

Juillet 2009

HOPITAUX LOCAUX ENSEMBLE

Activité de Médecine
Année 2008

HOPITAUX LOCAUX

**Résultat du Programme de
Médicalisation des Systèmes
d'Information (P.M.S.I.)
Projet commun à 63 hôpitaux
locaux de France**

**Activité de Médecine
Année 2008**



Rapport réalisé à la demande de l'ensemble des hôpitaux locaux

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 établissements participant, qu'ils en soient remerciés.

Il 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 de Séjour des services de Médecine.

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

D'autres établissements ont ensuite rejoint les fondateurs et 63 hôpitaux locaux 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 trimestriels et son propre rapport annuel d'activité, ainsi qu'un rapport de présentation de l'activité de l'ensemble des établissements réunis.



Sommaire

INTRODUCTION	7
PRESENTATION DES ETABLISSEMENTS PARTICIPANTS AU SYSTEME D'INFORMATION	9
LA POPULATION HOSPITALISEE	11
Age des patients hospitalisés	11
Répartition des modes d'entrée et modes de sortie	12
Provenance des patients	13
L'ACTIVITE MEDICALE	15
Variation mensuelle du nombre de sorties	15
Durée Moyenne de Séjour	16
Durée Moyenne de Séjour selon l'âge	17
Durée Moyenne de Séjour selon les principales catégories majeures de diagnostics	17
L'activité médicale par Catégorie Majeure de Diagnostics (C.M.D.)	18
Répartition des CMD selon le nombre d'hospitalisations	18
Répartition des CMD selon la valorisation des GHS	19
Principales catégories majeures de diagnostics	20
L'activité médicale par Groupe Homogène de Malades (GHM)	23
Répartition des GHM selon le nombre d'hospitalisations	23
Le classement des GHM	24
Les GHM les plus fréquents	24
La classification des GHM	25
Le niveau de sévérité des GHM	25
L'activité Médicale par Diagnostic	26
Les Diagnostics Principaux les plus fréquents	26
Les Diagnostics Reliés les plus fréquents	26
Les Diagnostics Associés Significatifs les plus fréquents	27
Les Actes Médicaux	27
Les séjours d'une durée supérieure ou égale à 30 jours	29
ACTIVITE 2007 ET 2008	31
Données générales	31
Mouvements	31
Catégories Majeures de Diagnostics	31
Diagnostics et actes médicaux	31
ANALYSE DES SEJOURS RELATIFS AUX SOINS PALLIATIFS	33
Activité médicale	33
Comparaison de l'activité 2007-2008	33

EVOLUTION DE L'ACTIVITE MEDICALE ENTRE 1990 ET 2008	35
Durée Moyenne de Séjour	35
Les modes d'entrée et de sortie	37
L'âge de la population hospitalisée	38
Les principales Catégories Majeures de Diagnostics	39

ANNEXES

GLOSSAIRE



Introduction

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

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

C'est l'objet du présent rapport de rendre compte de cette activité et de donner aux responsables et aux professionnels des établissements une vision la plus complète possible des résultats de leurs interventions et de leur travail tout au long de l'année 2008.

Ce rapport est une description précise et une analyse fine de l'activité de Médecine menée dans l'ensemble des hôpitaux locaux participant au système d'information de l'ORS Bretagne en 2008.

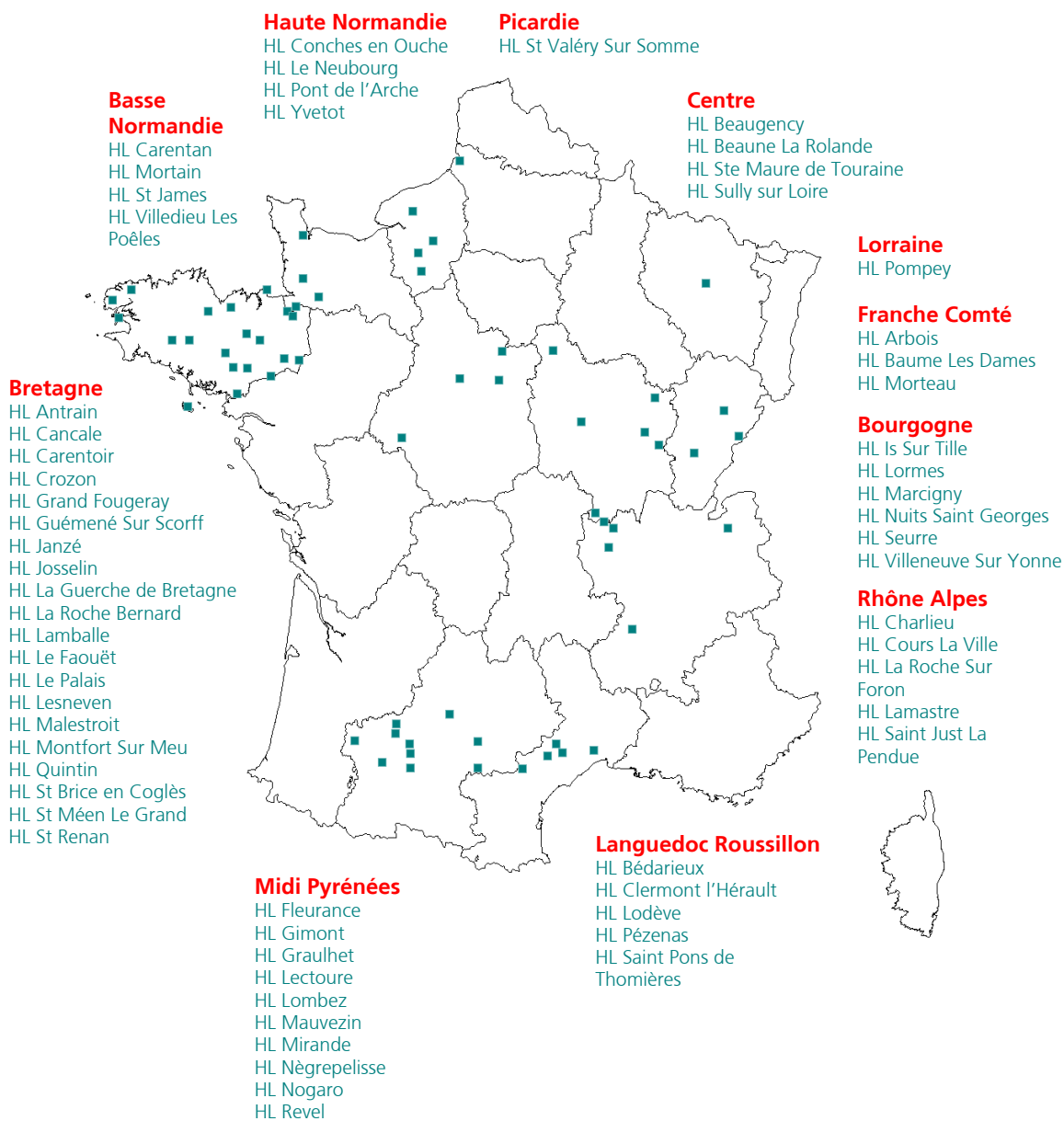
Il comporte quatre principaux chapitres :

- une description de la population hospitalisée,
- une analyse de l'activité médicale par Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD),
- une analyse de l'activité médicale par Groupe Homogène de Malades (GHM),
- 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 Médecine en 2008



Source : Déclaration 2008 des établissements

Exploitation ORS Bretagne

Présentation des établissements participant au système d'information

En 2008, 63 hôpitaux locaux 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 922 lits de Médecine, soit en moyenne 15 lits de Médecine 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 Basse-Normandie								
Carentan (50)	24	10	-	-	198	30	-	262
Mortain (50)	25	5	-	-	178	36	2	246
Saint James (50)	15	15	-	-	143	40	-	213
Villedieu Les Poêles (50)	15	8	-	-	99	40	6	168
Région Bourgogne								
Is-sur-Tille (21)	8	12	-	-	95	20	-	135
Lormes (58)	12	11	-	-	96	30	-	149
Marcigny (71)	10	10	-	-	72	33	5	130
Nuits-Saint-Georges (21)	8	-	-	-	124	20	-	152
Seurre (21)	12	-	-	-	120	-	-	132
Villeneuve-sur-Yonne (89)	10	8	-	-	226	58	2	304
Région Bretagne								
Antrain (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
Janze (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
Le Faouet (56)	15	25	-	-	149	20	1	210
Le Palais (56)	19	8	40	-	61	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
Quintin (22)	18	-	-	-	198	-	-	216
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
Région Centre								
Beaune La Rolande (45)	10	-	50	100	42	-	-	202
Beaugency (45)	15	5	-	-	208	-	-	228
Ste Maure de Touraine (37)	14	-	-	-	254	72	-	340
Sully sur Loire (45)	11	9	-	-	200	-	17	237
Région Franche-Comté								
Arbois (39)	8	17	-	-	116	-	-	141
Baume-les-Dames (25)	10	28	-	-	140	-	5	183
Morteau (25)	20	20	-	-	124	40	-	204

