

Juillet 2009

HOPITAUX LOCAUX ENSEMBLE

Activité de Soins de Suite
ou de Réadaptation
Année 2008

ACTIVITE DE SOINS DE SUITE OU DE READAPTATION DES HOPITAUX LOCAUX

**Résultats du Programme de
Médicalisation des Systèmes
d'Information (P.M.S.I.)
Projet commun à 68 établissements en
France**

Année 2008



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

Le présent rapport a été réalisé à partir des informations qui ont été recueillies avec persévérance et soucis de qualité tout au long de l'année 2008 par les médecins et le personnel des établissements participant, qu'ils en soient remerciés.

Le rapport a été rédigé à l'ORS Bretagne sous la responsabilité de Monsieur Jilali ZITOUNI en collaboration avec Mademoiselle Patricia FRASLIN 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. 68 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 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 HOPITAUX LOCAUX PARTICIPANT AU SYSTEME D'INFORMATION DE L'ORS BRETAGNE	9
L'ACTIVITE MEDICALE PAR SEJOUR	11
La population hospitalisée	11
Durée Moyenne de Séjour	12
Répartition des modes d'entrée et de sortie	13
Provenance des patients	14
L'ACTIVITE MEDICALE PAR SEMAINE D'HOSPITALISATION	15
Variation hebdomadaire de l'activité médicale	15
L'activité médicale par Catégorie Majeure Clinique (C.M.C.)	17
■ 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 des établissements 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 68 hôpitaux locaux participant au système d'information de l'ORS Bretagne en 2008.

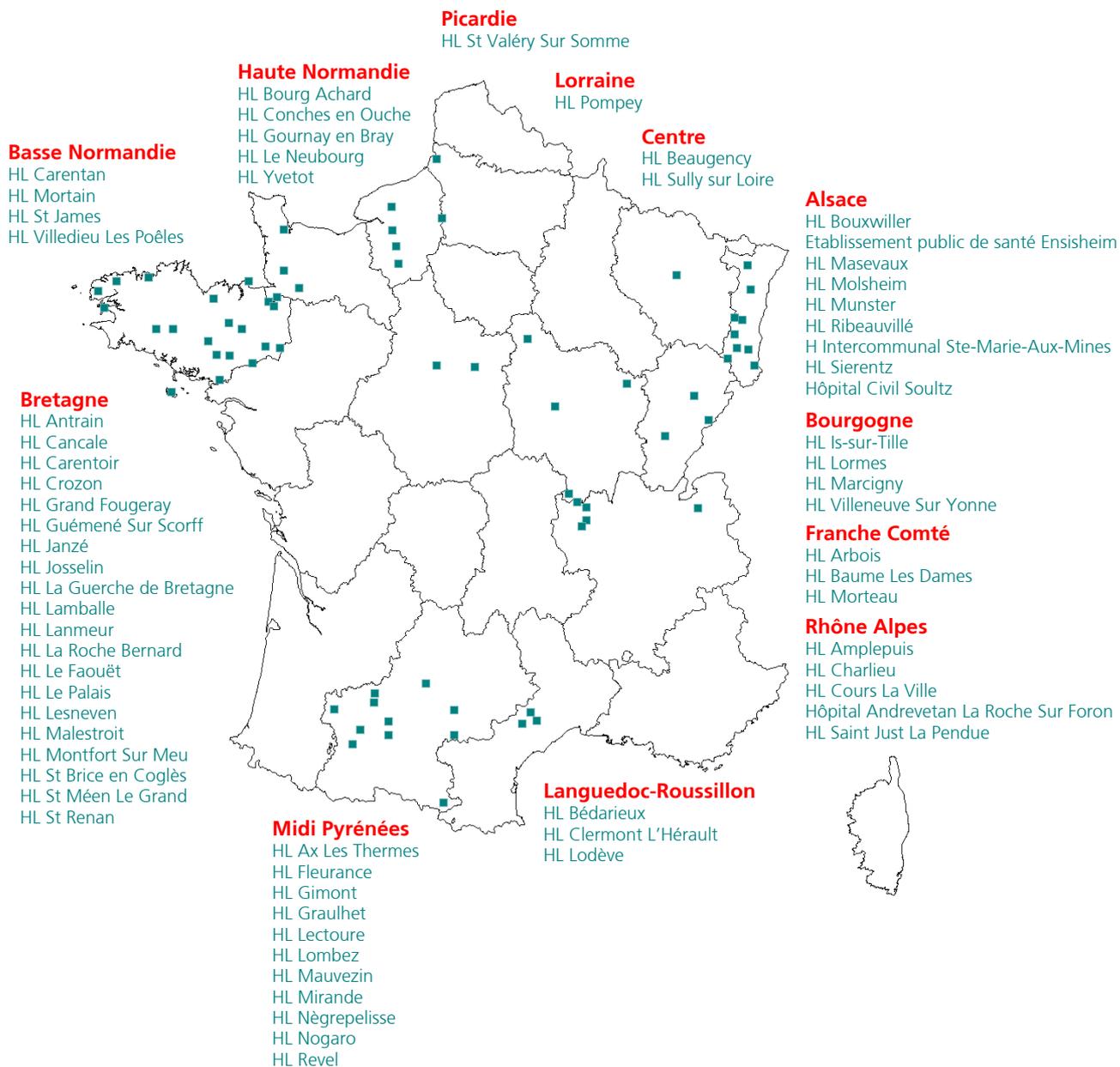
Il comporte six principaux chapitres :

- 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



Source : Déclaration 2008 des établissements

Exploitation ORS Bretagne

Présentation des hôpitaux locaux participant au système d'information de l'ORS Bretagne

En 2008, 68 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 1 235 lits de Soins de Suite ou de Réadaptation, soit en moyenne 18 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 Alsace								
Bouxwiller (68)	-	8	34	-	64	40	-	146
Ensisheim (68)	-	11	-	-	126	25	-	162
Masevaux (68)	-	15	45	-	60	32	-	152
Molsheim (68)	-	34	54	-	140	26	-	254
Munster (68)	7	13	36	-	31	20	-	107
Ribeauvillé (68)	-	30	60	-	105	-	-	195
Sainte Marie aux Mines (68)	-	20	59	-	145	-	-	224
Sierentz (68)	-	26	51	-	116	-	-	193
Soultz (68)	-	22	45	-	48	37	5	157
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
Villeneuve-sur-Yonne (89)	10	8	-	-	218	60	2	298
Région Bretagne								
Antrain* (35)	12	52	67	-	100	27	-	258
Cancale (35)	5	10	48	-	80	-	-	143
Carentoir (56)	10	8	-	-	71	60	-	149
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 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
Maestroit (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
Région Centre								
Beaugency (45)	15	5	-	-	208	-	-	228
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
Région Haute-Normandie								
Bourg Acharde (27)	-	15	-	-	180	40	12	247
Conches en Ouche (27)	7	5	-	-	92	35	-	139
Gournay en Bray (76)	-	26	-	-	110	-	5	141
Le Neubourg (27)	10	5	30	-	155	45	-	245
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
Région Lorraine								
Pompey (54)	10	21	36	-	285	40	20	412
Région Midi-Pyrénées								
Ax Les Thermes* (09)	-	50	-	-	62	-	3	115
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
Lombes (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	-	102	25	2	241
Région Picardie								
Saint Valery sur Somme (80)	25	41	90	-	118	58	4	336
Région Rhône-Alpes								
Amplepuis (69)	-	30	-	-	109	-	-	139
Charlieu (42)	8	27	-	-	85	49	-	169
Cours La Ville (69)	10	47	133	-	178	20	-	388
La Roche sur Foron (74)	13	12	15	-	100	33	-	173
Saint Just la Pendue (42)	8	4	-	-	82	-	-	94
TOTAL	810	1 235	1 854	137	8 164	1 662	246	14 108

* Seule l'activité du service de Convalescence (7 lits) est prise en compte dans ce rapport.

Ce présent rapport décrit l'activité des services de **Soins de Suite ou de Réadaptation en hospitalisation complète**. L'hospitalisation de jour réalisée dans les hôpitaux locaux de Molsheim, Ribeauvillé et Lectoure n'est pas étudiée dans ce rapport.

