

HOPITAUX LOCAUX DE BRETAGNE

Activité de Soins de Suite ou de Réadaptation

Année 2007

Mai 2008



Observatoire Régional de Santé de Bretagne
Adresse Postale : CS 70625 35706 RENNES CEDEX 7
Téléphone - 02 99 14 24 24 - Télécopie - 02 99 14 25 21
E-mail : orsb@orsbretagne.fr - <http://www.orsbretagne.fr>

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

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

Année 2007



Rapport réalisé à la demande des hôpitaux locaux de Bretagne

Le présent rapport a été réalisé à partir des informations qui ont été recueillies avec persévérance et soucis de qualité tout au long de l'année 2007 par les médecins et le personnel des hôpitaux locaux de la région Bretagne, qu'ils en soient remerciés.

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

Mai 2008





Avant-propos

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

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

D'autres établissements ont ensuite rejoint les fondateurs. 20 hôpitaux locaux de la région Bretagne ont participé en 2007 au Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (P.M.S.I.).

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





Sommaire

INTRODUCTION	7
PRESENTATION DES ETABLISSEMENTS PARTICIPANT AU SYSTEME D'INFORMATION	9
L'ACTIVITE MEDICALE PAR SEJOUR	11
La population hospitalisée	11
Durée Moyenne de Séjour	12
Répartition des modes d'entrée et de sortie	13
Provenance des patients	14
'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

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 2006 ET 2007	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 les établissements d'avoir un recueil des données du PMSI-SSR qui soit exhaustif et de qualité afin de décrire et de valoriser l'activité au plus près de la réalité.

C'est l'objet du présent rapport de rendre compte de cette activité et de donner aux responsables et aux professionnels des établissements une vision la plus complète possible du résultat de leurs interventions et de leur travail tout au long de l'année 2007.

Ce rapport est une description précise et une analyse fine de l'activité de Soins de Suite ou de Réadaptation menée dans les 20 hôpitaux locaux de la région Bretagne en 2007.

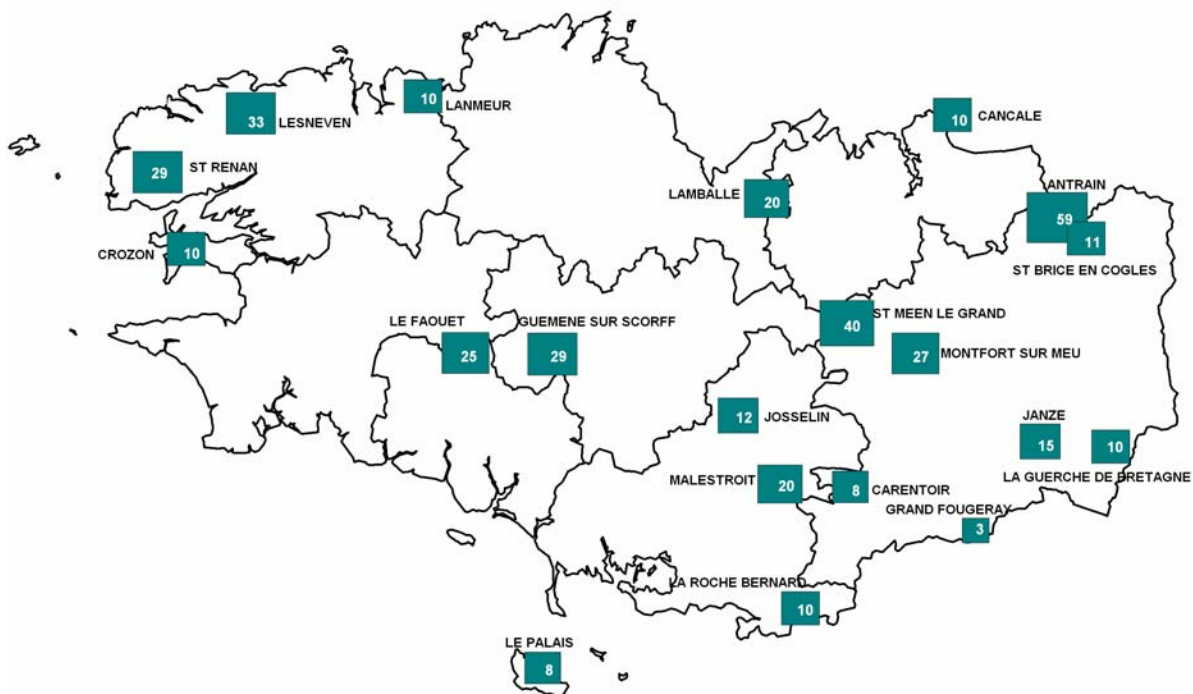
Il comporte six principaux chapitres :

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

Hôpitaux locaux participant au système d'information de l'ORS Bretagne dans le cadre du PMSI SSR en 2007



■ Nombre de lits d'hospitalisation complète en Soins de Suite ou de Réadaptation au 1^{er} janvier 2007

Source : Déclaration 2007 des établissements

Exploitation ORS Bretagne

Présentation des établissements participant au système d'information

En 2007, 20 hôpitaux locaux de la région Bretagne ont confié à l'ORS Bretagne l'exploitation de leurs informations issues du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information. Ils représentent globalement un ensemble de 389 lits de Soins de Suite ou de Réadaptation, soit en moyenne 19 lits de Soins de Suite ou de Réadaptation par établissement.