	Médecine	Soins de Suite ou de Réadaptation	Longue durée	Cure médicale	Maison de retraite, foyer logement, EHPAD	Soins infirmiers à domicile	Autres	TOTAL
Région Haute-Normandie								
Conches en Ouche (27)	7	5	-	-	92	35	-	139
Le Neubourg (27)	10	5	30	-	155	45	-	245
Pont de l'Arche (27)	8	-	-	-	78	20	-	106
Yvetot (76)	15	11	-	-	202	-	14	242
Région Languedoc-Roussillon								
Bédarieux (34)	20	20	30	-	88	50	-	208
Clermont l'Hérault (34)	17	11	30	-	90	41	10	199
Lodève (34)	22	18	100	-	68	45	-	253
Pézenas (34)	27	-	28	-	176	-	10	241
Saint Pons de Thomières (34)	10	35	30	-	113	25	5	218
Région Lorraine								
Pompey (54)	10	21	36	-	285	40	20	412
Région Midi-Pyrénées								
Fleurance (32)	20	5	-	-	105	30	10	170
Gimont (32)	15	15	30	-	157	23	-	240
Graulhet (81)	18	15	-	-	141	-	-	174
Lectoure (32)	11	22	80	-	79	35	9	236
Lombez (32)	28	30	30	-	132	32	-	252
Mauvezin (32)	15	15	-	-	62	21	-	113
Mirande (32)	10	10	20	-	113	30	-	183
Negrepelisse (82)	15	5	10	-	111	37	-	178
Nogaro (32)	15	20	30	-	125	33	-	223
Revel (31)	15	36	61	42	102	25	2	283
Région Picardie								
Saint Valery sur Somme (80)	25	41	90	-	118	58	4	336
Région Rhône-Alpes								
Cours La Ville (69)	10	47	133	-	178	20	-	388
Charlieu (42)	8	27	-	-	85	49	-	169
La Roche sur Foron (74)	13	12	15	-	100	33	-	173
Lamastre (07)	12	27	46	-	66	34	-	185
Saint Just La Pendue (42)	8	4	-	-	82	-	-	94
TOTAL	922	987	1 534	157	8 004	1 591	236	13 431

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

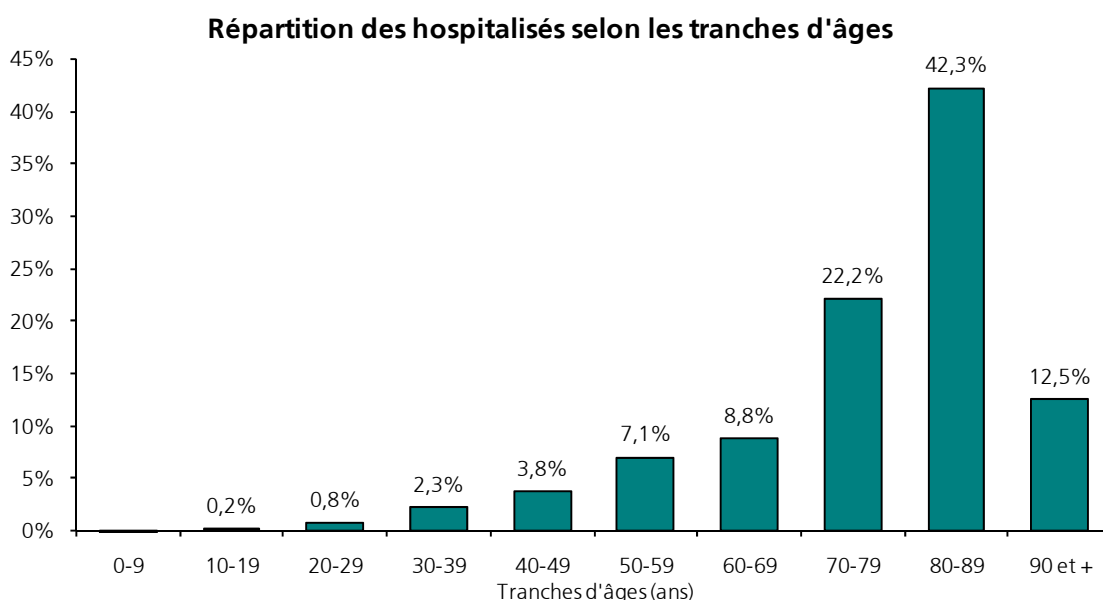
La population hospitalisée

Au cours de l'année 2008, les 63 hôpitaux locaux ont réalisé 16 775 séjours (*) en service de Médecine.

La population hospitalisée est composée de 9 479 femmes et de 7 296 hommes, soit respectivement 56,5% et 43,5% de l'effectif global.

■ L'âge des patients hospitalisés

L'âge moyen des personnes hospitalisées est de 76,4 ans. L'âge moyen des femmes est de 79,3 ans et celui des hommes de 72,7 ans.



Source : PMSIMCO 2008

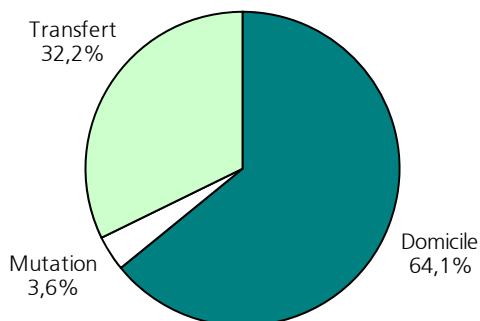
Exploitation ORS Bretagne

Près des 3/4 des hospitalisés sont représentés dans les tranches d'âges des 70-79 ans et des 80-89 ans.

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

■ Répartition des modes d'entrée et de sortie

Modes d'entrées



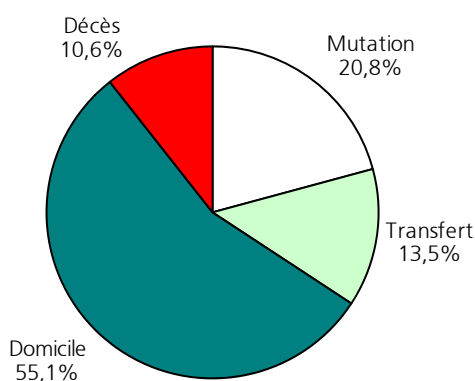
Source : PMSIMCO 2008

Exploitation ORS Bretagne

Les entrées en provenance du domicile (y compris domicile collectif) représentent 64,1% des hospitalisations. 32,2% des entrées sont des transferts externes en provenance d'autres établissements, et pour l'essentiel d'une unité de soins de courte durée.

Concernant les entrées en provenance du domicile, 64% des hospitalisés retournent à leur domicile, 17,6% sont mutés vers un autre service de l'établissement et 11,2% sont transférés vers un autre établissement.

Modes de sorties



Source : PMSIMCO 2008

Exploitation ORS Bretagne

Les sorties sont des retours au domicile (y compris domicile collectif) pour 55,1% des hospitalisations. 20,8% des sorties sont des mutations internes vers un autre service de l'établissement et essentiellement des mutations vers le service de Soins de suite ou de Réadaptation. 13,5% des sorties sont des transferts externes vers d'autres établissements et pour l'essentiel vers une unité de soins de courte durée.

