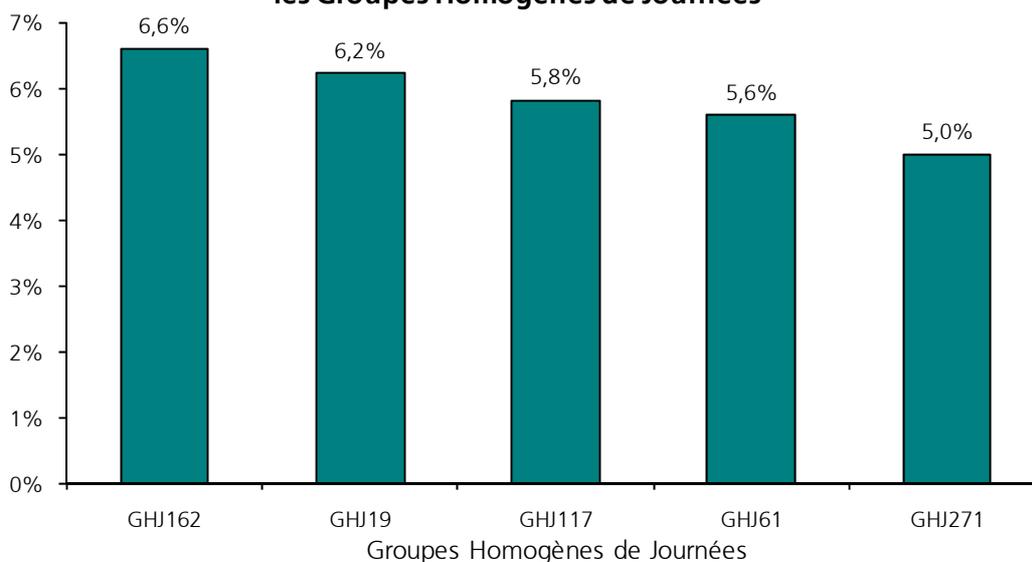
Une semaine d'hospitalisation est classée dans un et un seul Groupe Homogène de Journées. Au sein d'un séjour dans l'établissement, la prise en charge initiale d'un patient peut évoluer d'une semaine d'hospitalisation à une autre (c'est-à-dire changer de Groupe Homogène de Journées). 22,9% des séjours ont au moins deux prises en charge différentes.

■ Analyse par semaine d'hospitalisation

29,3% des semaines d'hospitalisations sont réparties dans cinq Groupes Homogènes de Journées et totalisent à eux seuls 34 179 journées.

Le Groupe Homogène de Journées le plus fréquent est le GHJ 162 - CMC 17 - Age >=16 ans - Traumatismes simples - Dépendance physique <=12 avec 6,6% des semaines d'hospitalisations.

Répartition des semaines d'hospitalisation selon les Groupes Homogènes de Journées



Source : PMSISSR 2008

Exploitation ORS Bretagne

GHJ 162	CMC 17 - Age >=16 ans - Traumatismes simples - Dépendance physique <=12
GHJ 019	CMC 11 - Autres - Dépendance physique <=12
GHJ 117	CMC 15 - Age >=16 ans - Autres - Dépendance physique <=12
GHJ 061	CMC 12 - Age >=16 ans - Autres - Dépendance physique <=12
GHJ 271	CMC 60 - Age >=16 ans - Autres - Dépendance physique <=12

■ Principaux Groupes Homogènes de Journées

L'activité médicale de l'établissement est décrite par 129 Groupes Homogènes de Journées. Les GHJ les plus fréquents sont les suivants :

- ***GHJ 162 - CMC 17 - Age >= 16 ans - Traumatismes simples - Dépendance physique <= 12***

Ce GHJ a entraîné 1 350 Résumés Hebdomadaires Standardisés (RHS), soit 8 133 journées d'hospitalisation. L'âge moyen des patients est de 77,8 ans.

- ***GHJ 019 - CMC 11 - Autres - Dépendance physique <= 12***

Ce GHJ a entraîné 1 273 Résumés Hebdomadaires Standardisés (RHS), soit 7 089 journées d'hospitalisation. L'âge moyen des patients est de 81,1 ans.

- ***GHJ 117 - CMC 15 - Age >= 16 ans - Autres - Dépendance physique <= 12***

Ce GHJ a entraîné 1 192 Résumés Hebdomadaires Standardisés (RHS), soit 6 703 journées d'hospitalisation. L'âge moyen des patients est de 77,6 ans.

- ***GHJ 061 - CMC 12 - Age >= 16 ans - Autres - Dépendance physique <= 12***

Ce GHJ a entraîné 1 143 Résumés Hebdomadaires Standardisés (RHS), soit 6 545 journées d'hospitalisation. L'âge moyen des patients est de 78,7 ans.

- ***GHJ 271 - CMC 60 - Age >= 16 ans - Autres - Dépendance physique <= 12***

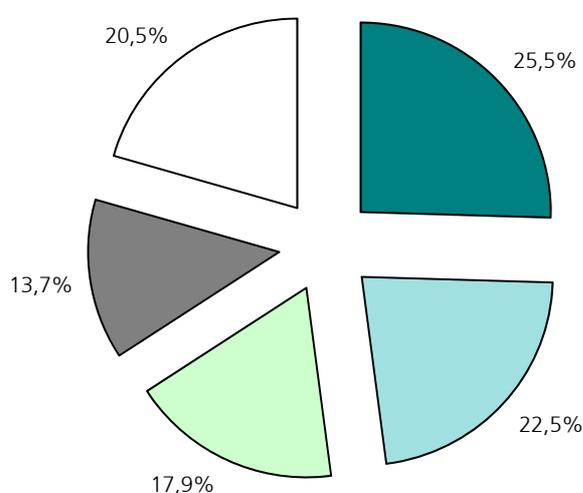
Ce GHJ a entraîné 1 022 Résumés Hebdomadaires Standardisés (RHS), soit 5 709 journées d'hospitalisation. L'âge moyen des patients est de 81,6 ans.