	Médecine	Soins de Suite ou de Réadaptation	Longue durée	Cure médicale	Maison de retraite, foyer logement, EHPAD	Soins infirmiers à domicile	Autres	TOTAL
Région Bretagne								
Antrain ¹ (35)	12	59	67	-	100	27	-	265
Cancale (35)	5	10	48	-	80	-	-	143
Carentoir (56)	10	8	-	-	71	40	-	129
Crozon (29)	5	10	-	-	110	-	-	125
Grand Fougeray (35)	15	3	-	-	95	-	-	113
Guémené Sur Scorff (56)	15	29	-	170	-	22	-	236
Janzé (35)	25	15	-	-	149	-	-	189
Josselin (56)	13	12	60	-	171	38	16	310
La Guerche de Bretagne (35)	30	10	70	-	204	-	-	314
La Roche Bernard (56)	7	10	10	50	-	54	-	131
Lamballe (22)	22	20	80	-	180	50	-	352
Lanmeur (29)	-	10	90	122	43	-	-	265
Le Faouët (56)	15	25	-	-	149	11	1	201
Le Palais (56)	19	8	40	-	66	41	80	254
Lesneven (29)	15	33	-	-	256	-	4	308
Malestroit (56)	8	20	77	-	-	30	4	139
Montfort sur Meu (35)	11	27	93	-	75	42	-	248
Saint Brice-en-Coglès (35)	12	11	-	-	123	-	-	146
Saint Méen-le-Grand (35)	20	40	80	15	80	47	-	282
Saint Renan (29)	34	29	30	72	72	-	-	237
TOTAL	293	389	745	429	2024	402	105	4387

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

¹ Seule l'activité du service de Soins de Suite (7 lits) est prise en compte dans ce rapport.





L'activité médicale par séjour

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

Au cours de l'année 2007, 4 424 séjours ont été réalisés dans les services de Soins de Suite ou de Réadaptation des 20 hôpitaux locaux de la région Bretagne. Les 4 424 séjours représentent 20 190 semaines d'hospitalisation, soit un total de 117 552 journées réalisées.

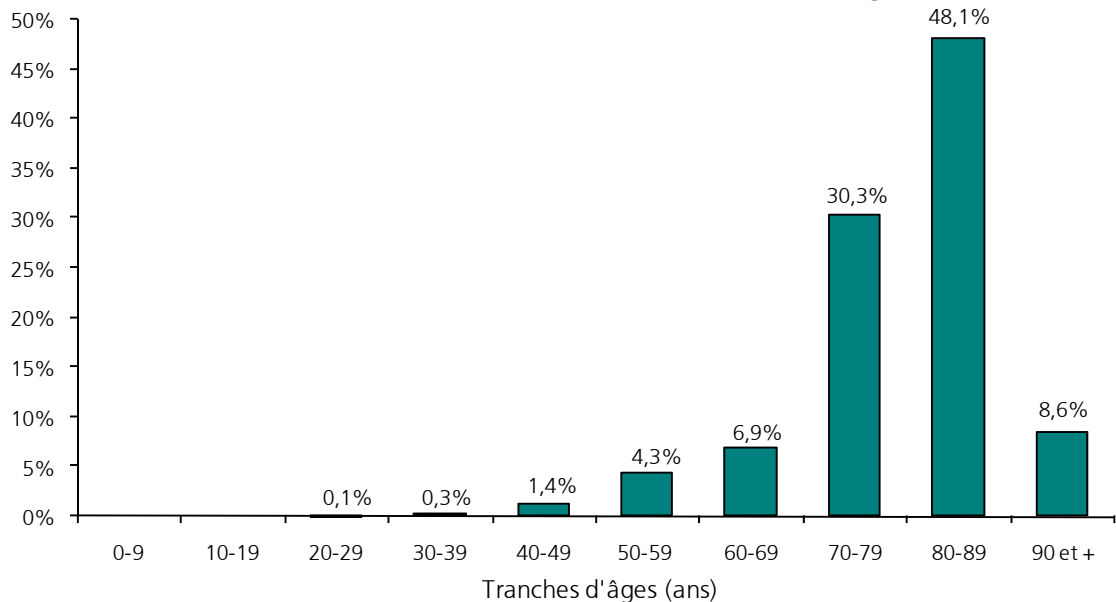
Les 20 hôpitaux locaux de la région ont accueilli 3 707 patients. La part de multi-séjours est de 19,3% au cours de cette période.

La population hospitalisée

La population prise en charge est majoritairement féminine. Elle représente 63,5% de l'effectif global.

L'âge moyen des personnes hospitalisées est de 78,8 ans. L'âge moyen des femmes est de 80,6 ans et celui des hommes est de 75,8 ans.