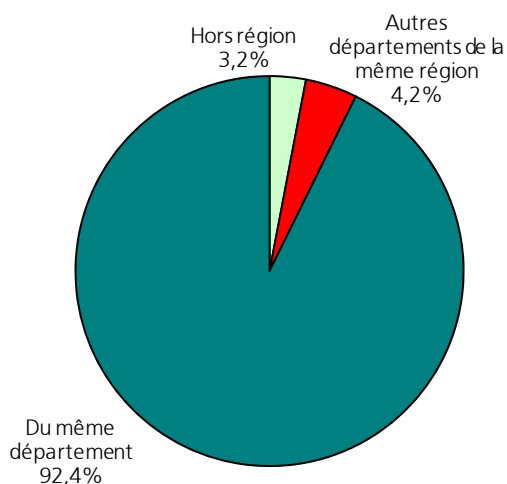
Au cours de l'année 2008, 1 780 décès, soit 10,6% des hospitalisations, sont survenus dans le service de médecine.

■ Provenance des patients

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

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

Provenance des patients



Source : PMSIMCO 2007

Exploitation ORS Bretagne

Sur les 16 775 hospitalisations, 15 500 séjours, soit 92,4%, concernent des patients domiciliés dans le département d'implantation de l'établissement.

Les 1 272 séjours restants (7,6%) se répartissent comme suit :

- 698 hospitalisés sont domiciliés dans un département de la région autre que celui où est implanté l'établissement,
- 574 hospitalisés sont domiciliés en dehors de la région.

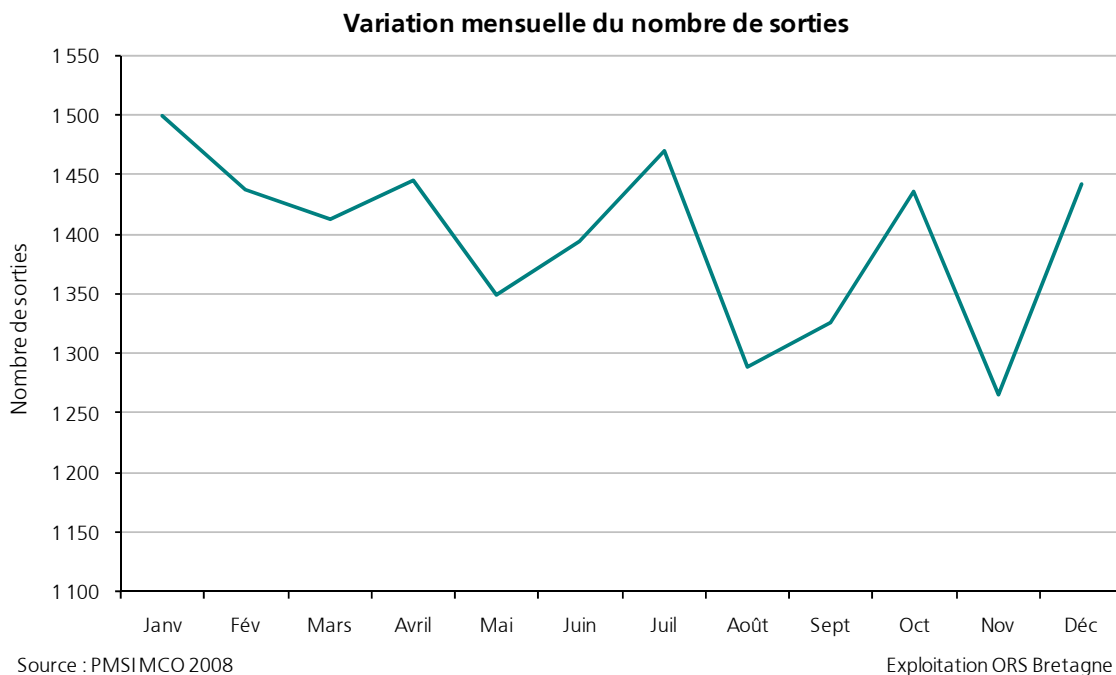




L'activité médicale

■ Variation mensuelle du nombre de sorties

En moyenne, on dénombre 1 398 sorties par mois. Le nombre minimum de sorties est observé au mois de Novembre avec 1 266 sorties et le nombre maximum est observé au mois de Janvier avec 1 500 sorties.



■ Durée Moyenne de Séjour

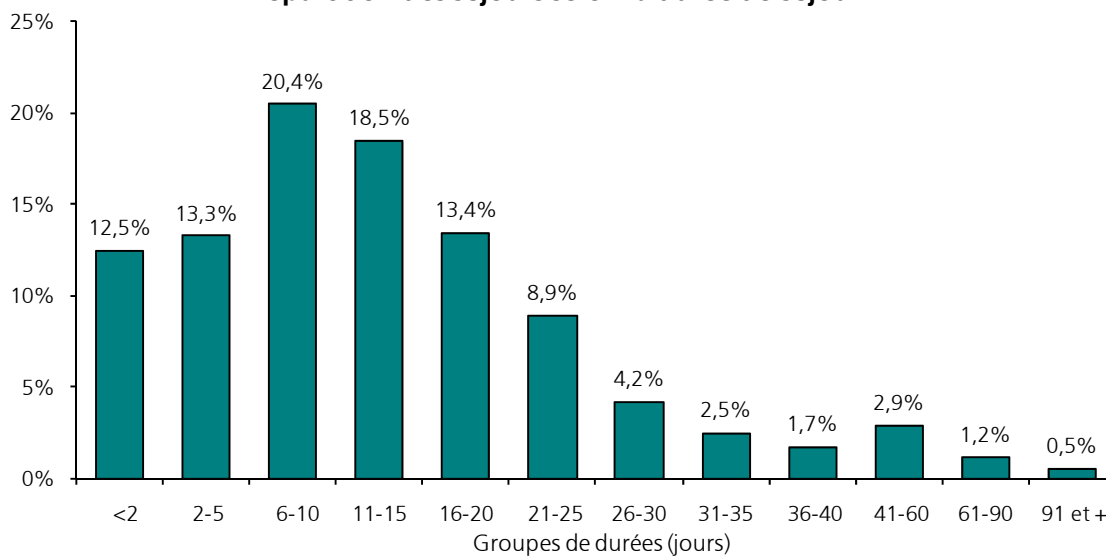
Les 63 hôpitaux locaux ont réalisés 16 775 séjours : 14 684 séjours hors CM 24 et 28* et 2 091 séjours dans les CM 24 et 28.

Le nombre de journées d'hospitalisation hors CM 24 et 28 est de 242 220 journées.

La durée moyenne des séjours (DMS**) hors CM 24 et 28 est de 16,5 jours.

La DMS hors CM 24 et 28 et hors Soins Palliatifs est de 15,9 jours.

Répartition des séjours selon la durée de séjour



Source : PMSIMCO 2008

Exploitation ORS Bretagne

Les 63 hôpitaux locaux ont réalisés 2 091 séjours (*) de moins de 2 jours, soit 12,5% du nombre total de séjours.

46,2% de l'ensemble des séjours ont une durée inférieure ou égale à 10 jours.

La proportion des hospitalisations d'une durée supérieure à un mois équivaut à 8,8% de la totalité des séjours.

* Les séjours de moins de 2 jours correspondent aux séjours classés dans les CM 24 Séjours de moins de 2 jours et CM 28 Séances.

**Les séjours relatifs aux comas végétatifs ont été exclus du calcul de la DMS.

■ *Durée Moyenne de Séjour selon l'âge*

La Durée Moyenne de Séjour (DMS) hors CM 24 et 28 des établissements est de 16,5 jours.