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 la convalescence après un autre traitement. Elle représente 25,5% des semaines d'hospitalisation.

Les Finalités Principales de Prise en Charge



Source : PMSISSR 2008

Exploitation ORS Bretagne

- Z548 Convalescence après un autre traitement
- Z518 Autres formes précisées de soins médicaux
- Z501 Autres thérapies physiques
- Z540 Convalescence après intervention chirurgicale
- Autres Finalités Principales de Prise en Charge

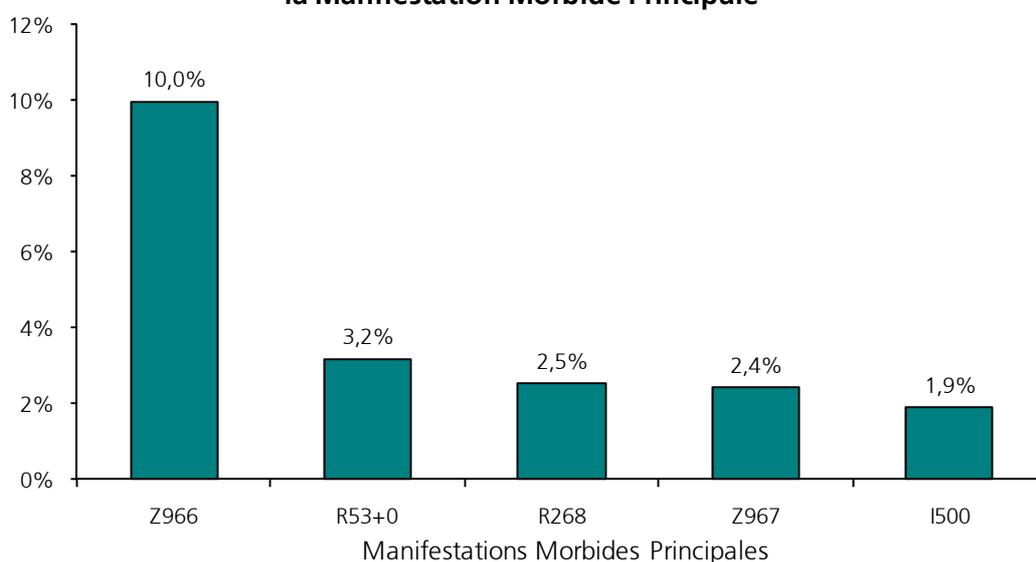
Répartition des semaines d'hospitalisation selon la Manifestation Morbide Principale

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 20% des semaines d'hospitalisation.

La Manifestation Morbide Principale la plus fréquente est la présence d'implants d'articulations orthopédiques avec 10% des semaines d'hospitalisation.

Répartition des semaines d'hospitalisation selon la Manifestation Morbide Principale



Source : PMSI SSR 2008

Exploitation ORS Bretagne

Z966	Présence d'implants d'articulations orthopédiques
R53+0	Altération [baisse] de l'état général
R268	Anomalies de la démarche et de la motilité, autres et non précisées
Z967	Présence d'autres implants osseux et tendineux
I500	Insuffisance cardiaque congestive

Répartition des semaines d'hospitalisation selon l'Affection Etiologique

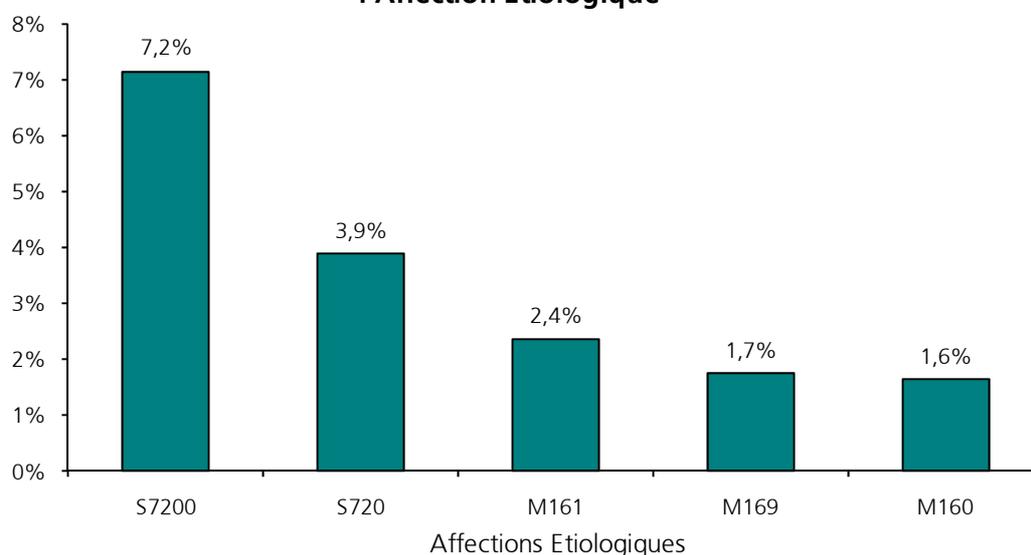
L'Affection Etiologique est l'affection à l'origine de la manifestation conduisant à la prise en charge au cours de la semaine d'hospitalisation.

L'Affection Etiologique est renseignée pour 49,9% des semaines d'hospitalisation.

Les cinq premières pathologies mentionnées en Affection Etiologique représentent 16,8% du nombre total d'affections étiologiques renseignées.

Les Affections Etiologiques les plus mentionnées sont les fractures du col du fémur (fermées ou sans précision), avec 11,1% des semaines d'hospitalisation.

Répartition des semaines d'hospitalisation selon l'Affection Etiologique



Source : PMSI SSR 2008

Exploitation ORS Bretagne

S7200	Fracture fermée du col du fémur
S720	Fracture du col du fémur
M161	Autres coxarthroses primaires
M169	Coxarthrose, sans précision
M160	Coxarthrose primaire, bilatérale

Répartition des semaines d'hospitalisation selon les Diagnostics Associés significatifs

En 2008, 55 224 diagnostics associés significatifs (DAS) ont été recensés pour 20 437 RHS, soit en moyenne 2,7 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 3,5 par RHS.