L'activité médicale par séjour

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

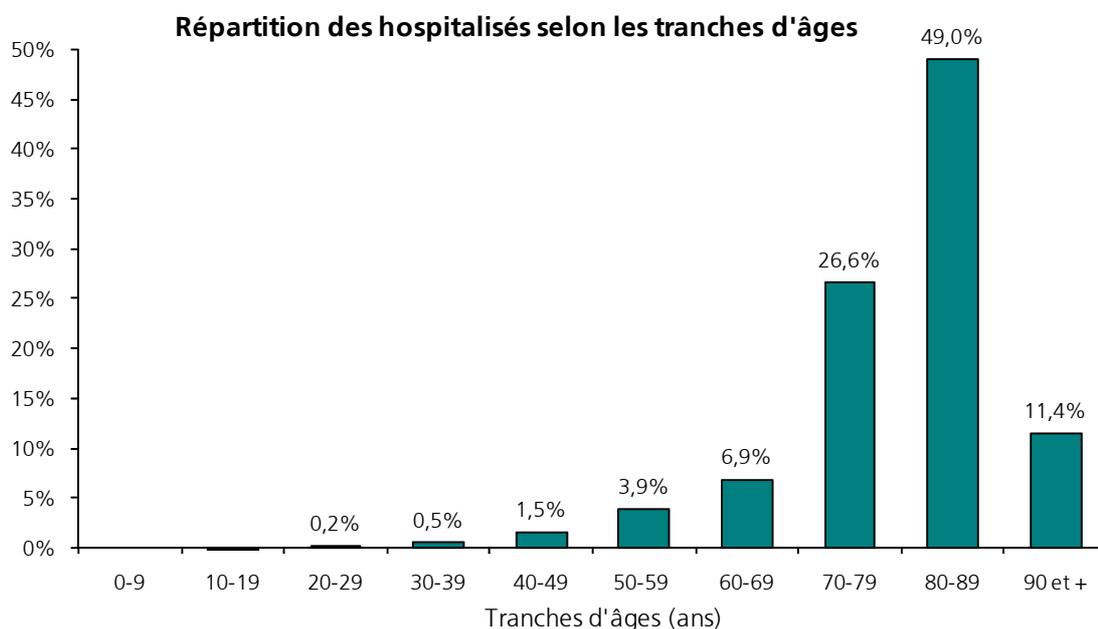
Au cours de l'année 2008, 14 028 séjours ont été réalisés dans les services de Soins de Suite ou de Réadaptation des 68 hôpitaux locaux participant au système d'information de l'ORS Bretagne. Les 14 028 séjours représentent 66 884 semaines d'hospitalisation, soit un total de 391 798 journées réalisées.

Les 68 établissements ont accueilli 11 537 patients. La part de multi-séjours est de 21,6% au cours de cette période.

La population hospitalisée

La population prise en charge est majoritairement féminine : 8 986 séjours féminins (64,1%) et 5 042 séjours masculins (35,9%) ont été réalisés dans les services de Soins de Suite ou de Réadaptation.

L'âge moyen des personnes hospitalisées est de 79,6 ans. L'âge moyen des femmes est de 81,3 ans et celui des hommes est de 76,4 ans.



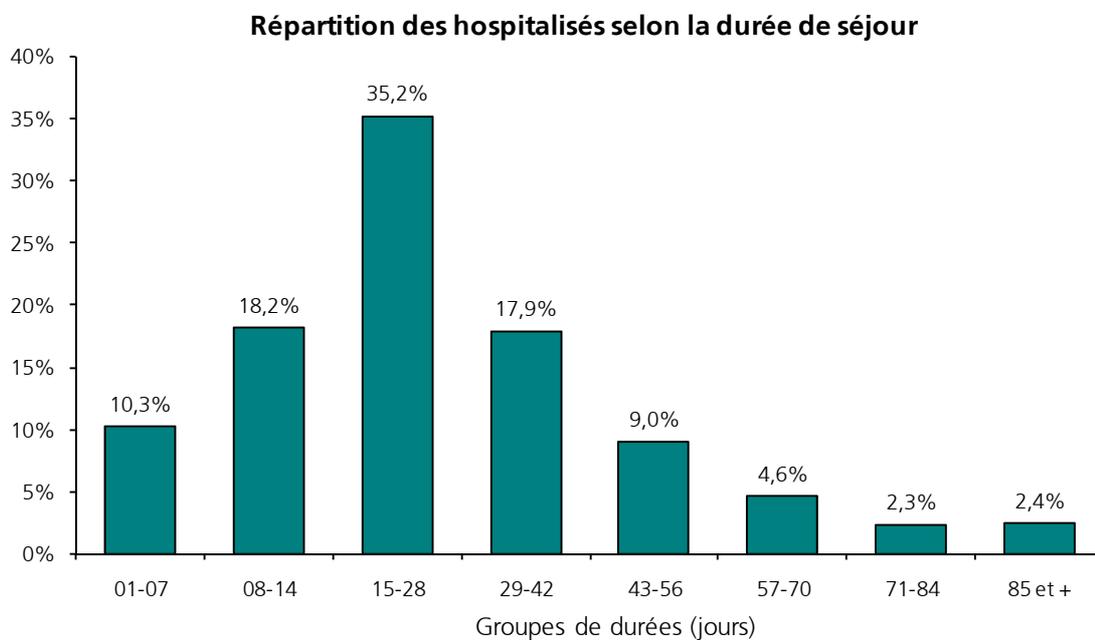
Source : PMSISSR 2008

Exploitation ORS Bretagne

Les 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 11 987, et correspond à un ensemble de 333 200 journées d'hospitalisation*. La durée moyenne de séjour (D.M.S.**) est de 27,8 jours.



Source : PMSISSR 2008

Exploitation ORS Bretagne

Les séjours d'une durée inférieure à 4 semaines d'hospitalisation représentent 63,7% des hospitalisations. 28,4% des séjours ont une durée de moins de 15 jours.

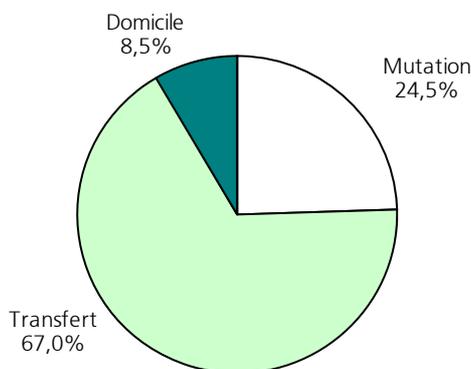
* Dans ce rapport, l'analyse porte uniquement sur les journées de présence.

** 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 12 988 et le nombre de sorties de 13 035.

Modes d'entrées

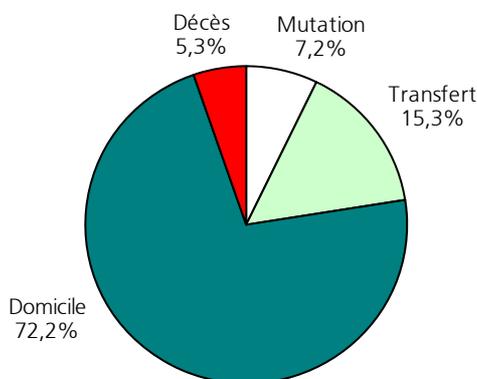


Source : PMSISSR 2008

Exploitation ORS Bretagne

67% des entrées sont des transferts d'un autre établissement et majoritairement des transferts d'une unité de soins de courte durée. Les entrées par mutation d'un autre service des établissements représentent 24,5% des entrées.

Modes de sorties



Source : PMSISSR 2008

Exploitation ORS Bretagne

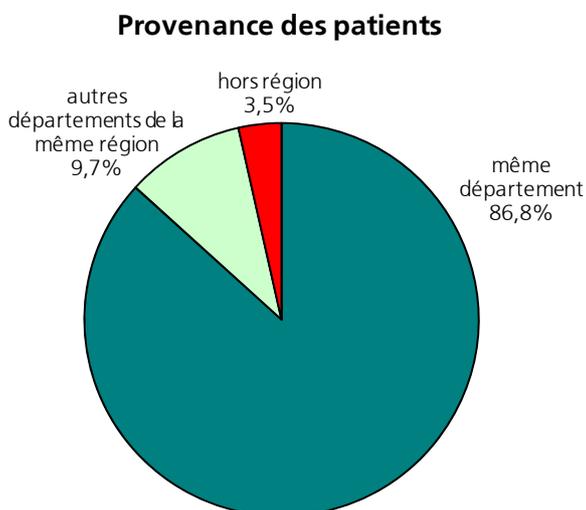
Les retours au domicile (y compris domicile collectif) représentent 72,2% des hospitalisations. Les sorties par transfert vers un autre établissement représentent 15,3% des hospitalisations et les sorties par mutation vers un autre service des établissements 7,2%. Au cours de l'année 2008, 694 décès, soit 5,3% des hospitalisations, sont survenus dans les services de Soins de Suite ou de Réadaptation.

Pour les entrées par transfert d'un autre établissement, 70% des hospitalisés retournent à leur domicile, 7,1% sont mutés vers un autre service des établissements et 17,6% sont transférés vers un autre établissement.