Répartition des hospitalisés selon les tranches d'âges



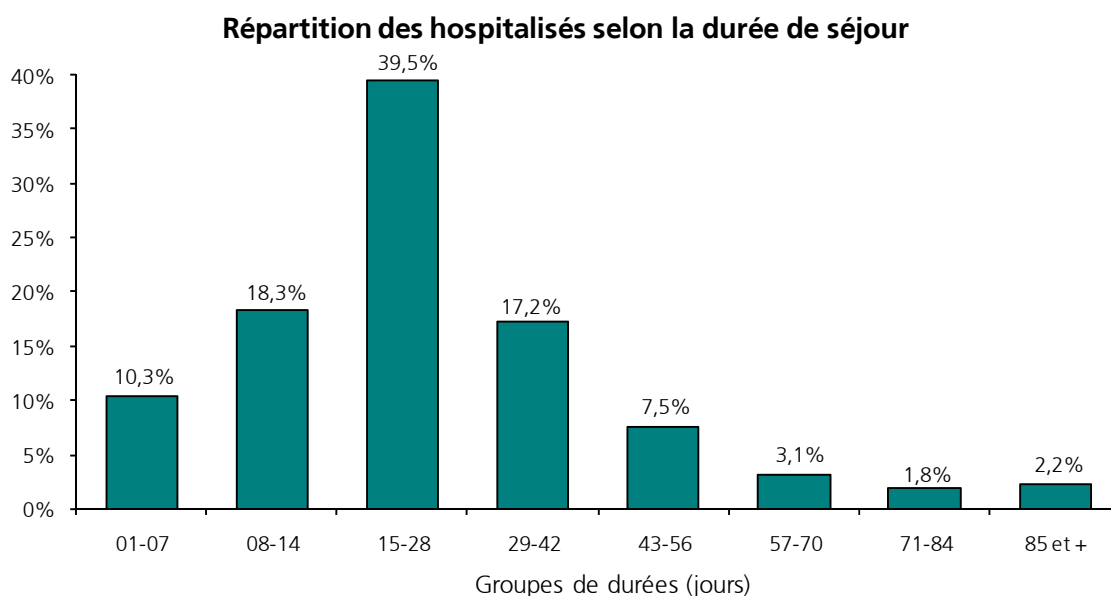
Source : PMSISSR 2007

Exploitation ORS Bretagne

Plus des $\frac{3}{4}$ des hospitalisés sont représentés dans les tranches d'âges des 70-79 ans et des 80-89 ans.

Durée Moyenne de Séjour

Le nombre de séjours complets, entièrement réalisés au cours de l'année est de 3 791, et correspond à un ensemble de 98 962 journées d'hospitalisation*. La durée moyenne de séjour (D.M.S.**) est de 26,1 jours.



Source : PMSISSR 2007

Exploitation ORS Bretagne

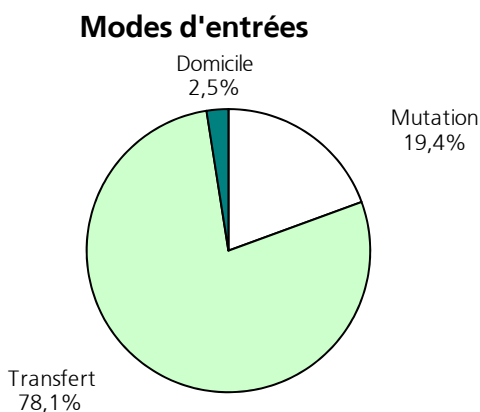
Les séjours d'une durée inférieure à 4 semaines d'hospitalisation représentent 68,2% des hospitalisations.
28,6% des séjours ont une durée de moins de 15 jours.

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

** D.M.S. : calculée sur les journées de présence à partir des séjours entièrement déroulés au cours de l'année.

Répartition des modes d'entrée et de sortie

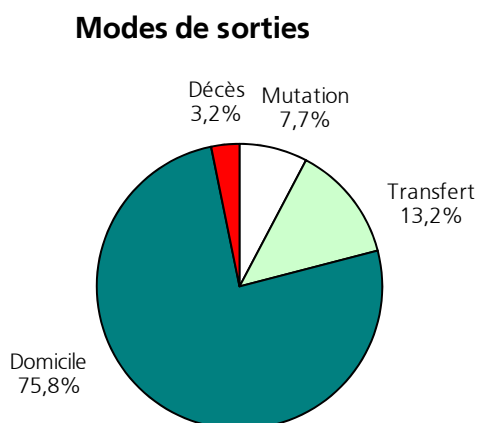
Au cours de l'année, le nombre d'entrées a été de 4 105 et le nombre de sorties de 4 107.



Source : PMSISSR 2007

Exploitation ORS Bretagne

78,1% des entrées sont des transferts d'un autre établissement et majoritairement des transferts une unité de soins de courte durée. Les entrées par mutation du service de médecine de l'établissement représentent 19,4% des entrées.



Source : PMSISSR 2007

Exploitation ORS Bretagne

Les retours au domicile (y compris domicile collectif) représentent 75,8% des hospitalisations. Les sorties par transfert vers un autre établissement représentent 13,2% des hospitalisations et les sorties par mutation vers un autre service de l'établissement 7,7%.

Au cours de l'année 2007, 131 décès, soit 3,2% des hospitalisations, sont survenus dans les services de Soins de Suite ou de Réadaptation.