A noter que 4 523 RHS, soit 22,1%, ne contiennent aucun Diagnostic Associé Significatif.

A l'inverse, pour 4 665 RHS (22,8%) 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 16,6% des pathologies associées à la morbidité principale.

La répartition de ces cinq diagnostics est la suivante :

- I10 Hypertension essentielle (primitive) : 4903 RHS, soit 8,9% de l'ensemble des DAS,
- I48 Fibrillation et flutter auriculaires : 1698 RHS, soit 3,1%,
- Z501 Autres thérapies physiques : 905 RHS, soit 1,6%,
- Z966 Présence d'implants d'articulations orthopédiques : 873 RHS, soit 1,6%,
- F412 Trouble anxieux et dépressif mixte : 798 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 classant dans le RHS classe celui-ci dans une Prise en Charge Clinique Très Lourde (PCTL) ou dans une Prise en Charge Clinique Lourde (PCL).

1 607 Actes Médicaux ont été réalisés au cours de l'année 2008.

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 : 359 actes.
- DEQP003 Electrocardiogramme sur 12 dérivations ou plus : 325 actes.
- HSLD001 Alimentation entérale par sonde avec apport de 20 a 35 kilocalories kilogramme par jour : 147 actes.
- HSLD002 Alimentation entérale par sonde avec apport > 35 kilocalories kilogramme par jour : 114 actes.
- GELD005 Nébulisation d'agent thérapeutique à destination bronchique [aérosol] avec surveillance de la saturation en oxygène par mesure transcutanée [spo2] et surveillance de la fréquence cardiaque, pendant au moins 2 heures : 80 actes.
- ZBQK002 Radiographie thoracique : 48 actes.
- JDLD001 Pose de sonde urétrovésicale : 46 actes.
- GLLD020 Oxygénothérapie hyperbare sans utilisation de ventilation mécanique : 38 actes.
- JDJD001 Evacuation de la vessie par cathétérisme transitoire : 36 actes.

Les interventions chirurgicales antérieures

■ Analyse par séjour*

Le nombre de séjours pour lesquels les patients ont eu une intervention chirurgicale avant leur hospitalisation dans le Service de Soins de Suite ou de Réadaptation est de 1 209, soit 30,2% des séjours. Le délai moyen écoulé entre l'admission et la dernière date d'intervention chirurgicale est de 10,1 jours.

■ Analyse par semaine d'hospitalisation

La part des semaines d'hospitalisation de patients ayant au moins une intervention chirurgicale antérieure est de 29,8% de l'ensemble des semaines d'hospitalisation.

Le délai moyen est de 28,1 jours. On relève un délai moyen minimum de 24,4 jours dans la Catégorie Majeure Clinique 14 Poursuites de Soins Médicaux Sensoriels et cutanés et un délai moyen maximum de 55,6 jours pour la Catégorie Majeure Clinique 30 Attente de placement.

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

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 2 237 séjours, soit 56% de l'ensemble des séjours. 14 757 heures et 15 minutes de rééducation-réadaptation ont été réalisées, soit une moyenne de prise en charge de rééducation-réadaptation de 6 heures et 36 minutes par séjour*.

Analyse par semaine d'hospitalisation

Le nombre d'activités différentes de rééducation-réadaptation pratiquées dans l'établissement est en moyenne de 1,6 par semaine pour les patients bénéficiant de séances de rééducation. Le temps** moyen des soins dispensé par les thérapeutes aux malades nécessitant une rééducation ou une réadaptation est de 1 heure et 43 minutes par semaine et par personne (seul le temps passé en présence du patient est pris en compte).

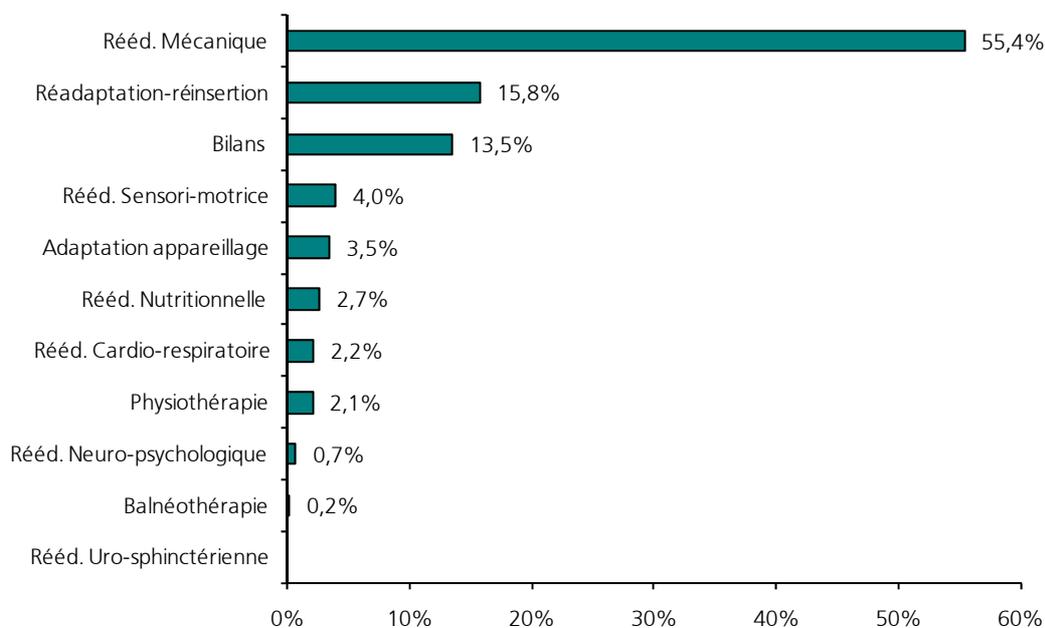
■ Activité de rééducation collective

1 144 heures et 20 minutes de rééducation collective ont été pratiquées dans l'établissement.