Provenance des patients

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

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



Source PMSI SSR 2008

Exploitation ORS Bretagne

Sur les 14 028 séjours réalisés au sein des 68 hôpitaux locaux adhérents à l'ORS Bretagne, 12 173 séjours, soit 86,8% des hospitalisations, concernent des patients domiciliés dans le département d'implantation des établissements.

Sur les 1 855 séjours restants, soit 13,2% des admissions, se répartissent de la manière suivante :

- 1 365 hospitalisés sont domiciliés dans un autre département de la même région, soit 9,7%,
- 490 hospitalisés sont domiciliés en dehors de la région, soit 3,5%.

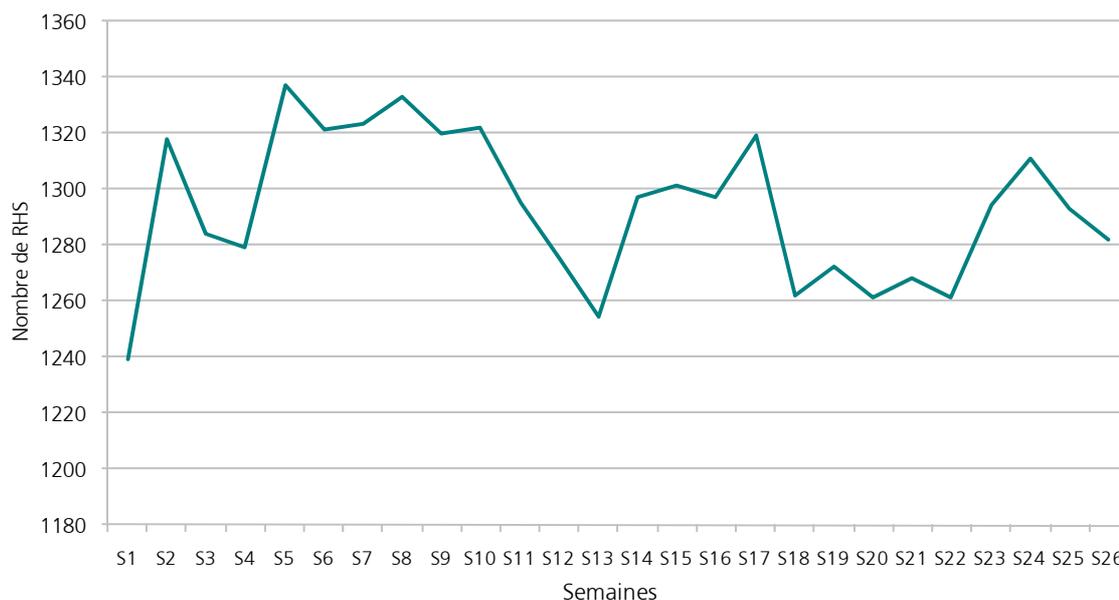
L'activité médicale par semaine d'hospitalisation

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

Les informations contenues dans les RHS permettent les analyses suivantes.

Variation hebdomadaire de l'activité médicale

Variation hebdomadaire de l'activité médicale du premier semestre



Source : PMSISSR 2008

Exploitation ORS Bretagne

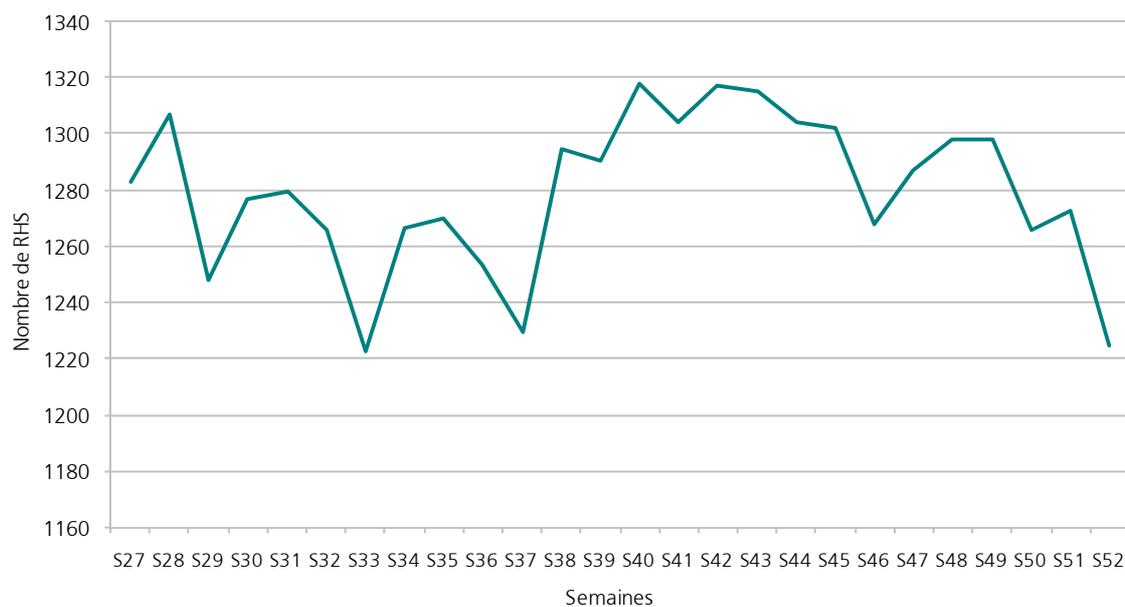
Le nombre moyen de RHS* produit par semaine est de 1 293. Le minimum de patient pris en charge est observé la 1^{ère} semaine de l'année 2008, avec 1 239 patients. Le maximum est relevé la 5^{ème} semaine de l'année 2008 avec 1 337 patients.

* 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 1 280. Le minimum de patient pris en charge est observé la 33^{ème} semaine de l'année 2008, soit 1 223 patients. Le maximum est relevé la 40^{ème} semaine de l'année 2008 avec 1 318 patients.

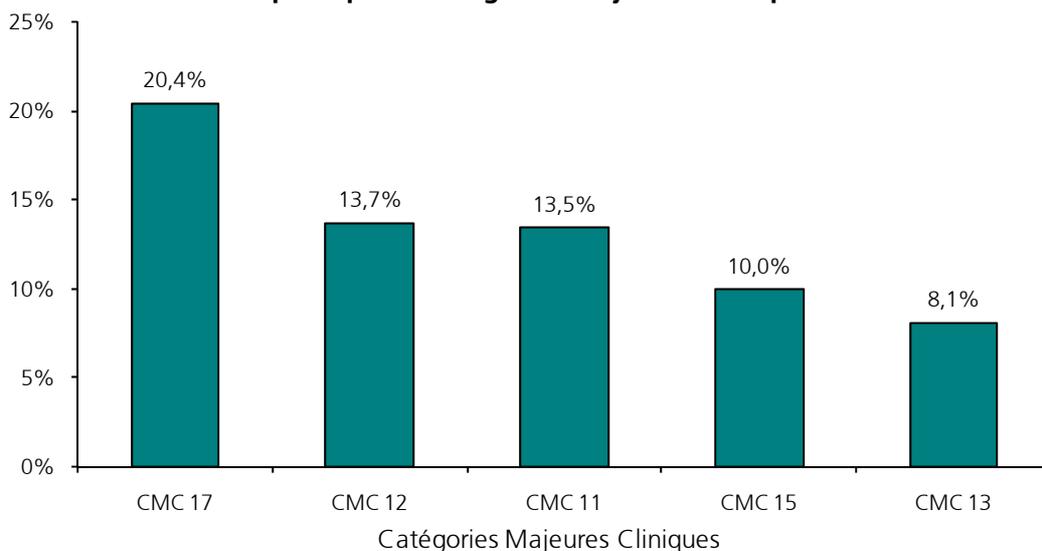
L'activité médicale par Catégorie Majeure Clinique (C.M.C.)

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 des établissements.

■ Synthèse globale

Cinq catégories de diagnostics regroupent 65,6% 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 20,4% des semaines d'hospitalisation.

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



Source : PMSISSR 2008

Exploitation ORS Bretagne

CMC 17	Poursuites de Soins Médicaux Post-Traumatiques
CMC 12	Poursuites de Soins Médicaux Neuro-Musculaires
CMC 11	Poursuites de Soins Médicaux Cardio-vasculaire/Respiratoires
CMC 15	Poursuites de Soins Médicaux Viscéraux
CMC 13	Poursuites de Soins Médicaux Santé mentale

■ Principales Catégories Majeures Cliniques

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

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

13 647 semaines d'hospitalisation ont été réalisées dans la CMC 17, soit 83 013 journées.
L'âge moyen des patients est de 80,7 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 : 4 265 RHS,
- CMC 17 - Age \geq 16 ans - Autres - Dépendance physique \leq 12 : 1 842 RHS,
- CMC 17 - Age \geq 16 ans - Traumatismes simples - Dépendance physique $>$ 12 : 1 463 RHS,
- CMC 17 - Age \geq 16 ans - Prothèses Totales de Hanche - Dépendance physique \leq 12 : 1 441 RHS,
- CMC 17 - Age \geq 16 ans - Autres - Dépendance physique $>$ 12 : 938 RHS.