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

Age	<= 49	50-59	60-69	70-79	80-89	90 et +
Nombre de séjours en CM 24 et 28	455	393	398	318	408	119
Nombre de séjours hors CM 24 et 28	750	792	1075	3401	6682	1984
Nombre de décès	19	80	121	425	794	341
DMS hors séjours en CM 24 et 28 ⁽¹⁾	15,2	16,2	16,4	16,9	16,5	16,3

Source : PMSI MCO 2008

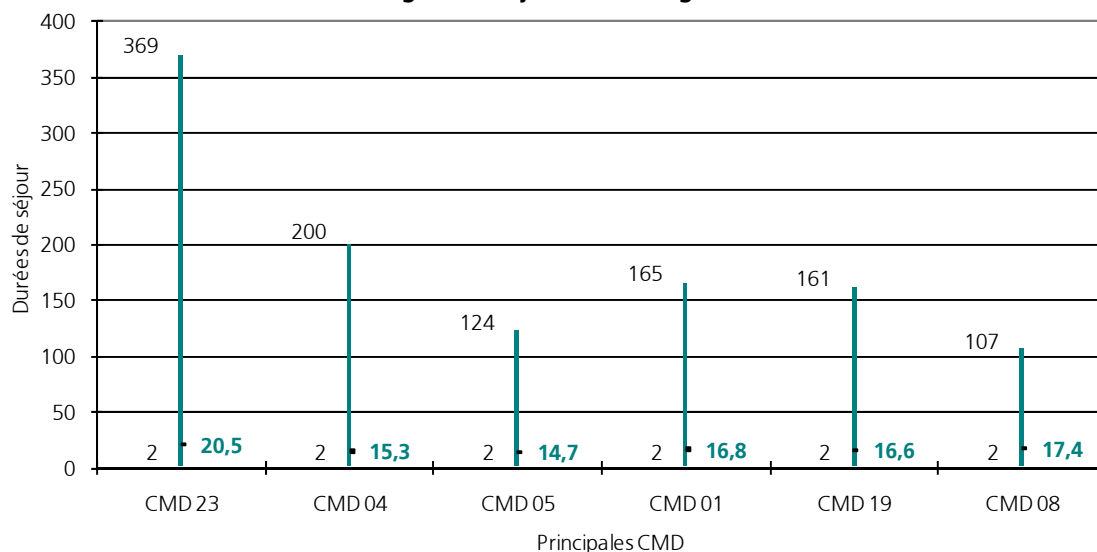
Exploitation ORS Bretagne

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

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

La DMS par Catégorie Majeure de Diagnostics (CMD) varie de 14,7 jours pour la CMD 05 Affections de l'appareil circulatoire à 20,5 jours pour la CMD 23 séjours de moins de 2 jours.

Etendue des durées de séjour pour les principales catégories majeures de diagnostics



Source : PMSI MCO 2008

Exploitation ORS Bretagne

Lecture : Pour la CMD 23, la durée de séjour minimum est de 2 jours et la durée de séjour maximum est de 369 jours. La DMS de l'ensemble des séjours classés dans cette CMD est de 20,5 jours.

(1) Dans les tranches d'âges à faible effectif, les DMS hors CM 24 et 28 sont calculées à titre indicatif, elles ne sont pas représentatives dans ces tranches d'âges.

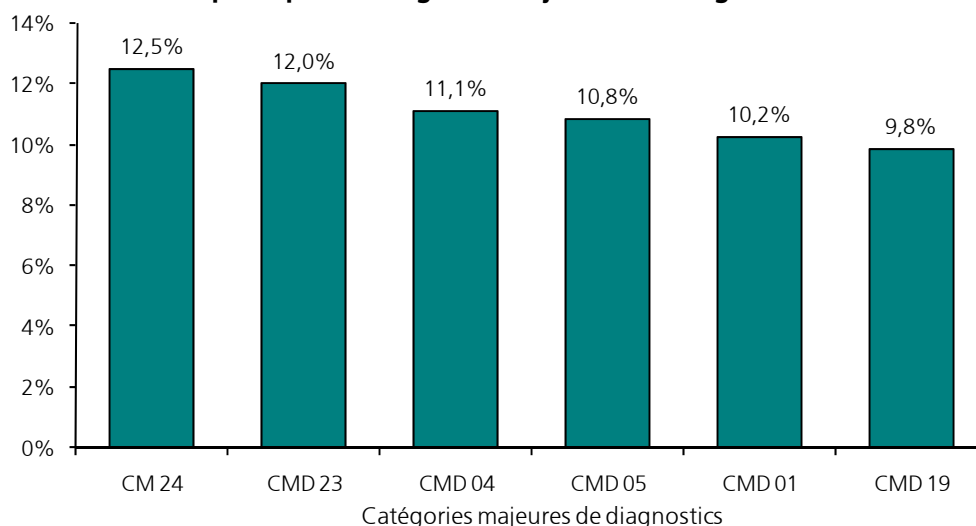
■ L'activité médicale par Catégorie Majeure de Diagnostics (C.M.D.)

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

■ Répartition des CMD selon le nombre d'hospitalisations

Six Catégories Majeures de Diagnostics (CMD) forment 66,5% des hospitalisations. La CM 24 Séjours de moins de 2 jours est la plus représentée. Elle concerne 12,5% des séjours.

Répartition des hospitalisations selon les principales catégories majeures de diagnostics



Source : PMSIMCO 2008

Exploitation ORS Bretagne

CM 24	Séjours de moins de 2 jours
CMD 23	Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours au service de santé
CMD 04	Affections de l'appareil respiratoire
CMD 05	Affections de l'appareil circulatoire
CMD 01	Affections du système nerveux
CMD 19	Maladies et troubles mentaux

■ Répartition des CMD selon la valorisation des GHS

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

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

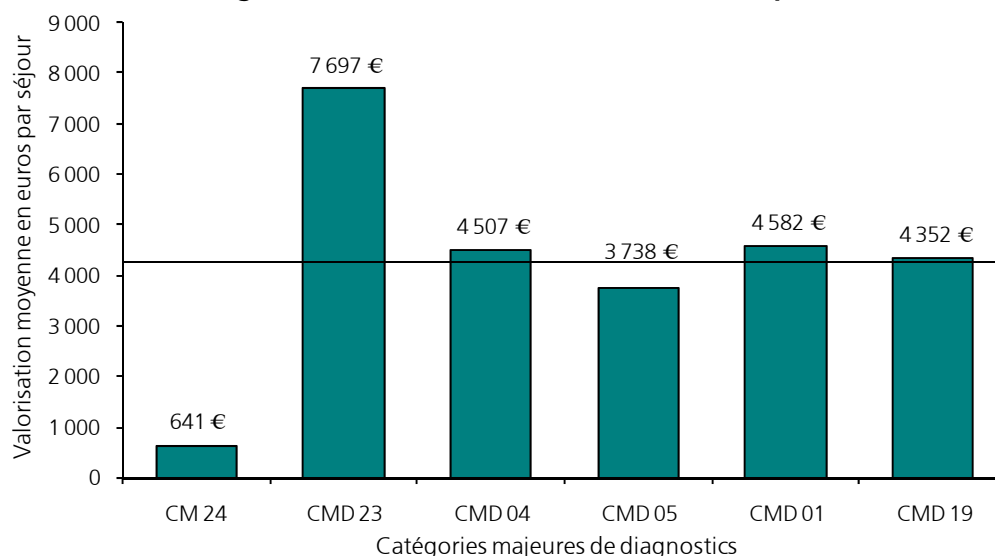
Les 16 775 Résumés de Sortie Anonymes analysés représentent selon la valorisation des GHM **70 748 091,83 euros**. La valorisation moyenne par séjour produit par l'établissement est de **4 217 euros**.

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

Ces 6 principales CMD représentent 47 060 529 euros, soit 66,5% de l'activité globale des établissements.

La valorisation moyenne du GHM varie pour les principales CMD de 641 euros à 7 697 euros.

Répartition des principales catégories majeures de diagnostics selon leur valorisation économique



Source : PMSIMCO 2008

Exploitation ORS Bretagne

CM 24	Séjours de moins de 2 jours
CMD 23	Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours au service de santé
CMD 04	Affections de l'appareil respiratoire
CMD 05	Affections de l'appareil circulatoire
CMD 01	Affections du système nerveux
CMD 19	Maladies et troubles mentaux

■ **Principales Catégories Majeures de Diagnostics**

● ***CM 24 Séjours de moins de 2 jours***

2 091 hospitalisations ont été réalisées dans la CMD 24. L'âge moyen des patients est de 63,5 ans. Le nombre de décès est de 188. Les 2 091 séjours de cette CMD représentent 1 339 544 €, soit une valorisation moyenne par séjour de 641 €

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

- GHM 24M19Z Affections de la CMD 10 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 10 : 770 séjours,
- GHM 24Z22Z Autres transferts vers MCO : séjours de moins de 2 jours : 306 séjours,
- GHM 24Z11E Autres décès : séjours de moins de 2 jours : 184 séjours,
- GHM 24M36Z Autres motifs de recours de la CMD 23 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire : 120 séjours,
- GHM 24M03Z Affections de la CMD 01 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 01 : 78 séjours,

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

- E831 Anomalies du métabolisme du fer,
- Z515 Soins palliatifs,
- Z000 Examen médical général,
- E119 Diabète sucré non insulino-dépendant, sans complication,
- G35 Sclérose en plaques.