■ Activités de rééducation-réadaptation individuelles

L'activité de rééducation individuelle la plus pratiquée dans l'établissement est la rééducation mécanique. Le temps moyen hebdomadaire** de rééducation pour cette activité est de 53 minutes par patient.

Répartition des temps de rééducation réadaptation



Source : PMSISSR 2008

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 temps moyen hebdomadaire de rééducation-réadaptation a été calculé à partir des semaines d'hospitalisation ayant au moins une activité de rééducation ou de réadaptation.

Evolution de la rééducation réadaptation

■ Début de séjour*

Au cours de la première semaine de prise en charge en rééducation-réadaptation, 2 715 heures et 35 minutes de rééducation-réadaptation ont été dispensées pour 2 237 séjours, soit 1 heure et 13 minutes d'activité de rééducation-réadaptation par première semaine d'hospitalisation.

■ Fin de séjour*

Les mêmes séjours ont donné lieu à 2 774 heures et 52 minutes de soins en rééducation-réadaptation au cours des dernières semaines de prise en charge dans l'établissement. Au cours de la dernière semaine de prise en charge en rééducation-réadaptation, le temps moyen hebdomadaire est de 1 heure et 14 minutes.

La charge de soins en rééducation-réadaptation est stable au cours des séjours.

* 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.

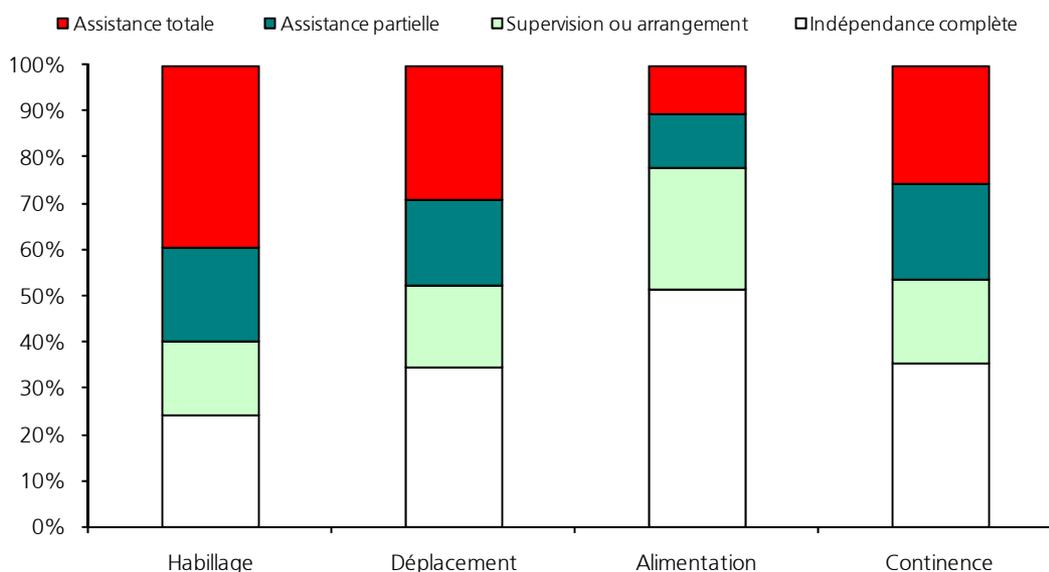
La dépendance

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 2008

Exploitation ORS Bretagne

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

5 627 RHS sont classés en prise en charge lourde (score cumulé de dépendance supérieur à 12), soit 27,5% de l'ensemble des RHS.

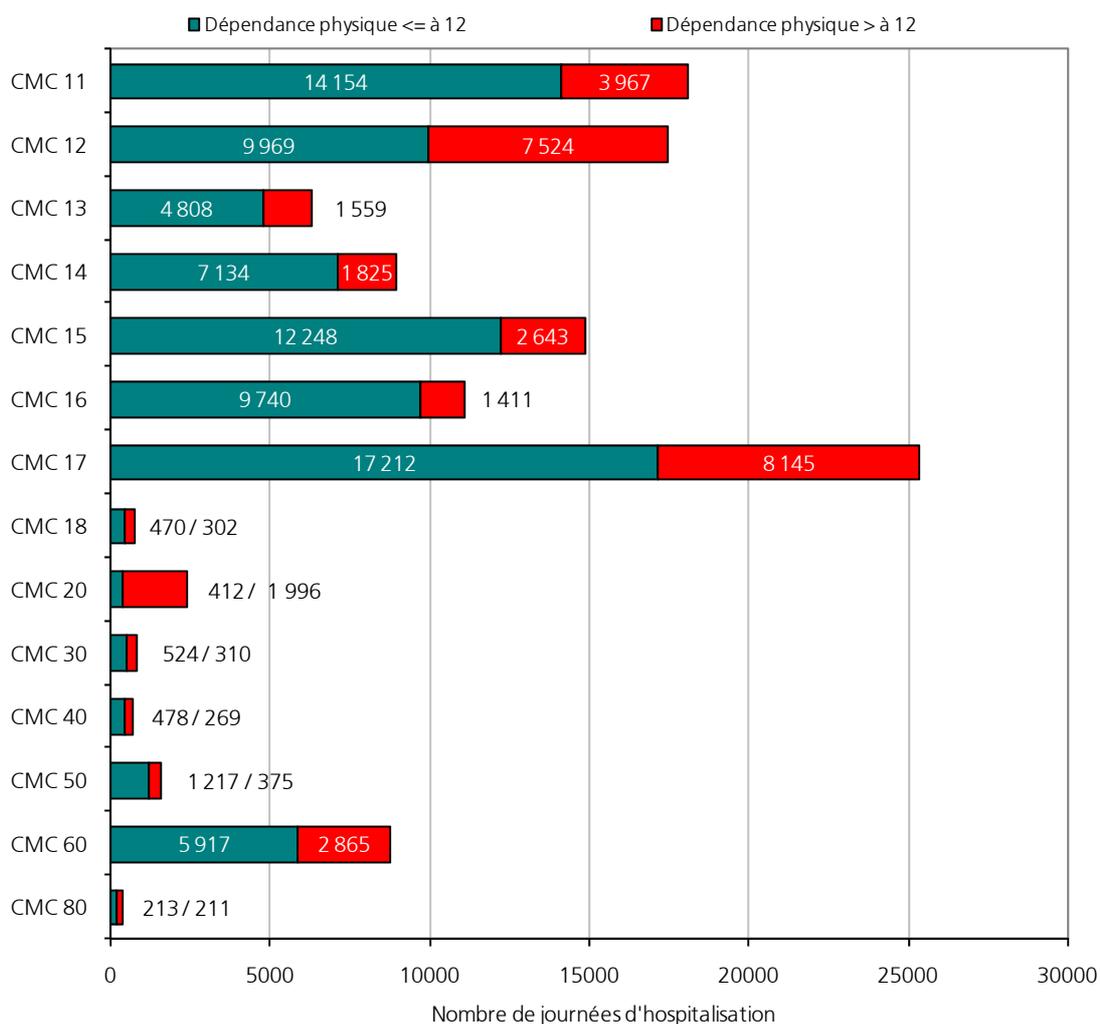
La moyenne des scores de ces personnes très dépendantes est de 14,6 par RHS.