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

- Autres thérapies physiques : 6 288 RHS,
- Convalescence après traitement d'une fracture : 2 675 RHS,
- Convalescence après intervention chirurgicale : 1 914 RHS,
- Autres formes précisées de soins médicaux : 1 325 RHS,
- Soins impliquant d'autres moyens de rééducation : 578 RHS.

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

- Présence d'implants d'articulations orthopédiques : 3 490 RHS,
- Présence d'autres implants osseux et tendineux : 1 175 RHS,
- Fracture du col du fémur : 964 RHS,
- Fracture fermée du col du fémur : 794 RHS,
- Fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus : 319 RHS.

Les Affections Etiologiques (AE) les plus représentées sont :

- Fracture fermée du col du fémur : 1561 RHS,
- Fracture du col du fémur : 1 442 RHS,
- Fracture fermée du trochanter : 209 RHS,
- Fracture du trochanter : 150 RHS,
- Fracture de la diaphyse fémorale : 115 RHS.

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

9 167 semaines d'hospitalisation ont été réalisées dans la CMC 12, soit 54 312 journées. L'âge moyen des patients est de 77,5 ans.

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

- CMC 12 - Age \geq 16 ans - Autres - Dépendance physique \leq 12 : 3 485 RHS,
- CMC 12 - Age \geq 16 ans - Déficiences cérébrales non traumatiques - Dépendance physique $>$ 12 : 1 544 RHS,
- CMC 12 - Age \geq 16 ans - Déficiences cérébrales non traumatiques - Dépendance physique \leq 12 : 1 458 RHS,
- CMC 12 - Age \geq 16 ans - Autres - Dépendance physique $>$ 12 : 1 375 RHS,
- CMC 12 - Age \geq 16 ans - Prises en charge Cliniques Très Lourdes : 338 RHS.

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

- Autres thérapies physiques : 2 821 RHS,
- Autres formes précisées de soins médicaux : 2 798 RHS,
- Convalescence après un autre traitement : 1 882 RHS,
- Soins impliquant d'autres moyens de rééducation : 565 RHS,
- Convalescence après intervention chirurgicale : 378 RHS.

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

- Difficulté à la marche, non classée ailleurs : 1 383 RHS,
- Anomalies de la démarche et de la motilité, autres et non précisées : 808 RHS,
- Chute(s) à répétition : 749 RHS,
- Accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus : 693 RHS,
- Hémiplégie flasque : 556 RHS.

Les Affections Etiologiques (AE) les plus représentées sont :

- Accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus : 262 RHS,
- Hypertension essentielle (primitive) : 233 RHS,
- Fracture du col du fémur : 226 RHS,
- Infarctus cérébral dû à une thrombose des artères cérébrales : 215 RHS,
- Séquelles d'accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus : 143 RHS.

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

8 997 semaines d'hospitalisation ont été réalisées dans la CMC 11, soit 51 422 journées.
L'âge moyen des patients est de 81,6 ans.

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

- CMC 11 - Autres - Dépendance physique ≤ 12 : 3 360 RHS,
- CMC 11 - Age ≥ 16 ans - Insuffisances cardiaques, Insuffisances Respiratoires Chroniques - Dépendance physique ≤ 12 : 2 647 RHS,
- CMC 11 - Autres - Dépendance physique > 12 : 1 238 RHS,
- CMC 11 - Age ≥ 16 ans - Insuffisances cardiaques, Insuffisances Respiratoires Chroniques - Dépendance physique > 12 : 821 RHS,
- CMC 11 - Age ≥ 16 ans - Patients opérés depuis moins de 21 jours : 303 RHS.

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

- Autres formes précisées de soins médicaux : 3 735 RHS,
- Convalescence après un autre traitement : 2 550 RHS,
- Autres thérapies physiques : 1 031 RHS,
- Convalescence après intervention chirurgicale : 425 RHS,
- Soins impliquant d'autres moyens de rééducation : 366 RHS.

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

- Insuffisance cardiaque congestive : 1 027 RHS,
- Insuffisance cardiaque, sans précision : 549 RHS,
- Bronchopneumopathie, sans précision : 513 RHS,
- Insuffisance ventriculaire gauche : 480 RHS,
- Dyspnée : 303 RHS.

Les Affections Etiologiques (AE) les plus représentées sont :

- Fibrillation et flutter auriculaires : 243 RHS,
- Insuffisance cardiaque congestive : 239 RHS,
- Bronchopneumopathie, sans précision : 147 RHS,
- Hypertension essentielle (primitive) : 145 RHS,
- Myocardiopathie ischémique : 124 RHS.

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

6 664 semaines d'hospitalisation ont été réalisées dans la CMC 15, soit 38 083 journées.
L'âge moyen des patients est de 78,5 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 : 3 182 RHS,
- CMC 15 - Age \geq 16 ans - Soins post-chirurgicaux - Dépendance physique \leq 12 : 1 707 RHS,
- CMC 15 - Age \geq 16 ans - Autres - Dépendance physique $>$ 12 : 1 021 RHS,
- CMC 15 - Age \geq 16 ans - Prises en charge Cliniques Lourdes : 442 RHS,
- CMC 15 - Age \geq 16 ans - Soins post-chirurgicaux - Dépendance physique $>$ 12 : 254 RHS.

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

- Autres formes précisées de soins médicaux : 2 276 RHS,
- Convalescence après intervention chirurgicale : 1 554 RHS,
- Convalescence après un autre traitement : 1 247 RHS,
- Autres thérapies physiques : 562 RHS,
- ZAIGU (Prise en charge d'une affection aiguë) : 291 RHS.

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

- Absence acquise d'autres parties de l'appareil digestif : 398 RHS,
- Occlusions intestinales, autres et sans précision : 175 RHS,
- Infection des voies urinaires, siège non précisé : 172 RHS,
- Rétention d'urine : 169 RHS,
- Tumeur maligne du rectum : 144 RHS.

Les Affections Etiologiques (AE) les plus représentées sont :

- Hyperplasie de la prostate : 103 RHS,
- Tumeur maligne de la prostate : 96 RHS,
- Tumeur maligne du rectum : 88 RHS,
- Tumeur maligne du côlon, sans précision : 74 RHS,
- Diverticulose du côlon, (sans perforation ni abcès) : 72 RHS.

- **CMC 13 Poursuites de Soins Médicaux Santé mentale**

5 404 semaines d'hospitalisation ont été réalisées dans la CMC 13, soit 30 787 journées. L'âge moyen des patients est de 76,5 ans.

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

- CMC 13 - Age \geq 16 ans - Démences - Dépendance physique \leq 12 : 2 025 RHS,
- CMC 13 - Age \geq 16 ans - Dépressions - Dépendance physique \leq 12 : 1 078 RHS,
- CMC 13 - Age \geq 16 ans - Démences - Dépendance physique $>$ 12 : 1 002 RHS,
- CMC 13 - Age \geq 16 ans - Problèmes liés à l'alcool et à la toxicomanie - Dépendance physique \leq 12 : 374 RHS,
- CMC 13 - Age \geq 16 ans - Prises en charge de Rééducation-Réadaptation : 269 RHS.

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

- Autres formes précisées de soins médicaux : 2 338 RHS,
- Convalescence après un autre traitement : 1 109 RHS,
- Sevrage d'alcool : 566 RHS,
- Autres thérapies physiques : 433 RHS,
- Soins impliquant d'autres moyens de rééducation : 425 RHS.

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

- Démence de la maladie d'Alzheimer, à début tardif (G30.1) : 548 RHS,
- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : syndrome de dépendance : 352 RHS,
- Maladie d'Alzheimer à début tardif : 307 RHS,
- Maladie d'Alzheimer, sans précision : 270 RHS,
- Démence, sans précision : 269 RHS.

Les Affections Etiologiques (AE) les plus représentées sont :

- Maladie d'Alzheimer à début tardif : 335 RHS,
- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : syndrome de dépendance : 233 RHS,
- Maladie d'Alzheimer, sans précision : 103 RHS,
- Démence de la maladie d'Alzheimer, à début tardif (G30.1) : 59 RHS,
- Maladie de Parkinson : 53 RHS.