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

2 013 hospitalisations ont été réalisées dans la CMD 23. La durée moyenne de séjour est de 20,5 jours. L'âge moyen des patients est de 78,3 ans. Le nombre de décès est de 1 010. Les 2 013 séjours de cette CMD représentent 15 494 694 €, soit une valorisation moyenne par séjour de 7 697 €

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

- GHM 23Z02Z Soins palliatifs, avec ou sans acte : 818 séjours,
- GHM 23Z02Z Soins palliatifs, avec ou sans acte dans un lit dédié aux Soins Palliatifs : 674 séjours,
- GHM 23M03V Signes et symptômes sans CMA : 235 séjours,
- GHM 23M03W Signes et symptômes avec CMA : 214 séjours,
- GHM 23M06Z Autres facteurs influant sur l'état de santé : 67 séjours,

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

- Z515 Soins palliatifs,
- R53+0 Altération [baisse] de l'état général,
- R53+2 Fatigue,
- R520 Douleur aiguë,
- R53+1 Malaise.

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

1 861 hospitalisations ont été réalisées dans la CMD 04. La durée moyenne de séjour est de 15,3 jours. L'âge moyen des patients est de 81,5 ans. Le nombre de décès est de 132. Les 1 861 séjours de cette CMD représentent 8 387 603 €, soit une valorisation moyenne par séjour de 4 507 €

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

- GHM 04M05W Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans avec CMA : 378 séjours,
- GHM 04M08W Bronchopneumopathies chroniques avec CMA : 255 séjours,
- GHM 04M03W Bronchites et asthme, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans : 239 séjours,
- GHM 04M05V Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans sans CMA : 199 séjours,
- GHM 04M13Z Œdème pulmonaire et détresse respiratoire : 180 séjours,

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

- J180 Bronchopneumopathie, sans précision,
- J209 Bronchite aiguë, sans précision,
- J189 Pneumopathie, sans précision,
- J440 Maladie pulmonaire obstructive chronique avec infection aiguë des voies respiratoires inférieures,
- J690 Pneumopathie due à des aliments et des vomissements.

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

1 817 hospitalisations ont été réalisées dans la CMD 05. La durée moyenne de séjour est de 14,7 jours. L'âge moyen des patients est de 82,1 ans. Le nombre de décès est de 108. Les 1 817 séjours de cette CMD représentent 6 791 911 €, soit une valorisation moyenne par séjour de 3 738 €

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

- GHM 05M09W Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire avec CMA : 464 séjours,
- GHM 05M12W Troubles vasculaires périphériques, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA : 279 séjours,
- GHM 05M09V Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire sans CMA : 215 séjours,
- GHM 05M15Z Hypertension artérielle : 185 séjours,
- GHM 05M08W Arythmies et troubles de la conduction cardiaque, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA : 178 séjours,

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

- I500 Insuffisance cardiaque congestive,
- I48 Fibrillation et flutter auriculaires,
- I509 Insuffisance cardiaque, sans précision,
- I501 Insuffisance ventriculaire gauche,
- I10 Hypertension essentielle (primitive).

● **CMD 01 Affections du système nerveux**

1 717 hospitalisations ont été réalisées dans la CMD 01. La durée moyenne de séjour est de 16,8 jours. L'âge moyen des patients est de 79,3 ans. Le nombre de décès est de 84. Les 1 717 séjours de cette CMD représentent 7 866 525 €, soit une valorisation moyenne par séjour de 4 582 €

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

- GHM 01M12W Autres affections du système nerveux, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA : 310 séjours,
- GHM 01M07Z Maladies dégénératives du système nerveux, âge supérieur à 80 ans : 297 séjours,
- GHM 01M08V Maladies dégénératives du système nerveux, âge inférieur à 81 ans sans CMA : 160 séjours,
- GHM 01M14W Accidents vasculaires cérébraux non transitoires avec CMA : 149 séjours,
- GHM 01M14V Accidents vasculaires cérébraux non transitoires sans CMA : 140 séjours,

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

- R2680 Chutes à répétition,
- I64 Accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus,
- G301 Maladie d'Alzheimer à début tardif,
- G20 Maladie de Parkinson,
- G309 Maladie d'Alzheimer, sans précision.

● **CMD 19 Maladies et troubles mentaux**

1 650 hospitalisations ont été réalisées dans la CMD 19. La durée moyenne de séjour est de 16,6 jours. L'âge moyen des patients est de 78,2 ans. Le nombre de décès est de 34. Les 1 650 séjours de cette CMD représentent 7 180 251 €, soit une valorisation moyenne par séjour de 4 352 €

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

- GHM 19M06V Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge supérieur à 80 ans sans CMA : 297 séjours,
- GHM 19M11W Névroses dépressives, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA : 250 séjours,
- GHM 19M06W Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge supérieur à 80 ans avec CMA : 213 séjours,
- GHM 19M02W Troubles aigus de l'adaptation et du fonctionnement psychosocial, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA : 213 séjours,
- GHM 19M07V Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge inférieur à 81 ans sans CMA : 143 séjours,

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

- F412 Trouble anxieux et dépressif mixte,
- F001 Démence de la maladie d'Alzheimer, à début tardif (G30.1),
- F329 Épisode dépressif, sans précision,
- F322 Épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques,
- F688 Autres troubles précisés de la personnalité et du comportement chez l'adulte.

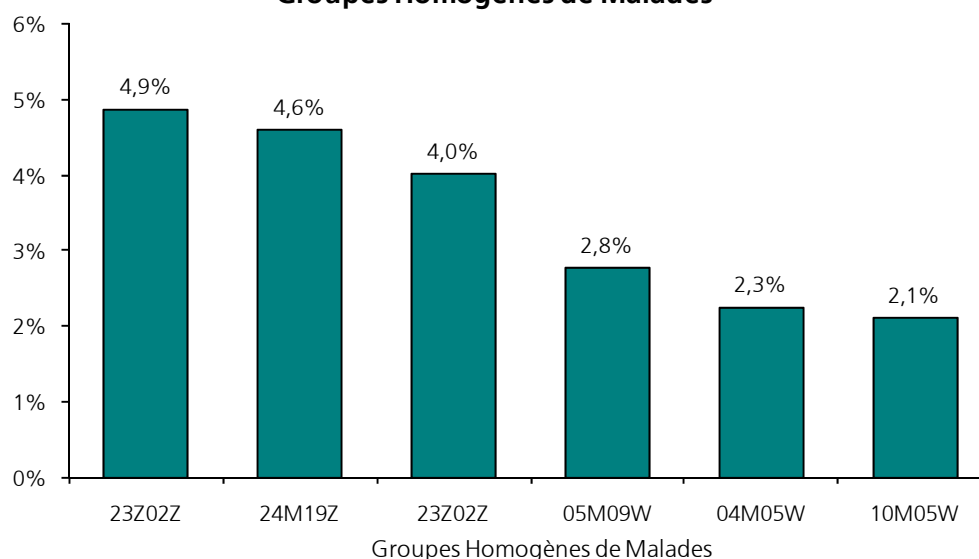
■ L'activité médicale par Groupe Homogène de Malades (G.H.M.)

■ Répartition des GHM selon le nombre d'hospitalisations

L'activité médicale des établissements est diversifiée. 310 Groupes Homogènes de Malades (*) définissent la totalité de l'activité.

Les 6 principaux Groupes Homogènes de Malades représentent 20,6% des hospitalisations. Le GHM 23Z02Z Soins palliatifs, avec ou sans acte. est le plus fréquent. Il représente 4,9% de l'activité médicale des établissements.

Répartition des hospitalisations selon les principaux Groupes Homogènes de Malades



Source : PMSIMCO 2008

Exploitation ORS Bretagne

23Z02Z	Soins palliatifs, avec ou sans acte.
24M19Z	Affections de la CMD 10 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 10.
23Z02Z	Soins palliatifs, avec ou sans acte dans un lit dédié aux Soins Palliatifs.
05M09W	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire avec CMA.
04M05W	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans avec CMA.
10M05W	Troubles métaboliques ou nutritionnels divers, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans.

* La classification des GHM regroupe au total 327 GHM médicaux.