17,1% des RHS sont classés autonomes (score cumulé égal à 4).

■ Etat des journées d'hospitalisation en fonction du score de la dépendance physique et des catégories majeures cliniques

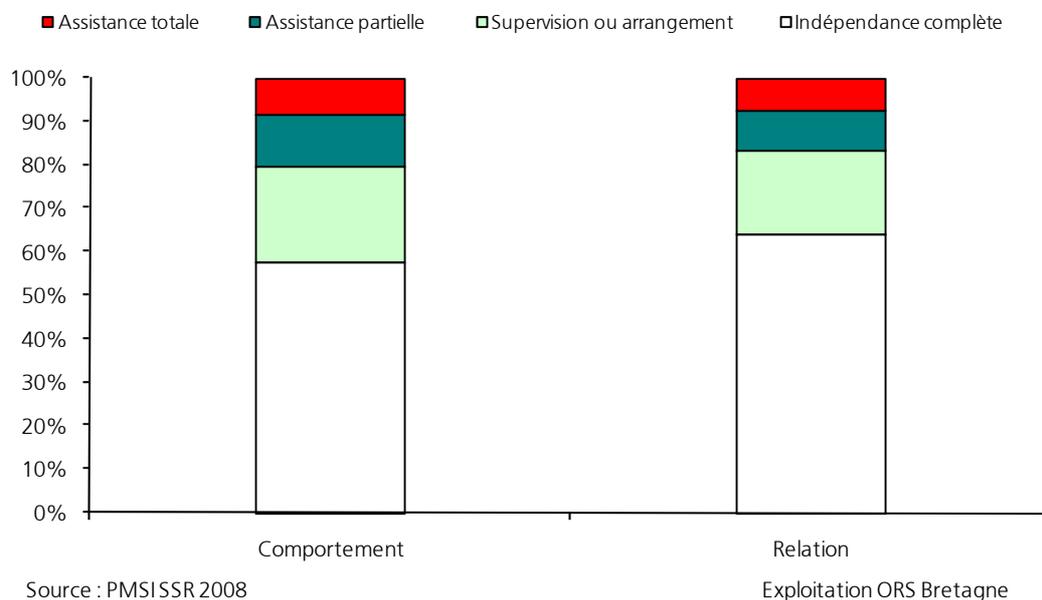
Le graphique ci-dessous présente le nombre de journées totales réalisées par Catégorie Majeure Clinique (CMC). Une distinction a été effectuée au sein de chaque CMC entre les journées avec une dépendance moins lourde (score de dépendance physique < 12) et celles avec une dépendance lourde (score de dépendance physique > 12).

Répartition des journées d'hospitalisation en fonction du score de la dépendance physique et des Catégories Majeures Cliniques



■ Score : comportement et relation

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



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

1 748 RHS sont classés en prise en charge lourde (score cumulé de dépendance supérieur à 6), soit 8,6% de l'ensemble des RHS.

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

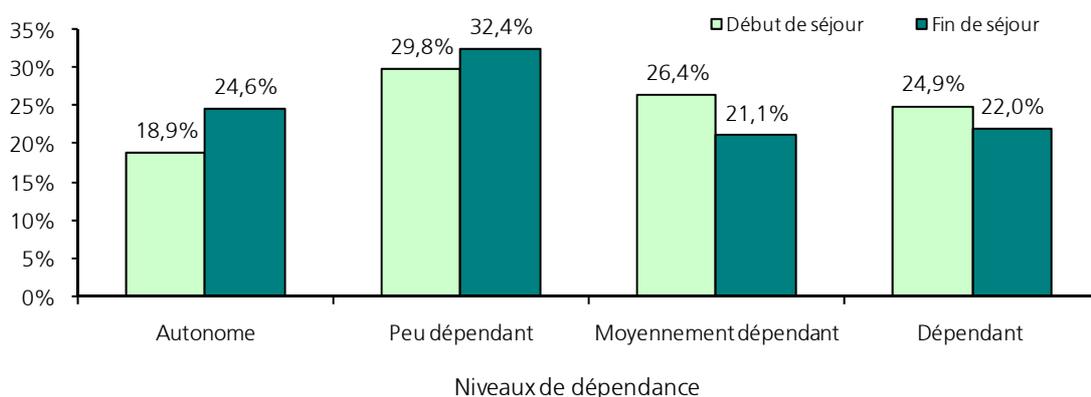
54,6% des RHS sont classés autonomes (score cumulé égal à 2).

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

Evolution de la dépendance
des variables habillage, déplacement, alimentation et continence



Source : PMSISSR 2008

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 3 998 séjours analysés, on relève en première semaine d'hospitalisation un score de dépendance total de 36 238, soit un score moyen de 9,1 qui correspond au profil de patients moyennement dépendants.

Le nombre de séjours ayant un score de dépendance supérieur à 12 au cours de la première semaine est de 996, soit 24,9% des séjours.