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

■ Analyse par séjour

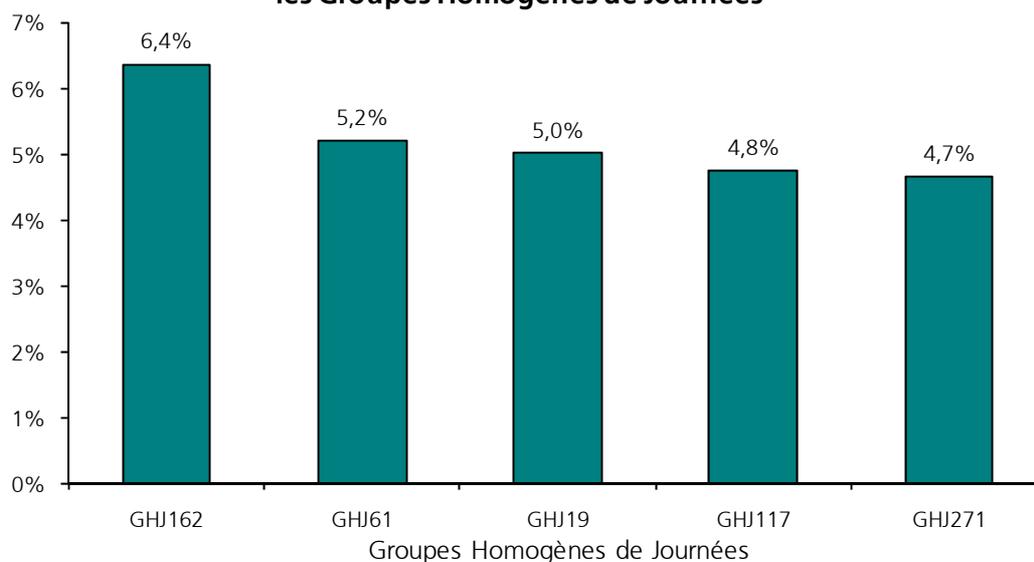
Une semaine d'hospitalisation est classée dans un et un seul Groupe Homogène de Journées. Au sein d'un séjour dans l'établissement, la prise en charge initiale d'un patient peut évoluer d'une semaine d'hospitalisation à une autre (c'est-à-dire changer de Groupe Homogène de Journées). 24,3% des séjours ont au moins deux prises en charge différentes.

■ Analyse par semaine d'hospitalisation

26% des semaines d'hospitalisations sont réparties dans cinq Groupes Homogènes de Journées et totalisent à eux seuls 100 682 journées.

Le Groupe Homogène de Journées le plus fréquent est le GHJ 162 - CMC 17 - Age >=16 ans - Traumatismes simples - Dépendance physique <=12 avec 6,4% 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 061	CMC 12 - Age >=16 ans - Autres - Dépendance physique <=12
GHJ 019	CMC 11 - Autres - Dépendance physique <=12
GHJ 117	CMC 15 - 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 des établissements est décrite par 159 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 4 265 Résumés Hebdomadaires Standardisés (RHS), soit 25 794 journées d'hospitalisation. L'âge moyen des patients est de 78,5 ans.

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

Ce GHJ a entraîné 3 485 Résumés Hebdomadaires Standardisés (RHS), soit 20 029 journées d'hospitalisation. L'âge moyen des patients est de 80,1 ans.

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

Ce GHJ a entraîné 3 360 Résumés Hebdomadaires Standardisés (RHS), soit 19 045 journées d'hospitalisation. L'âge moyen des patients est de 81 ans.

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

Ce GHJ a entraîné 3 182 Résumés Hebdomadaires Standardisés (RHS), soit 18 103 journées d'hospitalisation. L'âge moyen des patients est de 78,6 ans.

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

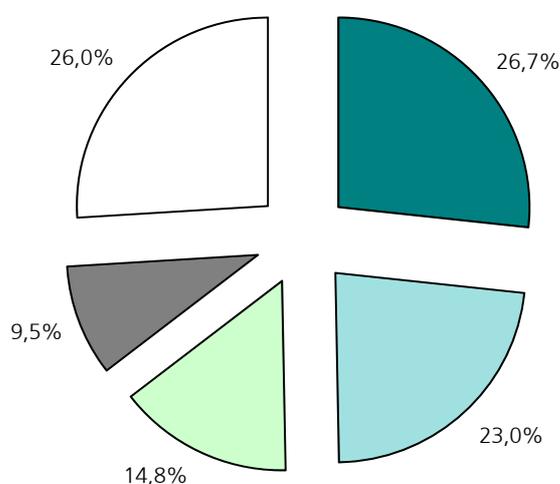
Ce GHJ a entraîné 3 126 Résumés Hebdomadaires Standardisés (RHS), soit 17 711 journées d'hospitalisation. L'âge moyen des patients est de 81,4 ans.

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 concerne les autres formes précisées de soins médicaux. Elle représente 26,7% des semaines d'hospitalisation.

Les Finalités Principales de Prise en Charge



Source : PMSISSR 2008

Exploitation ORS Bretagne

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

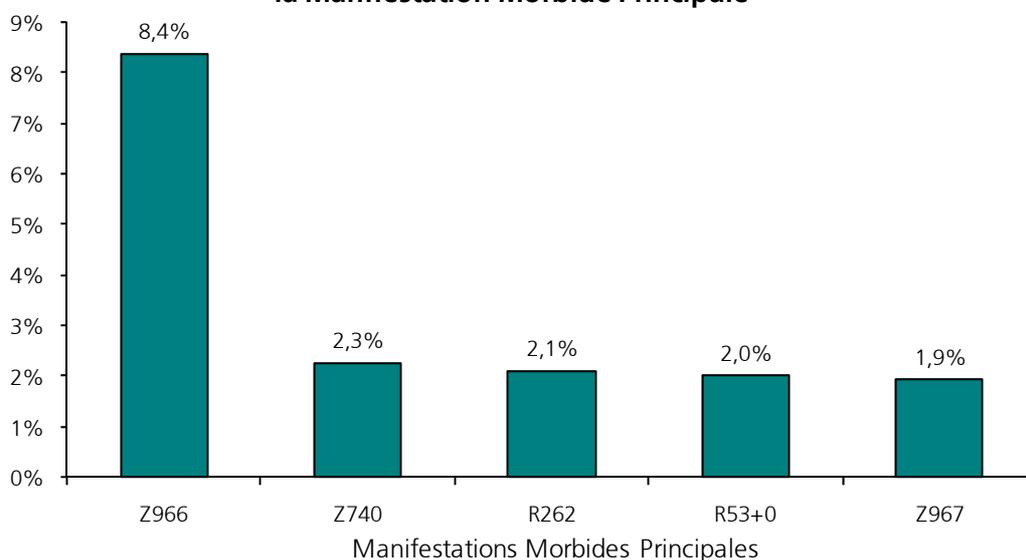
Répartition des semaines d'hospitalisation selon la Manifestation Morbide Principale

La Manifestation Morbide Principale est l'affection ou le symptôme qui a motivé la prise en charge du patient au cours de la semaine d'hospitalisation.

Les cinq premières pathologies mentionnées en Manifestation Principale représentent 16,7% des semaines d'hospitalisation.

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

Répartition des semaines d'hospitalisation selon la Manifestation Morbide Principale



Source : PMSISSR 2008

Exploitation ORS Bretagne

Z966	Présence d'implants d'articulations orthopédiques
Z740	Mobilité restreinte
R262	Difficulté à la marche, non classée ailleurs
R53+0	Altération [baisse] de l'état général
Z967	Présence d'autres implants osseux et tendineux

Répartition des semaines d'hospitalisation selon l'Affection Etiologique

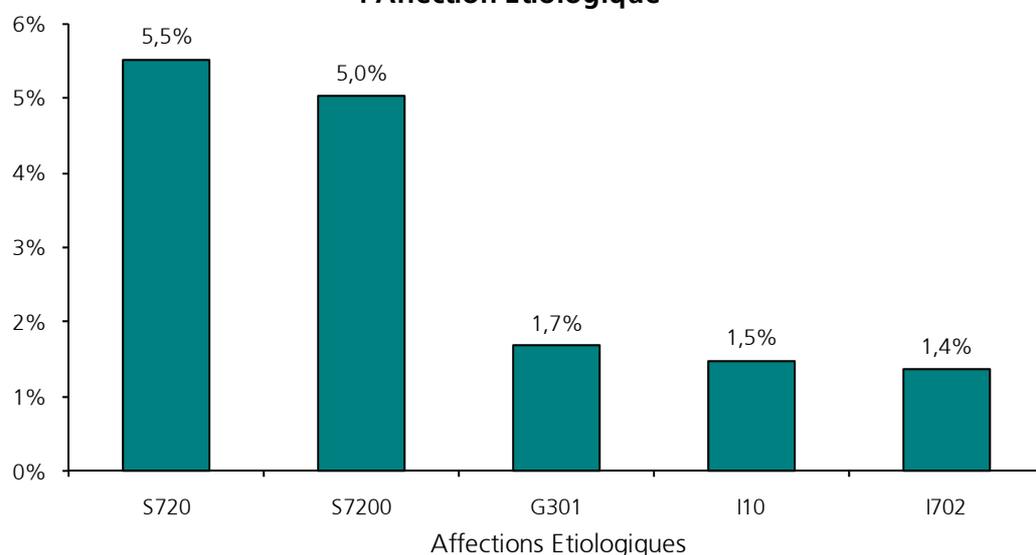
L'Affection Etiologique est l'affection à l'origine de la manifestation conduisant à la prise en charge au cours de la semaine d'hospitalisation.