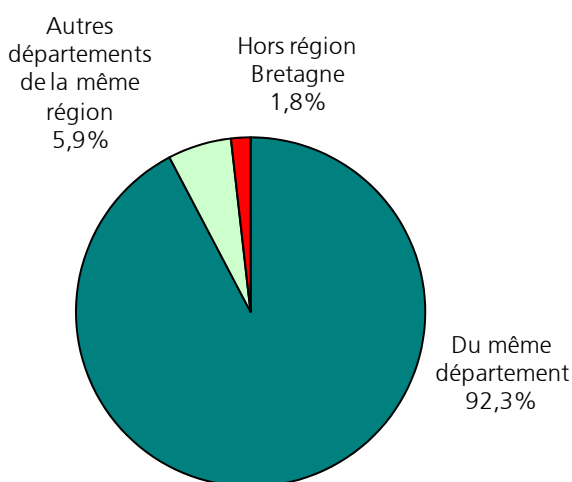
Pour les entrées par transfert d'un autre établissement, plus de 7 patients sur 10 retournent à leur domicile.

Provenance des patients

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

Le code géographique est élaboré selon un système de codage national. Il correspond au code postal ou à un code de regroupement pour les communes de moins de 1000 habitants.

Provenance des patients



Source : PMSI SSR 2007

Exploitation ORS Bretagne

Sur les 4 424 séjours réalisés au sein des 20 établissements bretons, 4 085 séjours, soit 92,3% des hospitalisations, concernent des patients domiciliés dans le département d'implantation de l'établissement.

Les 339 séjours restants, soit 7,7% des admissions, se répartissent de la manière suivante :

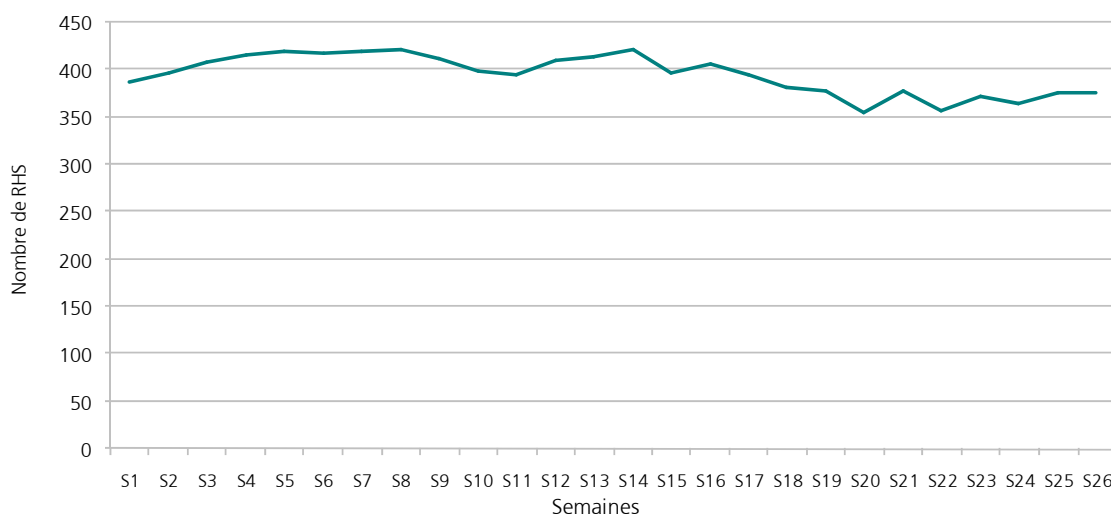
- 260 hospitalisés sont domiciliés dans un autre département breton que le département de l'établissement,
- 79 hospitalisés sont domiciliés en dehors de la région Bretagne.

L'activité médicale par semaine d'hospitalisation

Le PMSI SSR est basé sur une production hebdomadaire d'informations relatives aux soins apportés aux malades. Pour tout patient hospitalisé dans 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 : PMSI SSR 2007

Exploitation ORS Bretagne

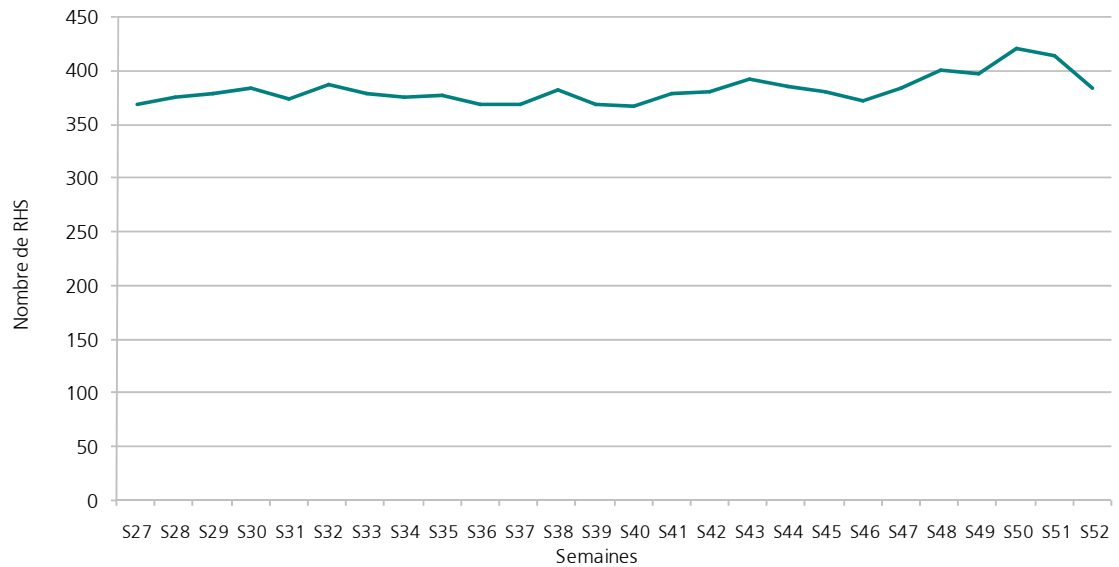
Le nombre moyen de RHS* produit par semaine est de 395. Le minimum de patient pris en charge est observé la 20^{ème} semaine de l'année 2007, avec 356 patients. Le maximum est relevé la 14^{ème} semaine de l'année 2007 avec 422 patients.