■ **Le classement des GHM**

Selon le classement des GHM par fréquence décroissante de séjours, plus de 50% de l'activité est représentée par 27 GHM.

■ **Principaux Groupes Homogènes de Malades**

- **GHM 23Z02Z : Soins palliatifs, avec ou sans acte.**

818 séjours, soit 16 505 journées d'hospitalisation, ont été réalisés dans ce GHM. La durée moyenne de séjour est de 20,2 jours. L'âge moyen est de 77,9 ans. 525 patients sont décédés. Selon les tarifs de référence nationaux, la valorisation totale de ce GHM est de 6 199 409 euros.

- **GHM 24M19Z : Affections de la CMD 10 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 10.**

770 séjours, soit 47 journées d'hospitalisation, ont été réalisés dans ce GHM. L'âge moyen est de 56,7 ans. Aucun patient n'est décédé dans ce GHM. Selon les tarifs de référence nationaux, la valorisation totale de ce GHM est de 453 656 euros.

- **GHM 23Z02Z : Soins palliatifs, avec ou sans acte dans un lit dédié aux Soins Palliatifs.**

674 séjours, soit 16 496 journées d'hospitalisation, ont été réalisés dans ce GHM. La durée moyenne de séjour est de 24,5 jours. L'âge moyen est de 76,6 ans. 441 patients sont décédés. Selon les tarifs de référence nationaux, la valorisation totale de ce GHM est de 7 260 868 euros.

- **GHM 05M09W : Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire avec CMA.**

464 séjours, soit 7 005 journées d'hospitalisation, ont été réalisés dans ce GHM. La durée moyenne de séjour est de 15,1 jours. L'âge moyen est de 83,4 ans. 50 patients sont décédés. Selon les tarifs de référence nationaux, la valorisation totale de ce GHM est de 1 895 409 euros.

- **GHM 04M05W : Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans avec CMA.**

378 séjours, soit 6 011 journées d'hospitalisation, ont été réalisés dans ce GHM. La durée moyenne de séjour est de 15,9 jours. L'âge moyen est de 83,3 ans. 38 patients sont décédés. Selon les tarifs de référence nationaux, la valorisation totale de ce GHM est de 1 774 825 euros.

- **GHM 10M05W : Troubles métaboliques ou nutritionnels divers, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans.**

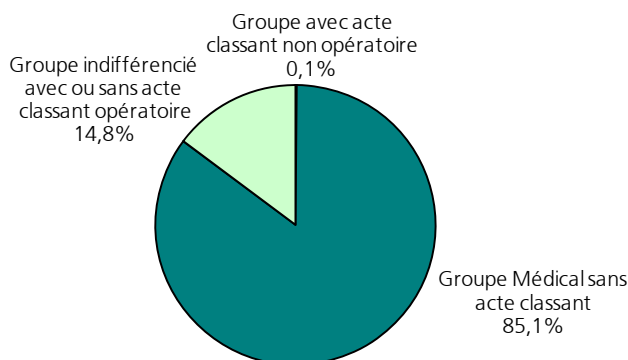
354 séjours, soit 5 707 journées d'hospitalisation, ont été réalisés dans ce GHM. La durée moyenne de séjour est de 16,1 jours. L'âge moyen est de 84,1 ans. 30 patients sont décédés. Selon les tarifs de référence nationaux, la valorisation totale de ce GHM est de 1 425 587 euros.

■ La Classification des GHM

A partir des variables médico-administratives contenues dans le Résumé de Sortie Standardisé (RSS), chaque séjour est classé dans un Groupe Homogène de Malades (GHM). Le classement des RSS en GHM s'opère selon un arbre de décision. Dans le cadre du PMSI, l'algorithme de la classification des GHM prend en compte la présence d'un acte opératoire classant dans le RSS. Un séjour est classé selon la logique de la classification des GHM selon les 5 groupes suivants :

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

Classification des GHM



Source : PMSIMCO 2008

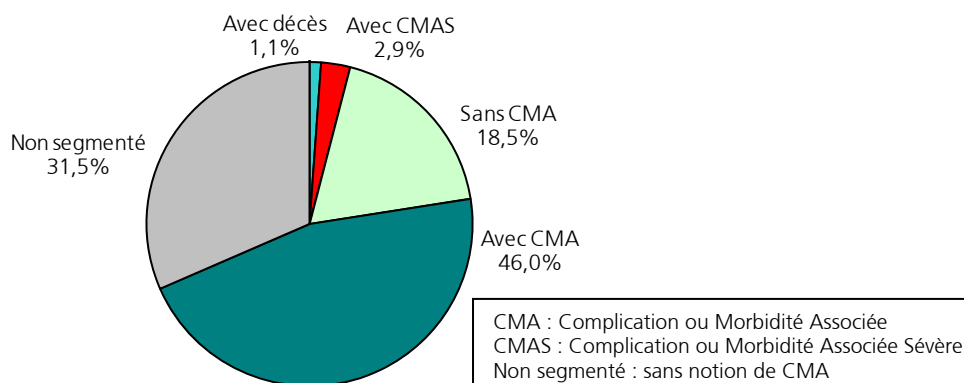
Exploitation ORS Bretagne

85,1% des séjours sont classés dans un GHM « médical ».

■ Le niveau de sévérité des GHM

L'algorithme de classification des GHM est relatif au niveau de sévérité du séjour. Selon que le RSS mentionne ou non une Complication et Morbidité Associée (Sévère) (CMA ou CMAS*), il est orienté dans un GHM avec complication ou sans complication. Une CMA est considérée comme une complication significative en termes de durée de séjour, donc de consommation de ressources, quel que soit le diagnostic principal.

Répartition des GHM selon le niveau de sévérité



Source : PMSIMCO 2008

Exploitation ORS Bretagne

46% des séjours présentent un GHM avec Complication et Morbidité Associée (CMA).

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

■ L'activité médicale par Diagnostic

■ *Les Diagnostics Principaux les plus fréquents*

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

1886 Diagnostics Principaux différents ont été recensés en 2008 dans le service de Médecine. 9 Diagnostics Principaux décrivent 24,7% de l'activité médicale.

La répartition de ces 9 diagnostics est la suivante :

- Z515 Soins palliatifs : 1590 séjours,
- E831 Anomalies du métabolisme du fer : 676 séjours,
- I500 Insuffisance cardiaque congestive : 491 séjours,
- J180 Bronchopneumopathie, sans précision : 324 séjours,
- R53+0 Altération [baisse] de l'état général : 315 séjours,
- R2680 Chutes à répétition : 229 séjours,
- E86 Hypovolémie : 191 séjours,
- I64 Accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus : 163 séjours,
- K701 Hépatite alcoolique : 159 séjours,

■ *Les Diagnostics Reliés les plus fréquents*

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

En 2008, 1631 Diagnostics Reliés ont été recensés dans le service de Médecine.

Les cinq Diagnostics Reliés les plus représentés sont :

- C349 Tumeur maligne de bronche ou du poumon, sans précision : 87 séjours,
- C61 Tumeur maligne de la prostate : 54 séjours,
- C509 Tumeur maligne du sein, sans précision : 45 séjours,
- I500 Insuffisance cardiaque congestive : 43 séjours,
- C20 Tumeur maligne du rectum : 36 séjours.

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

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

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

En 2008, 53758 Diagnostics Associés Significatifs (DAS) ont été recensés pour 16 775 Résumés de Sortie Anonymisés (RSA), soit en moyenne 3,2 diagnostics associés pris en charge par séjour.

A noter que 2069 RSA, soit 12,3%, ne contiennent aucun Diagnostic Associé Significatif.

A l'inverse, pour 4788 RSA, au moins cinq Diagnostics Associés Significatifs sont mentionnés pour décrire la comorbidité prise en charge par l'équipe soignante.

Les 5 Diagnostics Associés Significatifs les plus représentés sont :

- I10 Hypertension essentielle (primitive) : 4 057 séjours,
- I48 Fibrillation et flutter auriculaires : 1 413 séjours,
- R53+0 Altération [baisse] de l'état général : 1 135 séjours,
- Z741 Besoin d'assistance et de soins d'hygiène : 764 séjours,
- R2680 Chutes à répétition : 751 séjours.