■ Fin de séjour*

Pour les mêmes séjours, on relève en dernière semaine un score de dépendance total de 33 902, soit un score moyen de 8,5 qui correspond au profil de patients moyennement dépendants. Le nombre de séjours ayant un score de dépendance supérieur à 12 au cours de la dernière semaine est de 878, soit 22% des séjours.

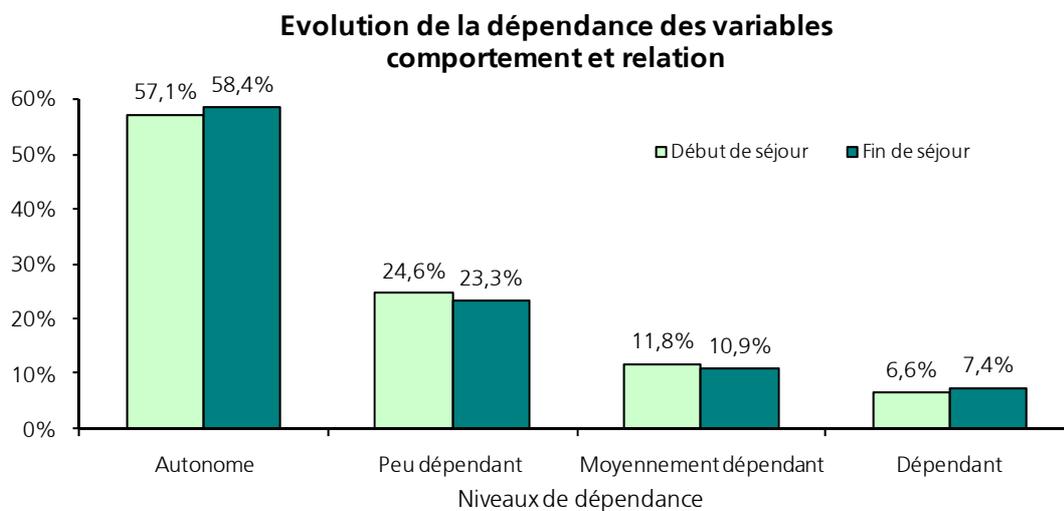
La part des séjours de patients autonomes (score de dépendance des quatre premières variables égal à 4) est passée de 18,9% en début de séjour à 24,6% en fin de séjour.

■ Au total

L'autonomie des patients pour ces quatre événements a été légèrement améliorée au cours de leur séjour dans l'établissement.

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

■ Comportement et relation



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

■ *Début de séjour**

Sur les 3 998 séjours analysés, on relève en première semaine d'hospitalisation un score de dépendance total de 12 746, soit un score moyen de 3,2 qui correspond au profil de patients peu dépendants.

Le nombre de séjours ayant un score de dépendance supérieur à 6 au cours de la première semaine est de 262, soit 6,6%.

■ *Fin de séjour**

Pour les mêmes séjours, on relève en dernière semaine un score de dépendance total de 12 747, soit un score moyen de 3,2 qui correspond au profil de patients peu dépendants.

Le nombre de séjours ayant un score de dépendance supérieur à 6 au cours de la dernière semaine est de 296, soit 7,4% des séjours.

Le nombre de séjours de patients autonomes (score de dépendance des deux dernières variables égal à 2) est passé de 2 283 en début de séjour à 2 336 en fin de séjour.

■ *Au total*

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

Utilisation d'un fauteuil roulant

Pour 2 782 semaines d'hospitalisation, soit 13,6% de l'ensemble des semaines d'hospitalisation, les patients ont utilisé un fauteuil roulant dans le service de Soins de Suite ou de Réadaptation.

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



Les marqueurs de prise en charge lourde

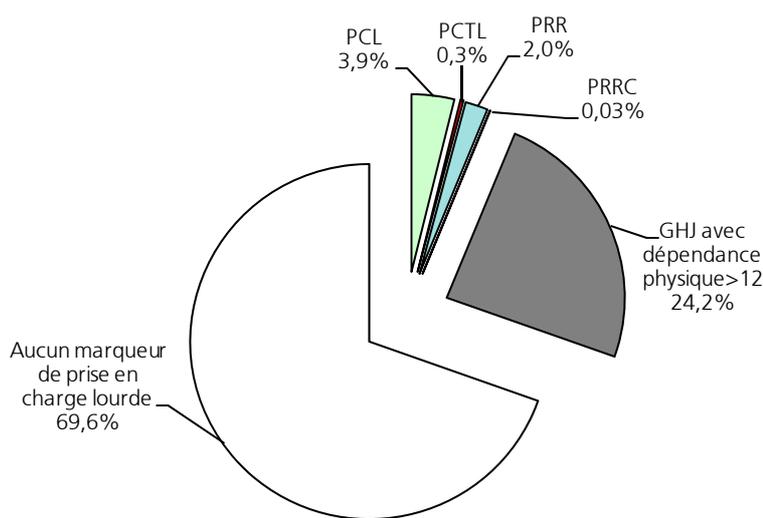
La notion de « prise en charge lourde » s'applique aux semaines d'hospitalisation caractérisées par :

- soit un diagnostic et/ou un acte médical particulier, la semaine d'hospitalisation est alors classée en Prise en charge Clinique Lourde (PCL) ou en Prise en charge Clinique Très Lourde (PCTL),
- soit une prise en charge importante en temps et une diversité d'activités de rééducation-réadaptation, la semaine d'hospitalisation est alors classée en Prise en charge de Rééducation Réadaptation (PRR) ou Prise en charge de Rééducation Réadaptation Complexe (PRRC),
- soit enfin un score cumulé de dépendance supérieur à 12 pour les variables habillage, déplacement, continence, et alimentation.