L'Affection Etiologique est renseignée pour 53,8% des semaines d'hospitalisation.

Les cinq premières pathologies mentionnées en Affection Etiologique représentent 15,1% du nombre total d'affections étiologiques renseignées.

L'Affection Etiologique la plus mentionnée est la fracture du col du fémur (fermée ou sans précision) (10,5%).

Répartition des semaines d'hospitalisation selon l'Affection Etiologique



Source : PMSI SSR 2008

Exploitation ORS Bretagne

S720	Fracture du col du fémur
S7200	Fracture fermée du col du fémur
G301	Maladie d'Alzheimer à début tardif
I10	Hypertension essentielle (primitive)
I702	Athérosclérose des artères distales

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

En 2008, 216 955 diagnostics associés significatifs (DAS) ont été recensés pour 66 884 RHS, soit en moyenne 3,2 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 3,7 par RHS.

A noter que 7 999 RHS, soit 12%, ne contiennent aucun Diagnostic Associé Significatif.

A l'inverse, pour 19 095 RHS (28,5%) 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 16,3% des pathologies associées à la morbidité principale.

La répartition de ces cinq diagnostics est la suivante :

- I10 Hypertension essentielle (primitive) : 20 559 RHS, soit 9,5% de l'ensemble des DAS,
- I48 Fibrillation et flutter auriculaires : 7 060 RHS, soit 3,3%,
- E119 Diabète sucré non insulino-dépendant, sans complication : 2 795 RHS, soit 1,3%,
- Z966 Présence d'implants d'articulations orthopédiques : 2 604 RHS, soit 1,2%,
- Z740 Mobilité restreinte : 2 289 RHS, soit 1,1%.

Les Actes Médicaux les plus représentés

Le RHS mentionne un certain nombre d'actes médicaux réalisés au moins une fois au cours de la semaine d'hospitalisation au sein des établissements ou payés par 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).

9 023 Actes Médicaux ont été réalisés au cours de l'année 2008.

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

- DEQP003 Electrocardiogramme sur 12 dérivations ou plus : 2 145 actes.
- GLLD017 Oxygénothérapie avec surveillance continue de l'oxymétrie, en dehors de la ventilation mécanique, par 24 heures : 1 243 actes.
- HSLF003 Alimentation intraveineuse avec apport > 35 kilocalories kilogramme par jour : 633 actes.
- ZBQK002 Radiographie thoracique : 555 actes.
- GLLD012 Ventilation continue au masque facial pour suppléance ventilatoire par 24h : 358 actes.
- HSLD001 Alimentation entérale par sonde avec apport 20 a 35 kilocalories kilogramme par jour : 314 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 : 198 actes.
- HSLD002 Alimentation entérale par sonde avec apport > 35 kilocalories kilogramme par jour : 182 actes.
- ZCQK002 Radiographie abdominale sans préparation : 170 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 les services de Soins de Suite ou de Réadaptation est de 2 716, soit 22,7% des séjours. Le délai moyen écoulé entre l'admission et la dernière date d'intervention chirurgicale est de 11,9 jours.

■ Analyse par semaine d'hospitalisation

La part des semaines d'hospitalisation de patients ayant au moins une intervention chirurgicale antérieure est de 22,2% de l'ensemble des semaines d'hospitalisation. Le délai moyen est de 31,5 jours. On relève un délai moyen minimum de 25,8 jours dans la Catégorie Majeure Clinique 16 Poursuites de Soins Médicaux Rhumato/Orthopédiques et un délai moyen maximum de 53,8 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 8 043 séjours, soit 67,1% de l'ensemble des séjours. 70 207 heures et 32 minutes de rééducation-réadaptation ont été réalisées, soit une moyenne de prise en charge de rééducation-réadaptation de 8 heures et 44 minutes par séjour*.

Analyse par semaine d'hospitalisation

Le nombre d'activités différentes de rééducation-réadaptation pratiquées dans l'établissement est en moyenne de 1,7 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 2 heures et 3 minutes par semaine et par personne (seul le temps passé en présence du patient est pris en compte).

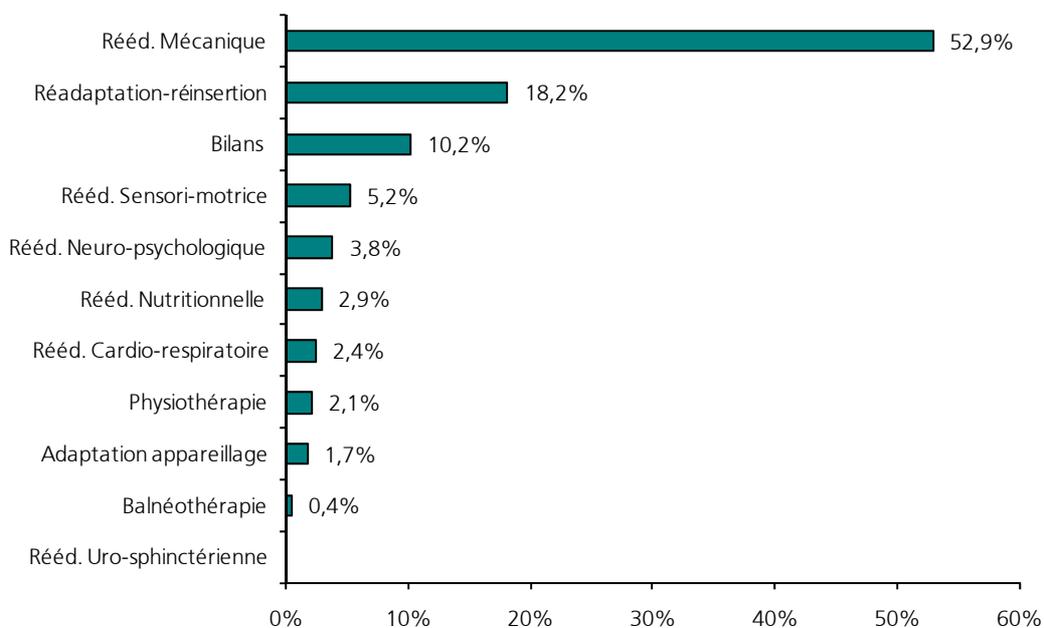
■ Activité de rééducation collective

4 457 heures et 16 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 1 heure et 1 minute 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, 12 666 heures et 39 minutes de rééducation-réadaptation ont été dispensées pour 8 043 séjours, soit 1 heure et 34 minutes d'activité de rééducation-réadaptation par première semaine d'hospitalisation.

■ Fin de séjour*

Les mêmes séjours ont donné lieu à 12 489 heures et 53 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 33 minutes.

La charge de soins en rééducation-réadaptation est restée 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.