* 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 2007

Exploitation ORS Bretagne

Le nombre moyen de RHS produit par semaine est de 381,5. Le minimum de patient pris en charge est observé la 40^{ème} semaine de l'année 2007, soit 366 patients. Le maximum est relevé la 50^{ème} semaine de l'année 2007 avec 420 patients.

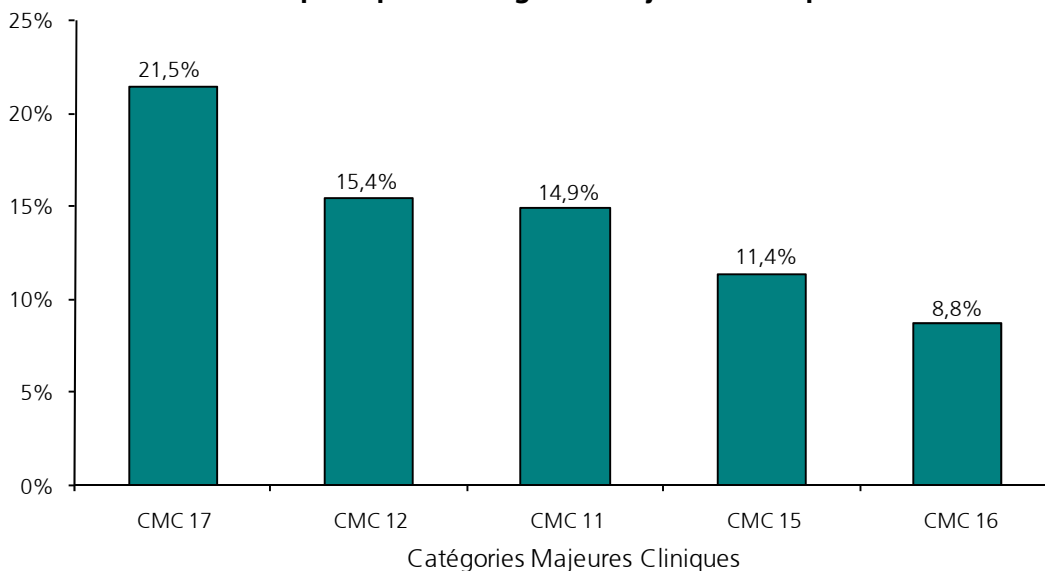
L'activité médicale par Catégorie Majeure Clinique (C.M.C.)

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 71,9% des semaines d'hospitalisation. Au cours de l'année 2007, la Catégorie Majeure Clinique la plus fréquente est la CMC 17 Poursuites de Soins Médicaux Post-Traumatiques représentant à elle seule 21,5% des semaines d'hospitalisation.

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



Source : PMSI SSR 2007

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 16 Poursuites de Soins Médicaux Rhumato/Orthopédiques

■ 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**

4 335 semaines d'hospitalisation ont été réalisées dans la CMC 17, soit 26 107 journées. L'âge moyen des patients est de 79,1 ans.

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

- CMC 17 - Age \geq 16 ans - Traumatismes simples - Dépendance physique \leq 12 : 1 498 RHS,
- CMC 17 - Age \geq 16 ans - Prothèses Totales de Hanche - Dépendance physique \leq 12 : 524 RHS,
- CMC 17 - Age \geq 16 ans - Traumatismes simples - Dépendance physique $>$ 12 : 413 RHS,
- CMC 17 - Age \geq 16 ans- Traumatismes complexes, compliqués ou polytraumatismes - Dépendance physique \leq 12 : 349 RHS,
- CMC 17 - Age \geq 16 ans - Prothèses Totales de Hanche - Dépendance physique $>$ 12 : 347 RHS.

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

- Autres thérapies physiques : 1 767 RHS,
- Convalescence après intervention chirurgicale : 973 RHS,
- Convalescence après traitement d'une fracture : 886 RHS,
- Autres formes précisées de soins médicaux : 334 RHS,
- Convalescence après un autre traitement : 263 RHS.

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

- Présence d'implants d'articulations orthopédiques : 1 195 RHS,
- Présence d'autres implants osseux et tendineux : 319 RHS,
- Fracture du col du fémur : 182 RHS,
- Fracture fermée du col du fémur : 164 RHS,
- Fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus : 133 RHS.

Les Affections Etiologiques (AE) les plus représentées sont :

- Fracture fermée du col du fémur : 598 RHS,
- Fracture du col du fémur : 569 RHS,
- Fracture du fémur, partie non précisée : 56 RHS,
- Fracture fermée de la diaphyse fémorale : 56 RHS,
- Fracture de la diaphyse du tibia : 44 RHS.