■ **Les Actes Médicaux**

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

10326 Actes Médicaux ont été renseignés au cours de l'année 2008.

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

- DEQP003 Electrocardiogramme sur 12 dérivations ou plus : 2 890 actes,
- ZBQK002 Radiographie thoracique : 1 096 actes,
- GLLD017 Oxygénothérapie avec surveillance continue de l'oxymétrie, en dehors de la ventilation mécanique, par 24 heures : 1 072 actes,
- FEJF003 Saignée thérapeutique : 657 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 : 304 actes,
- ZCQM008 Echographie abdominale : 215 actes,
- FELF011 Transfusion de concentrate de globule rouge <1/2masse sang : 172 actes,
- ACQK001 Scanographie du crâne : 159 actes,
- ZCQK002 Radiographie abdominale sans préparation : 154 actes,
- JDLD001 Pose de sonde urétrovésicale : 147 actes,
- YYYY030 Supplément pour réalisation d'un examen radiographique à images numérisées : 113 actes,
- NAQK015 Supplément pour réalisation d'un examen radiographique à images numérisées : 111 actes,



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

Ils sont au nombre de 1 575 et représentent 75 847 journées d'hospitalisation.

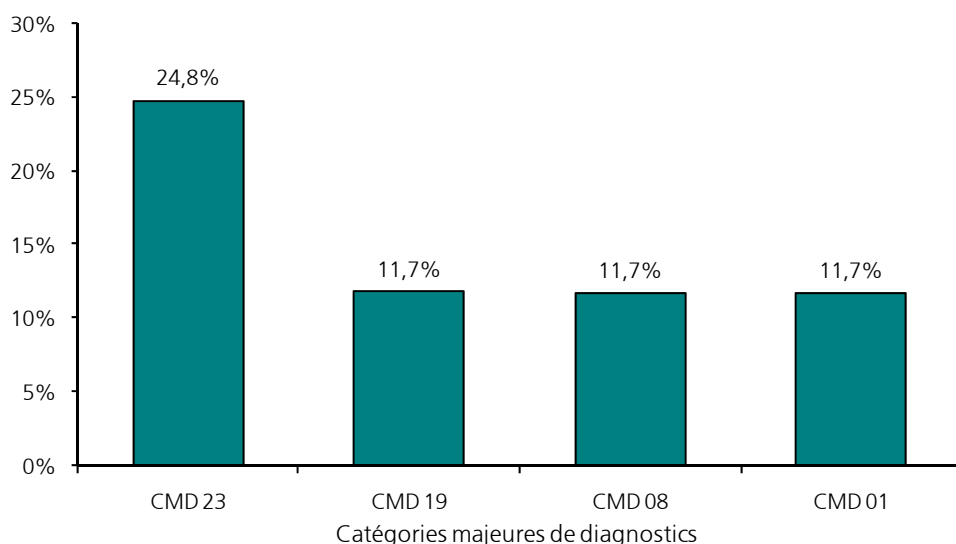
Les séjours d'une durée de 30 jours et plus représentent 9,4% de l'ensemble des séjours (toutes durées confondues) et 31,3% de l'ensemble des journées réalisées.

L'âge moyen de ces patients est de 79,6 ans avec une durée moyenne de séjour de 48,2 jours.

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

- une population plus âgée : 79,6 ans contre 76,4 ans,
- une proportion des décès plus élevée : 19,4% contre 10,6%,

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



Source : PMSIMCO 2008

Exploitation ORS Bretagne

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



Activité 2007 et 2008

■ Données générales

Le nombre d'établissements participants est passé de 57 en 2007 à 63 en 2008, entraînant une augmentation du nombre d'hospitalisations : 15 348 séjours en 2007 et 16 775 séjours en 2008.

La durée moyenne de séjour* est de 16,6 jours en 2007 16,5 jours en 2008.

La moyenne d'âge des patients est passée de 76,8 ans en 2007 à 76,4 ans en 2008.

■ Mouvements

La répartition des modes d'entrée et de sortie a peu évolué au cours de ces deux dernières années. Le domicile est majoritairement la provenance et la destination des patients.

■ Catégories Majeures de Diagnostics

En 2008, les principales Catégories Majeures de Diagnostics se résument ainsi :

Catégories majeures de diagnostics	Année 2007	Année 2008
- CM 24 séjours de moins de 2 jours	11,5%	12,5%
- CMD 23 facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours au service de santé	11,8%	12,0%
- CMD 04 affections de l'appareil respiratoire	10,5%	11,1%
- CMD 05 affections de l'appareil circulatoire	11,6%	10,8%
- CMD 01 affections du système nerveux	10,8%	10,2%
- CMD 19 maladies et troubles mentaux	9,0%	9,8%

Source : PMSI MCO 2008

Exploitation : ORS Bretagne

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

■ Diagnostics et actes médicaux

Le nombre moyen de diagnostics associés significatifs par séjours a augmenté : 2,9 en 2007 et 3,2 en 2008.

Le nombre d'actes médicaux déclarés a fortement augmenté : 8 336 en 2007 et 10 326 en 2008.

* La Durée Moyenne de Séjour est calculée en excluant les séjours de la CM 24 Séjours de moins de deux jours et de la CM 28 Séances.



Activité des séjours en Soins Palliatifs

■ Activité médicale

Au cours de l'année 2008, 1 590 séjours relatifs aux soins palliatifs ont été pris en charge dans les 63 hôpitaux locaux participant au système d'information de l'ORS Bretagne, soit 9,5% de l'ensemble des séjours.

Parmi ces 1 590 séjours, 674 séjours, soit 42,4%, ont été pris en charge dans 67 lits dédiés aux soins palliatifs.

L'âge moyen des patients est de 77,4 ans.

Le nombre total de journées d'hospitalisations est de 33 001, soit 13,6% de l'ensemble des journées. La Durée Moyenne de Séjour (DMS) est de 22,1 jours.

52,3% des entrées sont des transferts externes. Les entrées en provenance du domicile représentent 36,5% des entrées.

Deux patients sur trois pris en charge en soins palliatifs sont décédés.

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

Deux Groupes Homogènes de Séjours décrivent 93,8% de l'activité :

- 23Z02Z Soins palliatifs, avec ou sans acte : 818 séjours,
- 23Z02Z Soins palliatifs, avec ou sans acte dans un lit dédié aux Soins palliatifs : 674 séjours.

Au cours de l'année 2008, 5 796 Diagnostics Associés Significatifs ont été recensés, soit en moyenne 3,6 Diagnostics Associés Significatifs pris en charge par séjour.

952 actes médicaux ont été renseignés.

La valorisation des séjours relatifs aux soins palliatifs est de 13 562 007 euros, soit 19,2% de la valorisation totale.

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

■ Comparaison de l'activité 2007-2008

Les séjours de soins palliatifs pris en charge dans les hôpitaux locaux ont augmenté : 1 514 séjours en 2007 et 1 590 séjours en 2008.

La durée moyenne de séjour a légèrement augmenté : 21,4 jours en 2007 et 22,1 jours en 2008.

La prise en charge, par les équipes de soins, de la comorbidité associée par séjour est passée de 3,2 en 2007 à 3,6 en 2008.

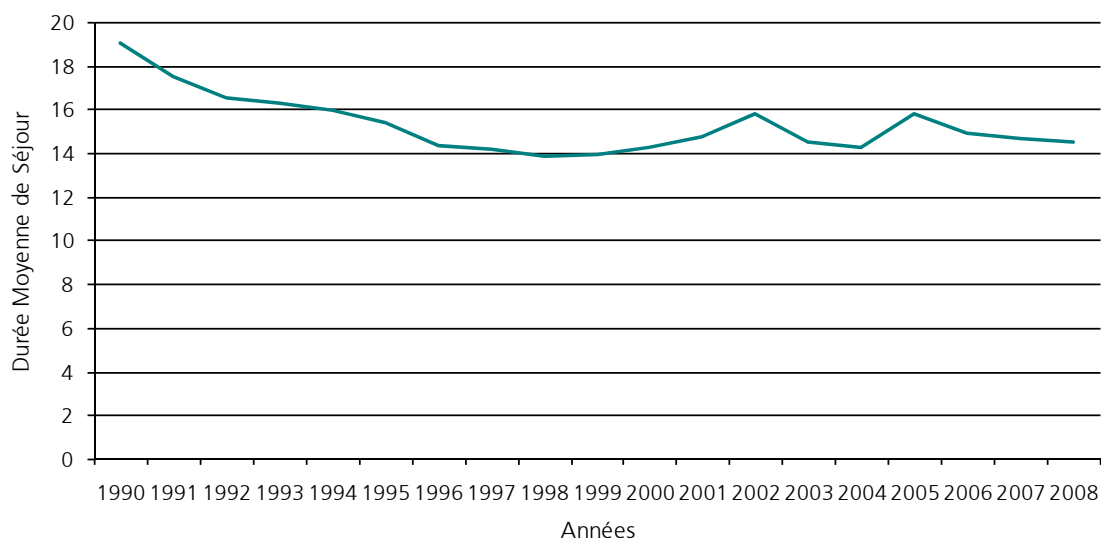
La valorisation moyenne par séjour a augmenté et est passée de 8 482 euros en 2007 à 8 529 euros en 2008.