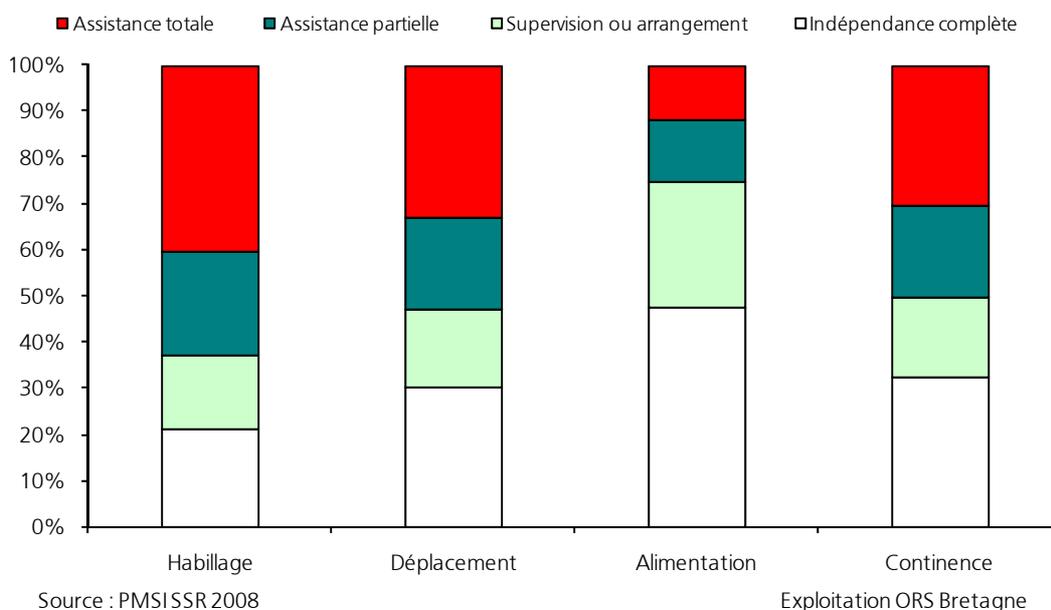
La dépendance

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



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

20 818 RHS sont classés en prise en charge lourde (score cumulé de dépendance supérieur à 12), soit 31,1% de l'ensemble des RHS.

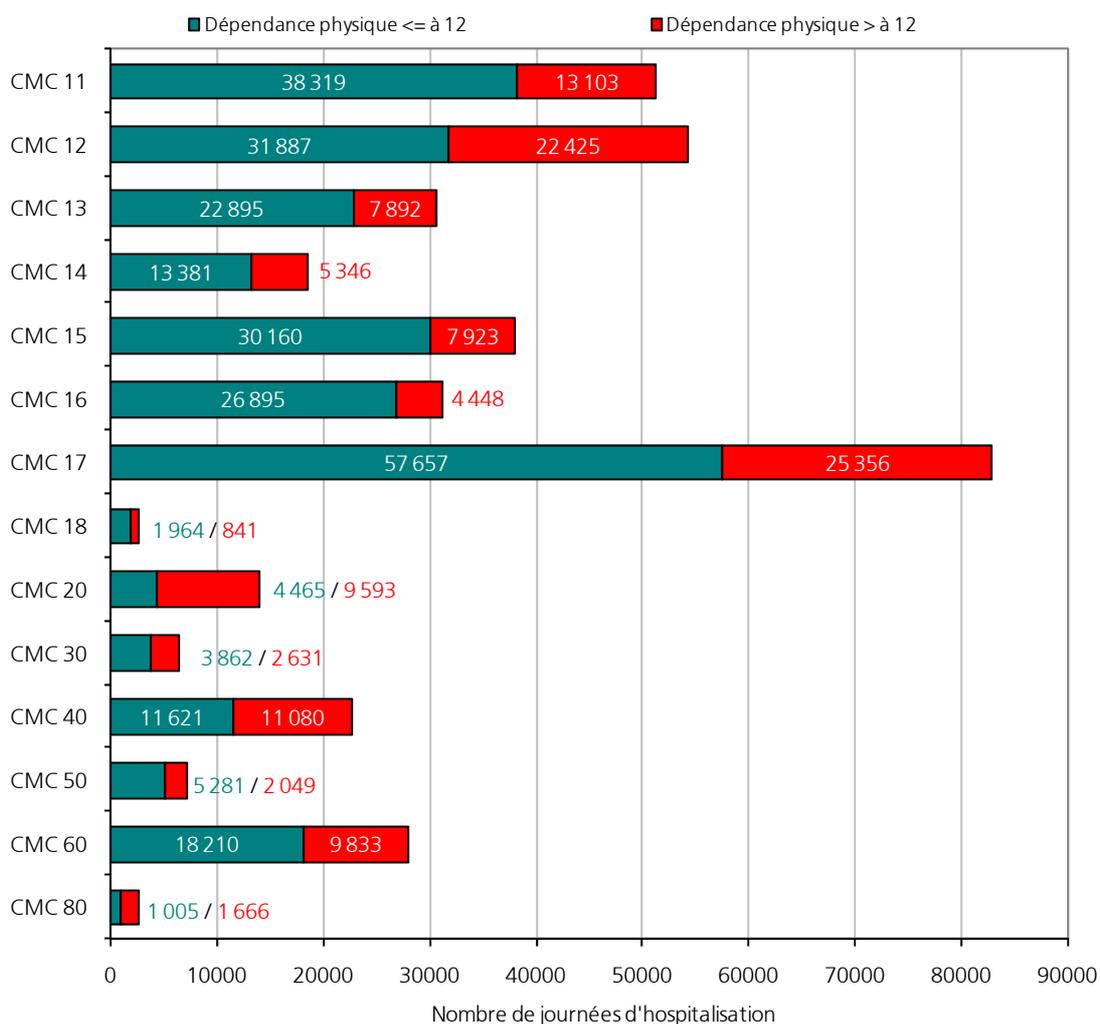
La moyenne des scores de ces personnes très dépendantes est de 14,6 par RHS.

14,5% 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

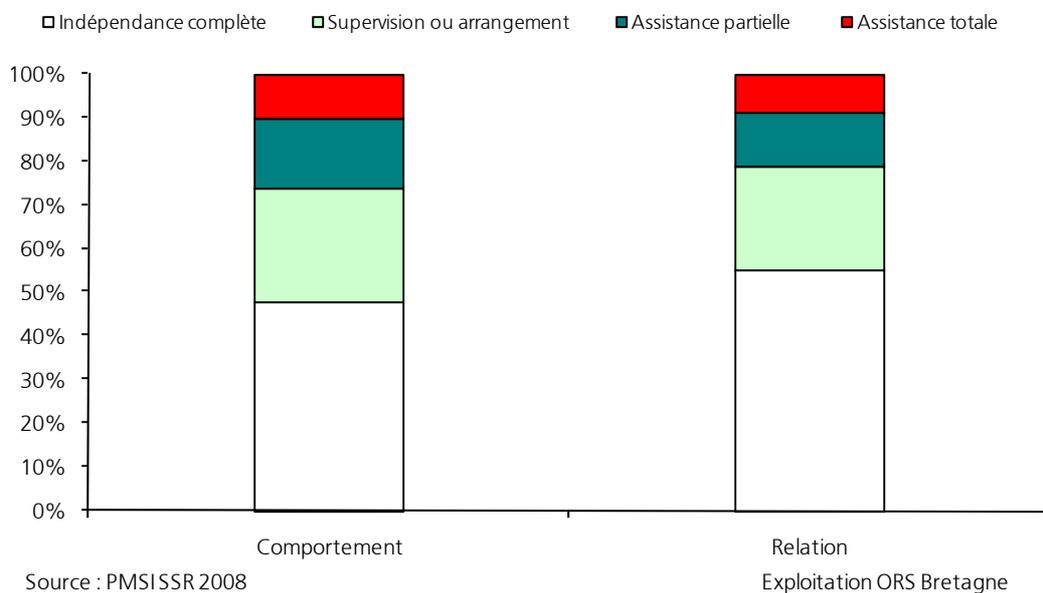


Source : PMSISSR 2008

Exploitation ORS Bretagne

■ 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 3,6 (sur une échelle allant de 2 à 8).

6 897 RHS sont classés en prise en charge lourde (score cumulé de dépendance supérieur à 6), soit 10,3% de l'ensemble des RHS.

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

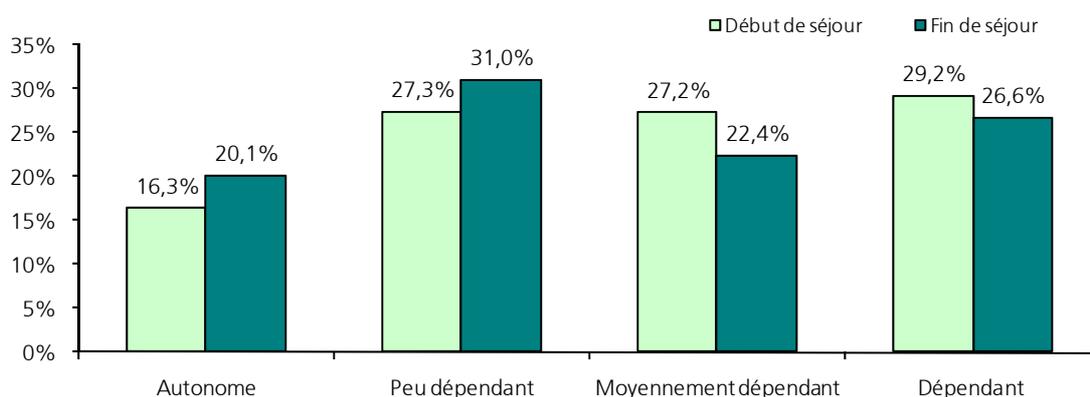
44,8% des RHS sont classés autonomes (score cumulé égal à 2).