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

3 110 semaines d'hospitalisation ont été réalisées dans la CMC 12, soit 18 564 journées. L'âge moyen des patients est de 75,1 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 : 1 025 RHS,
- CMC 12 - Age \geq 16 ans - Autres - Dépendance physique $>$ 12 : 594 RHS,
- CMC 12 - Age \geq 16 ans - Déficiences cérébrales non traumatiques - Dépendance physique $>$ 12 : 587 RHS,
- CMC 12 - Age \geq 16 ans - Déficiences cérébrales non traumatiques - Dépendance physique \leq 12 : 494 RHS,
- CMC 12 - Age \geq 16 ans - Prises en charge Cliniques Lourdes : 262 RHS.

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

- Convalescence après un autre traitement : 1 288 RHS,
- Autres thérapies physiques : 788 RHS,
- Autres formes précisées de soins médicaux : 739 RHS,
- Convalescence après intervention chirurgicale : 100 RHS,
- Convalescence après traitement d'une fracture : 72 RHS.

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

- Anomalies de la démarche et de la motilité, autres et non précisées : 568 RHS,
- Hémiplégie flasque : 242 RHS,
- Sclérose en plaques : 217 RHS,
- Accident ischémique cérébral transitoire, sans précision : 197 RHS,
- Désorientation, sans précision : 178 RHS.

Les Affections Etiologiques (AE) les plus représentées sont :

- Cardiopathie hypertensive, avec insuffisance cardiaque (congestive) : 147 RHS,
- Accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus : 98 RHS,
- Démence de la maladie d'Alzheimer, à début tardif (G30.1) : 76 RHS,
- Infarctus cérébral, sans précision : 67 RHS,
- Fibrillation et flutter auriculaires : 57 RHS.

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

3 010 semaines d'hospitalisation ont été réalisées dans la CMC 11, soit 17 040 journées. L'âge moyen des patients est de 80,5 ans.

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

- CMC 11 - Autres - Dépendance physique ≤ 12 : 1 254 RHS,
- CMC 11 - Age ≥ 16 ans - Insuffisances cardiaques, Insuffisances Respiratoires Chroniques - Dépendance physique ≤ 12 : 886 RHS,
- CMC 11 - Autres - Dépendance physique > 12 : 316 RHS,
- CMC 11 - Age ≥ 16 ans - Insuffisances cardiaques, Insuffisances Respiratoires Chroniques - Dépendance physique > 12 : 277 RHS,
- CMC 11 - Age ≥ 16 ans - Patients opérés depuis moins de 21 jours : 157 RHS.

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

- Convalescence après un autre traitement : 1 261 RHS,
- Autres formes précisées de soins médicaux : 921 RHS,
- Autres thérapies physiques : 468 RHS,
- Convalescence après intervention chirurgicale : 220 RHS,
- ZAIGU (Prise en charge d'une affection aiguë) : 75 RHS.

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

- Insuffisance cardiaque congestive : 384 RHS,
- Insuffisance cardiaque, sans précision : 260 RHS,
- Dyspnée : 161 RHS,
- Bronchopneumopathie, sans précision : 149 RHS,
- Insuffisance ventriculaire gauche : 118 RHS.

Les Affections Etiologiques (AE) les plus représentées sont :

- Fibrillation et flutter auriculaires : 66 RHS,
- Bronchopneumopathie, sans précision : 56 RHS,
- Infarctus (aigu) du myocarde sans précision, prise en charge non précisée : 43 RHS,
- Athérosclérose des artères distales : 39 RHS,
- Cardiopathie hypertensive, avec insuffisance cardiaque (congestive) : 39 RHS.

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

2 300 semaines d'hospitalisation ont été réalisées dans la CMC 15, soit 12 978 journées. L'âge moyen des patients est de 77,0 ans.

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

- CMC 15 - Age \geq 16 ans - Autres - Dépendance physique \leq 12 : 1 086 RHS,
- CMC 15 - Age \geq 16 ans - Soins post-chirurgicaux - Dépendance physique \leq 12 : 681 RHS,
- CMC 15 - Age \geq 16 ans - Autres - Dépendance physique $>$ 12 : 314 RHS,
- CMC 15 - Age \geq 16 ans - Prises en charge Cliniques Lourdes : 122 RHS,
- CMC 15 - Age \geq 16 ans - Soins post-chirurgicaux - Dépendance physique $>$ 12 : 76 RHS.

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

- Convalescence après intervention chirurgicale : 673 RHS,
- Convalescence après un autre traitement : 641 RHS,
- Autres formes précisées de soins médicaux : 551 RHS,
- Autres thérapies physiques : 233 RHS,
- ZAIGU (Prise en charge d'une affection aiguë) : 73 RHS.

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

- Absence acquise d'autres parties de l'appareil digestif : 252 RHS,
- Absence acquise d'organe(s) génital(aux) : 104 RHS,
- Cirrhose alcoolique (du foie) : 75 RHS,
- Tumeur maligne du côlon, sans précision : 57 RHS,
- Anémie, sans précision : 57 RHS.