Evolution de l'activité médicale entre 1990 et 2008

■ Durée Moyenne de Séjour

Evolution de la Durée Moyenne de Séjour entre 1990 et 2008



Source : PMSIMCO

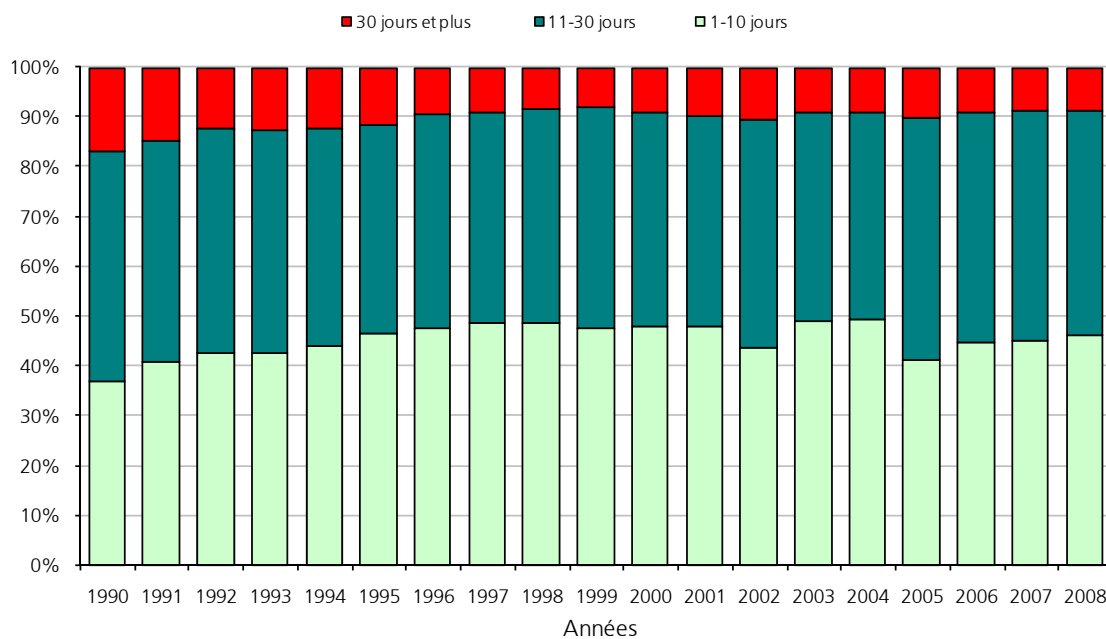
Exploitation : ORS Bretagne

La Durée Moyenne de Séjour (DMS) a diminué entre 1990 et 1998. Elle passe de 19 jours à 14,4 jours.

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

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

Evolution de la répartition des groupes de durée entre 1990 et 2008



Source : PMSIMCO

Exploitation ORS Bretagne

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

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

■ Les modes d'entrée et de sortie

Evolution des modes d'entrée et de sortie entre 1990 et 2008 (%)

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

Source : PMSI MCO

Exploitation : ORS Bretagne

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

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

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

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

■ L'âge de la population hospitalisée

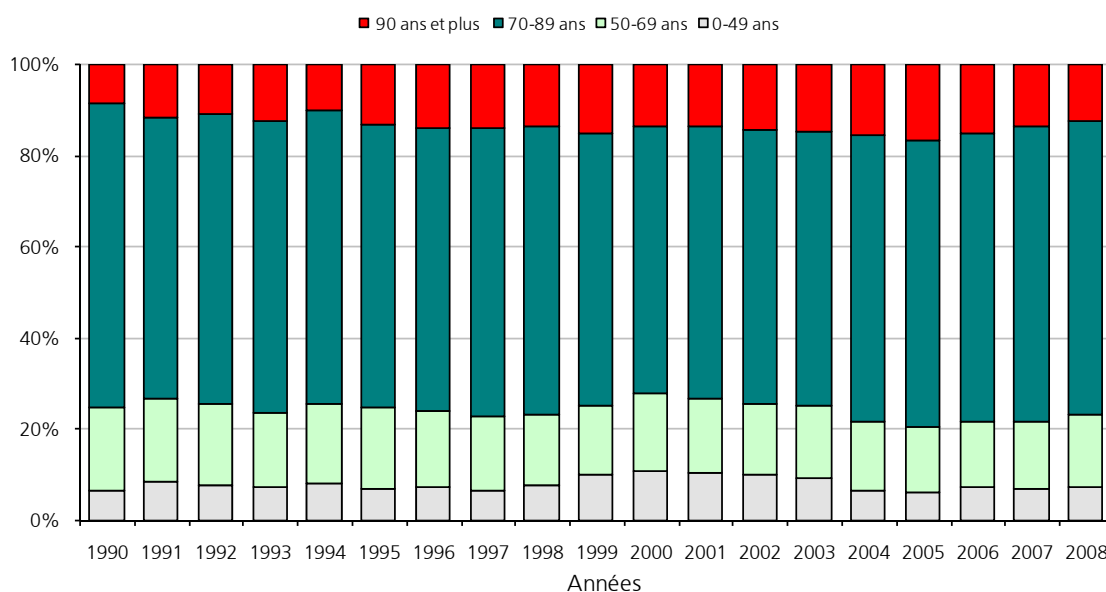
Evolution de l'âge moyen des patients entre 1990 et 2008 (%)

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

Source : PMSI MCO Exploitation : ORS Bretagne

La moyenne d'âge des patients évolue peu.

Evolution de la répartition des tranches d'âge entre 1990 et 2008



La répartition des tranches d'âges a peu évolué entre 1990 et 2008.

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

La part des patients âgés de 90 ans et plus a augmenté : 8,7% en 1990 et 12,5% en 2008.

■ Les principales Catégories Majeures de diagnostics

Evolution de la répartition des principales Catégories Majeures de Diagnostics entre 1990 et 2008 (%)

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

Source : PMSI MCO

Exploitation : ORS Bretagne

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

Les affections de l'appareil respiratoire et les affections de l'appareil circulatoire représentent près de 25% des hospitalisations en 1990 et 22% des hospitalisations en 2008.

L'évolution des Catégories Majeures de diagnostics entre 1990 et 2008 est marquée par :

- une augmentation des facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours au service de santé : 3,4% en 1990 et 12% en 2008. Ceci s'explique en grande partie par le développement de prise en charge de soins palliatifs ces dernières années dans les établissements.
- une baisse des affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles : 7,9% en 1990 et 3,9% en 2008.

Glossaire

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

Case- mix : éventail des cas

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

Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) pour le paiement à l'acte des praticiens libéraux.

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

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

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

CM24 (Catégorie Majeure n°24) : Spécificité française absente de la classification américaine des DRG, elle regroupe les séjours de moins de 2 jours (décès précoce, transfert précoce, pathologies traitées en moins de 2 jours).

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

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

CM90 (Catégorie Majeure n°90) :

Elle regroupe les RSS erronés et autres séjours inclassables.

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

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

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

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

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

DAS (Diagnostic Associé Significatif) : voir CMA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ICR (Indice de Coût Relatif) : Unité d'oeuvre des actes produits par les services médico-techniques, indiquant le degré de mobilisation de ressources humaines et matérielles directement nécessaires à leur production.
L'ICR est "relatif" : un acte ayant un ICR de 200 "coûte" deux fois plus cher que celui dont l'ICR vaut 100.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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