Evolution de la dépendance

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

■ Habillage, déplacement, alimentation et continence

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



Source : PMSISSR 2008

Niveaux de dépendance

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 11 987 séjours analysés, on relève en première semaine d'hospitalisation un score de dépendance total de 114 495, soit un score moyen de 9,6 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 3 495, soit 29,2% des séjours.

■ Fin de séjour*

Pour les mêmes séjours, on relève en dernière semaine un score de dépendance total de 108 687, 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 dernière semaine est de 3 190, soit 26,6% des séjours.

La part des séjours de patients autonomes (score de dépendance des quatre premières variables égal à 4) est passée de 16,3% en début de séjour à 20,1% en fin de séjour.

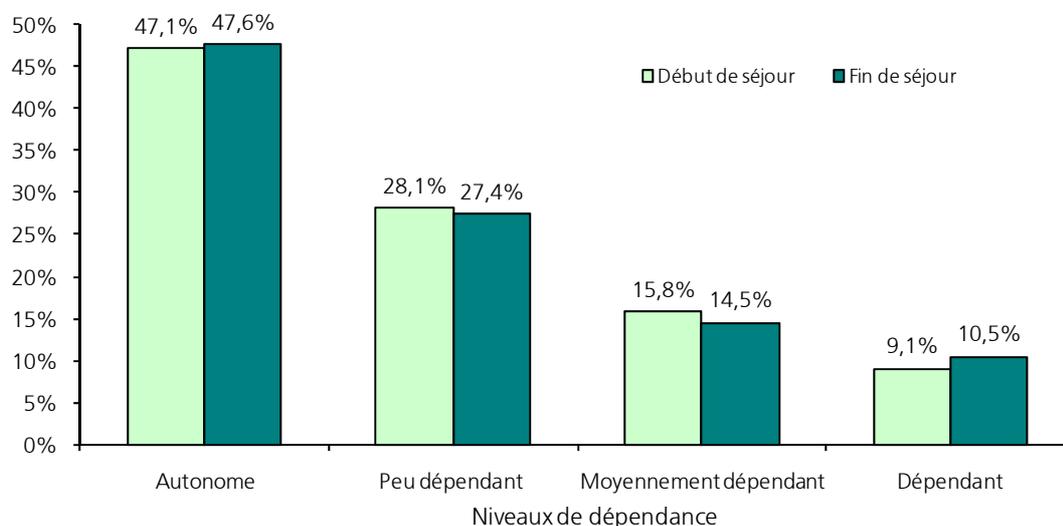
■ Au total

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

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

■ Comportement et relation

Evolution de la dépendance des variables comportement et relation



Source : 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 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 11 987 séjours analysés, on relève en première semaine d'hospitalisation un score de dépendance total de 42 513, soit un score moyen de 3,5 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 1 088, soit 9,1%.

■ *Fin de séjour**

Pour les mêmes séjours, on relève en dernière semaine un score de dépendance total de 42 865, soit un score moyen de 3,6 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 1 260, soit 10,5% des séjours.

Le nombre de séjours de patients autonomes (score de dépendance des deux dernières variables égal à 2) est passé de 5640 en début de séjour à 5 701 en fin de séjour.

■ *Au total*

L'autonomie des patients pour ces deux évènements est restée stable au cours de leur séjour dans les établissements.

Utilisation d'un fauteuil roulant

Pour 15740 semaines d'hospitalisation, soit 23,5% de l'ensemble des semaines d'hospitalisation, les patients ont utilisé un fauteuil roulant dans les services 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

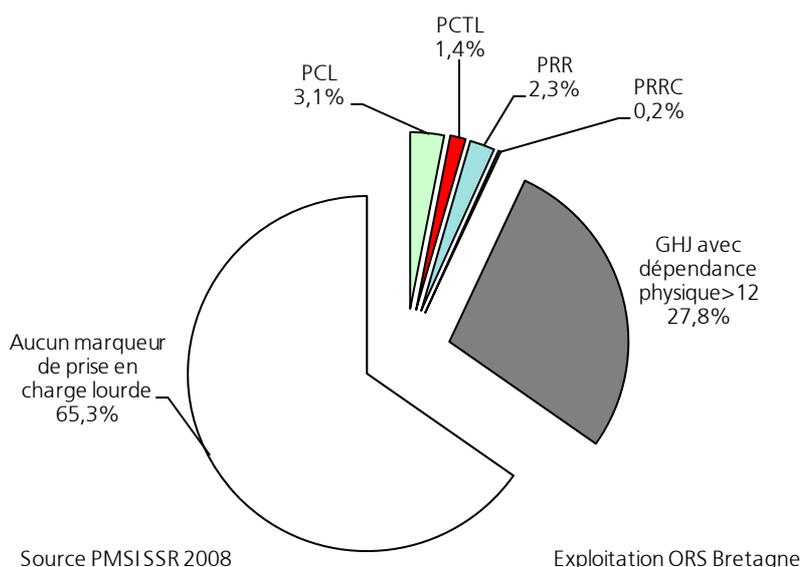
La notion de « prise en charge lourde » s'applique aux semaines d'hospitalisation caractérisées par :

- 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 66 884 semaines d'hospitalisation traitées, on dénombre 23 238 semaines classées en prise en charge lourde, soit **34,7%** 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) : 2050 semaines, soit 3,1%,
- Prise en charge Clinique Très Lourde (PCTL) : 929 semaines, soit 1,4%,
- Prise en charge de Rééducation Réadaptation (PRR) : 1507 semaines, soit 2,3%,
- Prise en charge de Rééducation Réadaptation Complexe (PRRC) : 149 semaines, soit 0,2%,
- GHJ avec dépendance supérieure à 12* pour les variables habillage, déplacement, continence et alimentation : 18 603 semaines, soit 27,8%.

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



* 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, 4 057 séjours, soit 33,8% de l'ensemble des séjours, ont une durée de séjour supérieure ou égale à 30 jours.

Ces séjours représentent 32 843 semaines d'hospitalisation et 206 007 journées de soins dispensés, soit 61,8% de l'ensemble des journées réalisées.

La durée moyenne de séjour (DMS)** est de 50,8 jours.
L'âge moyen de ces patients est de 80,1 ans.

Les principales Catégories Majeures Cliniques (CMC) concernées sont :

- CMC 17 Poursuites de Soins Médicaux Post-Traumatiques : 8 300 semaines d'hospitalisation (25,3%),
- CMC 12 Poursuites de Soins Médicaux Neuro-Musculaires : 4 461 semaines d'hospitalisation (13,6%),
- CMC 11 Poursuites de Soins Médicaux Cardio-vasculaire/Respiratoires : 3 825 semaines d'hospitalisation (11,6%),
- CMC 15 Poursuites de Soins Médicaux Viscéraux : 2 966 semaines d'hospitalisation (9,0%),
- CMC 16 Poursuites de Soins Médicaux Rhumato/Orthopédiques : 2 395 semaines d'hospitalisation (7,3%).

* 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 augmenté : 62 539 en 2007 et 66 884 RHS en 2008.

La durée moyenne de séjour* durant ces deux années est passée de 28,6 jours en 2007 à 27,8 jours en 2008.

La moyenne d'âge des patients est passée de 79,3 ans en 2007 à 79,5 ans en 2008.

■ Mouvements

La répartition des modes d'entrée et de sortie a peu évolué au cours de ces deux dernières années. Les admissions en service de Soins de Suite ou de Réadaptation sont majoritairement des entrées par transfert. 7 sorties sur 10 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	20,4%	20,4%
CMC 12 Poursuites de Soins Médicaux Neuro-Musculaires	13,7%	13,7%
CMC 11 Poursuites de Soins Médicaux Cardio-vasculaires/Respiratoires	12,7%	13,5%
CMC 15 Poursuites de Soins Médicaux Viscéraux	9,7%	10,0%
CMC 13 Poursuites de Soins Médicaux santé Mentale	9,3%	8,1%

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 moyen de Diagnostics Associés Significatifs renseignés par RHS a légèrement augmenté : 2,9 en 2007 et 3,2 en 2008.

Le nombre d'actes médicaux est passé de 5 883 à 9 023.

Le temps moyen de rééducation-réadaptation est resté stable autour de 2 heures en 2007 et 2008.

La part des semaines d'hospitalisation classées en prise en charge lourde est restée stable autour de 34%.

* 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)