Les Affections Etiologiques (AE) les plus représentées sont :

- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : syndrome de dépendance : 63 RHS,
- Accident ischémique transitoire de territoires artériels précérébraux multiples et bilatéraux : 52 RHS,
- Tumeur maligne du côlon, sans précision : 39 RHS,
- Tumeur maligne de la prostate : 33 RHS,
- Cholécystite aiguë : 25 RHS.

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

1 768 semaines d'hospitalisation ont été réalisées dans la CMC 16, soit 10 338 journées. L'âge moyen des patients est de 78,7 ans.

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

- CMC 16 - Age \geq 16 ans - Pathologies mécaniques des membres - Dépendance physique \leq 12 : 980 RHS,
- CMC 16 - Age \geq 16 ans - Pathologies rachidiennes - Dépendance physique \leq 12 : 147 RHS,
- CMC 16 - Age \geq 16 ans - Autres - Dépendance physique \leq 12 : 129 RHS,
- CMC 16 - Age \geq 16 ans - Pathologies non mécaniques des membres - Dépendance physique \leq 12 : 90 RHS,
- CMC 16 - Age \geq 16 ans - Suites post-chirurgicales - Dépendance physique \leq 12 : 81 RHS.

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

- Convalescence après intervention chirurgicale : 624 RHS,
- Autres thérapies physiques : 623 RHS,
- Convalescence après un autre traitement : 247 RHS,
- Autres formes précisées de soins médicaux : 169 RHS,
- Autres soins de contrôle orthopédiques précisés : 51 RHS.

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

- Présence d'implants d'articulations orthopédiques : 861 RHS,
- Dorsalgie, sans précision : 74 RHS,
- Présence d'arthrodèse : 68 RHS,
- Complication mécanique d'une prothèse articulaire interne : 52 RHS,
- Tassement vertébral, non classé ailleurs : 48 RHS.

Les Affections Etiologiques (AE) les plus représentées sont :

- Autres coxarthroses primaires : 372 RHS,
- Coxarthrose, sans précision : 119 RHS,
- Coxarthrose primaire, bilatérale : 83 RHS,
- Autres gonarthroses primaires : 65 RHS,
- Gonarthrose, sans précision : 61 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 les établissements, 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).

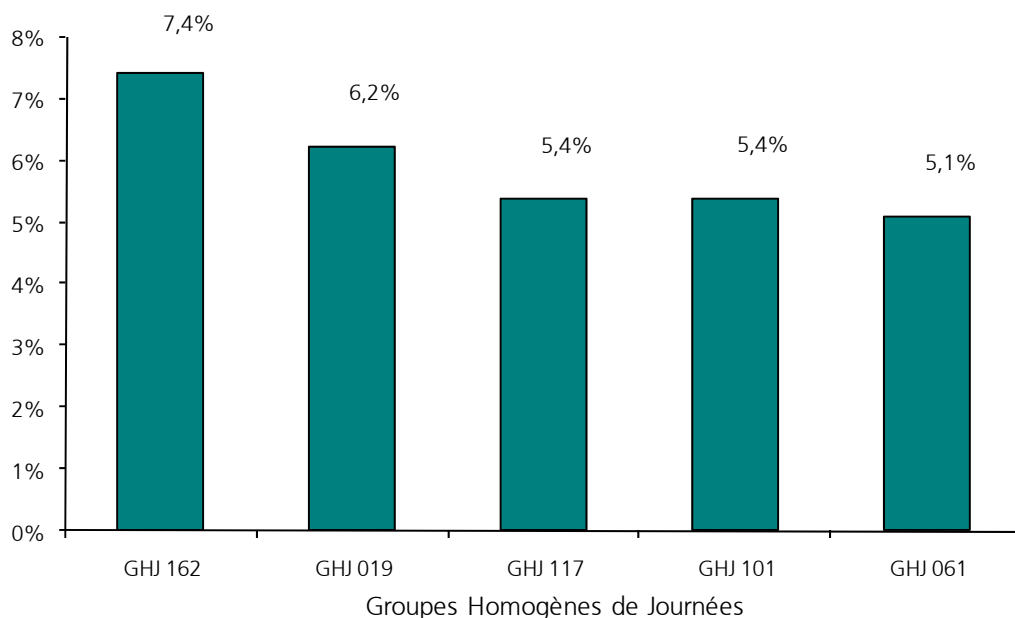
21,1% des séjours ont au moins deux prises en charge différentes.

■ Analyse par semaine d'hospitalisation

29,5% des semaines d'hospitalisations sont réparties dans cinq Groupes Homogènes de Journées et totalisent à eux seuls 34 138 journées.

Le Groupe Homogène de Journées le plus fréquent est le GHJ 162 - CMC 17 - Age \geq 16 ans - Traumatismes simples - Dépendance physique \leq 12 avec 7,4% des semaines d'hospitalisations.

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



Source : PMSISSR 2007

Exploitation ORS Bretagne

- GHJ 162 CMC 17 - Age \geq 16 ans - Traumatismes simples - Dépendance physique \leq 12
- GHJ 019 CMC 11 - Autres - Dépendance physique \leq 12
- GHJ 117 CMC 15 - Age \geq 16 ans - Autres - Dépendance physique \leq 12
- GHJ 101 CMC 14 - Age \geq 16 ans - Autres - Dépendance physique \leq 12
- GHJ 061 CMC 12 - Age \geq 16 ans - Autres - Dépendance physique \leq 12

■ Principaux Groupes Homogènes de Journées

L'activité médicale des établissements est décrite par 128 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 1498 Résumés Hebdomadaires Standardisés (RHS), soit 8 935 journées d'hospitalisation. L'âge moyen des patients est de 76,5 ans.