Parmi les 20 437 semaines d'hospitalisation traitées, on dénombre 6 216 semaines classées en prise en charge lourde, soit **30,4%** de l'ensemble de l'activité médicale. La ventilation de ces semaines par type de prise en charge lourde se décompose ainsi :

- Prise en charge Clinique Lourde (PCL) : 789 semaines, soit 3,9%,
- Prise en charge Clinique Très Lourde (PCTL) : 58 semaines, soit 0,3%,
- Prise en charge de Rééducation Réadaptation (PRR) : 417 semaines, soit 2%,
- Prise en charge de Rééducation Réadaptation Complexe (PRRC) : 7 semaines, soit 0,03%,
- GHJ avec dépendance supérieure à 12* pour les variables habillage, déplacement, continence et alimentation : 4 945 semaines, soit 24,2%.

Répartition des semaines d'hospitalisation en fonction des marqueurs de prise en charge lourde



Source PMSISSR 2008

Exploitation ORS Bretagne

* Les deux dernières variables des items de dépendance « comportement et relation » ne rentrent pas en compte dans le calcul de la dépendance de l'algorithme du groupage pour l'affectation du score de la dépendance > à 12.





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

Dans les services de Soins de Suite ou de Réadaptation, 1 119 séjours, soit 28% de l'ensemble des séjours, ont une durée de séjour supérieure ou égale à 30 jours.

Ces séjours représentent 8 636 semaines d'hospitalisation et 53 840 journées de soins dispensés, soit 53,3% de l'ensemble des journées réalisées.

La durée moyenne de séjour (DMS)** est de 48,1 jours.
L'âge moyen de ces patients est de 79,4 ans.

Les principales Catégories Majeures Cliniques (CMC) concernées sont :

- CMC 17 Poursuites de Soins Médicaux Post-Traumatiques : 2 465 semaines d'hospitalisation (28,5%),
- CMC 12 Poursuites de Soins Médicaux Neuro-Musculaires : 1 166 semaines d'hospitalisation (13,5%),
- CMC 11 Poursuites de Soins Médicaux Cardio-vasculaire/Respiratoires : 1 071 semaines d'hospitalisation (12,4%),
- CMC 15 Poursuites de Soins Médicaux Viscéraux : 1 019 semaines d'hospitalisation (11,8%),
- CMC 16 Poursuites de Soins Médicaux Rhumato/Orthopédiques : 753 semaines d'hospitalisation (8,7%).

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

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



Comparaison de l'activité 2007 et 2008

■ Données générales

Le nombre total de RHS entre ces deux périodes a diminué : 20 190 RHS en 2007 et 20 437 RHS en 2008.

La durée moyenne de séjour* durant ces deux années a légèrement augmenté : 26,1 jours en 2007 et 25,3 jours en 2008.

La moyenne d'âge des patients est passée de 78,8 ans en 2007 à 79,1 ans en 2008.

■ Mouvements

La répartition des modes d'entrée a 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 catégories majeures cliniques se résument ainsi :

Catégories Majeures Cliniques	Année 2007	Année 2008
CMC 17 Poursuites de Soins Médicaux Post-Traumatiques	21,5%	20,5%
CMC 11 Poursuites de Soins Médicaux Cardio-vasculaire/Respiratoires	14,9%	15,8%
CMC 12 Poursuites de Soins Médicaux Neuro-Musculaires	15,4%	14,5%
CMC 15 Poursuites de Soins Médicaux Viscéraux	11,4%	12,9%
CMC 16 Poursuites de Soins Médicaux Rhumato/Orthopédiques	8,8%	9,3%

Source : PMSI SSR 2008

Exploitation ORS Bretagne

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

Le nombre de Diagnostics Associés Significatifs est passé de 2,4 en 2007 à 2,7 en 2008.

Le nombre d'actes médicaux est passé de 1 346 en 2007 à 1 607 en 2008.

La part des semaines d'hospitalisation classées en prise en charge lourde a légèrement diminué et est passée de 31,2% à 30,4% de l'ensemble des semaines d'hospitalisation.

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

Glossaire

Acte médical classant (AMC) : Acte marqueur d'une différenciation statistique de consommation de ressources. Tous les actes de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) sont autorisés dans le recueil PMSI – SSR, mais tous les actes médicaux ne sont pas classants. La présence d'au moins un acte médical classant dans le RHS classe celui-ci dans une Prise en charge Clinique Très Lourde (PCTL) ou dans une Prise en charge Clinique Lourde (PCL). (BO Guide méthodologique de production des RHS, PMSI – SSR, n° 97/5 bis p 61 à 67 et p 91)

Activité / Actes de rééducation-réadaptation : « Douze activités de "rééducation-réadaptation" sont recensées dans le recueil d'information standard PMSI - SSR. Chaque "Activité de rééducation-réadaptation" est définie par une liste fermée d'"actes", qui eux ne sont pas recensés" dans le Résumé Hebdomadaire Standardisé (RHS). "Les "Activités de rééducation-réadaptation", ainsi que les "actes" rattachés à chacune d'entre elles, sont présentés dans le Catalogue des Activités de Rééducation-Réadaptation. »
(BO Guide méthodologique de production des RHS, PMSI – SSR, n° 97/5 bis p 79 à 92)

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, n° 97/5 bis p 31)

AGGIR (grille AGGIR) : « La Grille Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources, créée par le Syndicat National de Gérontologie Clinique, vise à évaluer la perte d'autonomie à partir du constat des activités effectuées ou non par la personne. »
(Cf. La Revue Prescrire, n°192, Février 1999, p 146 et 147)

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 (fascicule n° 97/6 bis). »
(BO Guide méthodologique de production des RHS, PMSI - SSR, n° 97/5 bis p 80 et 92)

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 Homogènes de Journées (GHJ).

Centre de Traitement de l'Information du PMSI (C.T.I.P.) : « il est rattaché à l'université de Paris VI, et est chargé par la Direction des Hôpitaux d'effectuer les développements informatiques liés à la fonction groupage, à la gestion de la base nationale, aux études et expérimentations (étude nationale de coûts, expérimentation PMSI - privé, étude moyen séjour...). »
(La Lettre d'Informations Hospitalières, Lettre des Systèmes d'Informations Médicalisés, Numéro spécial Mai 1996, page 54)

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 des Groupes Homogènes de Journées : elle est « spécifique aux soins de suite ou de réadaptation » et « constitue un outil permettant de classer chaque résumé hebdomadaire standardisé, en fonction des informations qu'il contient, dans un et un seul groupe homogène de journées, rattachée à une catégorie majeure clinique. La Classification des Groupes Homogènes de Journées est publiée au Bulletin Officiel (fascicule n° 97/8 bis - Volume 1 : Principes de construction de la classification ; Volume 2 : Description de la classification). »

(BO Guide méthodologique de production des RHS, PMSI - SSR, n° 97/5 bis p 7, 8 et 92)

Classification Internationale des Maladies, 10ème 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 1000 habitants. Ce code est égal, soit au code postal du bureau distributeur, soit au code de regroupement afin de réunir plus de 1000 habitants.

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

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

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

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. Jusqu'à 20 « diagnostics associés significatifs » peuvent être décrits dans un RHS.

« 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, n° 97/5 bis p 93, 31)

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.

Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux : « ce fichier répertorie tous les établissements sanitaires et sociaux auxquels est affecté un numéro "d'identification", appelé "Numéro FINESS". Ce fichier est géré par le Service des Etudes et des Systèmes d'Information (SESI) du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. »

(BO Guide méthodologique de production des RHS, PMSI – SSR, n° 97/5 bis p 12, 13 et 93)

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

(BO Guide méthodologique de production des RHS, PMSI – SSR, n° 97/5 bis p 30, 32, 42 à 47, 93)

Groupeage : réalisé par un "logiciel groupeur", le groupeage classe les Résumés Hebdomadaires Standardisés dans des Catégories Majeures Cliniques puis dans des Groupes Homogènes de Journées suivant l'algorithme de la classification.

Groupe Homogène de Journées (GHJ) : chaque RHS fait l'objet d'un classement dans un Groupe Homogène de Journées (GHJ) selon l'algorithme de la classification.

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 n°97/5 bis p 30, 32 à 35, 93)

Mesure Indépendance Fonctionnelle (MIF) : c'est une échelle d'évaluation de la dépendance comportant 18 items cotés en 7 niveaux (1 à 7).

Pôle d'Expertise et de Référence National des Nomenclatures de Santé (PERNNS) : « créé en 1992 dans le cadre d'une convention entre le ministère de la santé et l'AUNIS (Association des Utilisateurs de Nomenclatures Nationales et Internationales de Santé). Composé d'experts médicaux, il est chargé d'assurer l'évolution et la maintenance des outils du PMSI (Catalogue des Actes Médicaux, classification des GHM et ICR du PMSI-MCO).

Organisme indépendant, le PERNNS est désormais doté d'un Comité Consultatif qui émet des avis et des conseils quant aux orientations des travaux à mener par le PERNNS, à leurs résultats et aux modalités de leur utilisation. Ces avis et conseils accompagnent les propositions et les résultats des travaux que le PERNNS communique à la Direction des Hôpitaux (Mission PMSI). »

Prise en charge de Rééducation-Réadaptation Complexe (PRRC) :

« - pour une semaine d'hospitalisation de 5 jours et plus, sont complexes les procédures de rééducation et de réadaptation supérieures ou égales à 5 heures hebdomadaires d'activité principale et supérieures ou égales à deux heures hebdomadaires d'activité associées ou bien supérieures ou égales à 4 heures hebdomadaires d'activité hebdomadaire collective.

- pour une semaine de moins de 5 jours, sont complexes les procédures de rééducation et de réadaptation supérieures ou égales à 1 heure de temps moyen par jour d'activité principale et supérieures ou égales à 30 mn de temps moyen par jour d'activité associée ou supérieure ou égale à 1 heure de temps moyen par jour d'activité collective. »

(BO Manuel des groupes homogènes de journées, PMSI – SSR, n° 97/8 bis p18 et 19)

Prise en charge de Rééducation-Réadaptation (PRR) :

« - pour une semaine d'hospitalisation de 5 jours et plus, sont classées en PRR les procédures de rééducation et de réadaptation supérieures ou égales à 2 heures hebdomadaires d'activité principale et supérieures ou égales à 1 heure hebdomadaire d'activité associée ou supérieures ou égales à 3 heures hebdomadaires d'activité collective.

- pour une semaine d'hospitalisation de moins de 5 jours, sont classées en PRR les procédures de rééducation et de réadaptation supérieures ou égales à 30 mn de temps moyen par jour d'activité principale et supérieures ou égales à 30 mn de temps moyen par jour d'activité associée (ou supérieures ou égales à 1 heure de temps total pour cette activité sur l'ensemble des journées du RHS) ou supérieures ou égales à 30 mn de temps moyen par jour d'activité collective. »
(BO Manuel des groupes homogènes de journées, PMSI – SSR, n° 97/8 bis p18 et 19)

Prise en Charge Très Lourde (PCTL) / Prise en Charge Lourde (PCL) : « dans le cadre de l'exploitation de la base de données recueillie initialement pour construire la classification des Groupes Homogènes de Journées, certaines prises en charge cliniques se sont avérées statistiquement discriminantes en matière de consommation de ressources. La classification des GHJ comporte ainsi dans chaque Catégorie Majeure Clinique des groupes spécifiques de Prise en charge Clinique Lourde (PCL) et de Prise en charge Clinique Très Lourde (PCTL) afin de distinguer ces situations. Un Résumé Hebdomadaire Standardisé est classé dans un groupe de PCL ou de PCTL s'il présente un diagnostic ou un acte médical classant appartenant à une liste fermée. Il existe deux listes d'actes médicaux et de diagnostics classants, l'une pour le PCL et l'autre pour les PCTL. »

(BO Guide méthodologique de production des RHS, PMSI – SSR, n° 97/5 bis p 61 à 67, 93)

Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) :

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

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

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.

Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée (SIIPS) : méthode d'estimation de la charge en soins infirmiers directs dispensés à un malade, décomposée en trois sous-groupes (soins de base, soins techniques et soins relationnels et éducationnels).

Suites Semestrielles 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, n° 97/5 bis p 35)