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

Ce GHJ a entraîné 1254 Résumés Hebdomadaires Standardisés (RHS), soit 7 105 journées d'hospitalisation. L'âge moyen des patients est de 79,9 ans.

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

Ce GHJ a entraîné 1086 Résumés Hebdomadaires Standardisés (RHS), soit 6 107 journées d'hospitalisation. L'âge moyen des patients est de 77,3 ans.

- ***GHJ 101 - CMC 14 - Age >= 16 ans - Autres - Dépendance physique <= 12***

Ce GHJ a entraîné 1083 Résumés Hebdomadaires Standardisés (RHS), soit 6 186 journées d'hospitalisation. L'âge moyen des patients est de 77,3 ans.

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

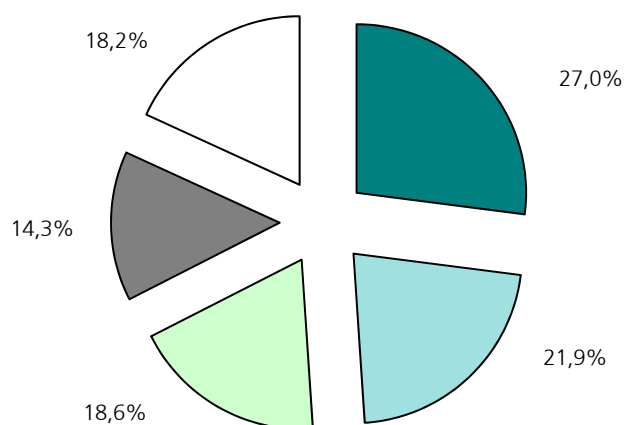
Ce GHJ a entraîné 1025 Résumés Hebdomadaires Standardisés (RHS), soit 5 805 journées d'hospitalisation. L'âge moyen des patients est de 80,0 ans.

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

La Finalité de Prise en Charge est l'action qui a mobilisé l'essentiel de l'effort soignant médical et non médical au cours de la semaine d'hospitalisation.

La Finalité Principale de Prise en Charge la plus représentée est : Convalescence après un autre traitement. Elle représente 27% des semaines d'hospitalisation.

Les Finalités Principales de Prise en Charge



Source : PMSISSR 2007

Exploitation ORS Bretagne

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

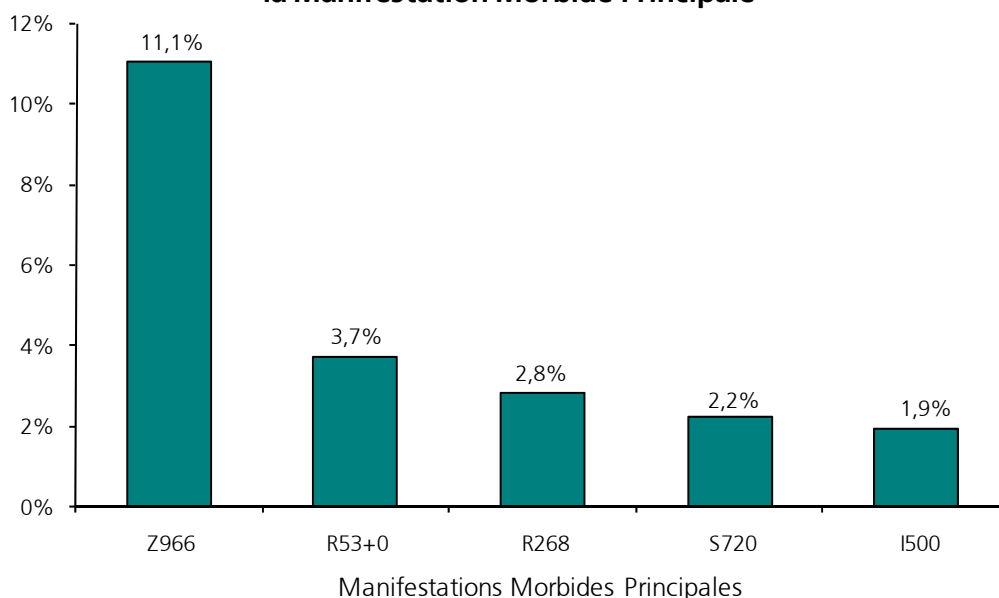
Répartition des semaines d'hospitalisation selon la Manifestation Morbide Principale

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 21,8% des semaines d'hospitalisation.

La Manifestation Morbide Principale la plus fréquente est Présence d'implants d'articulations orthopédiques avec 11,1% des semaines d'hospitalisation.

Répartition des semaines d'hospitalisation selon la Manifestation Morbide Principale



Source : PMSISSR 2007

Exploitation ORS Bretagne

- Z966 Présence d'implants d'articulations orthopédiques
- R53+0 Altération [baisse] de l'état général
- R268 Anomalies de la démarche et de la motilité, autres et non précisées
- S720 Fracture du col du fémur
- I500 Insuffisance cardiaque congestive

Répartition des semaines d'hospitalisation selon l'Affection Etiologique

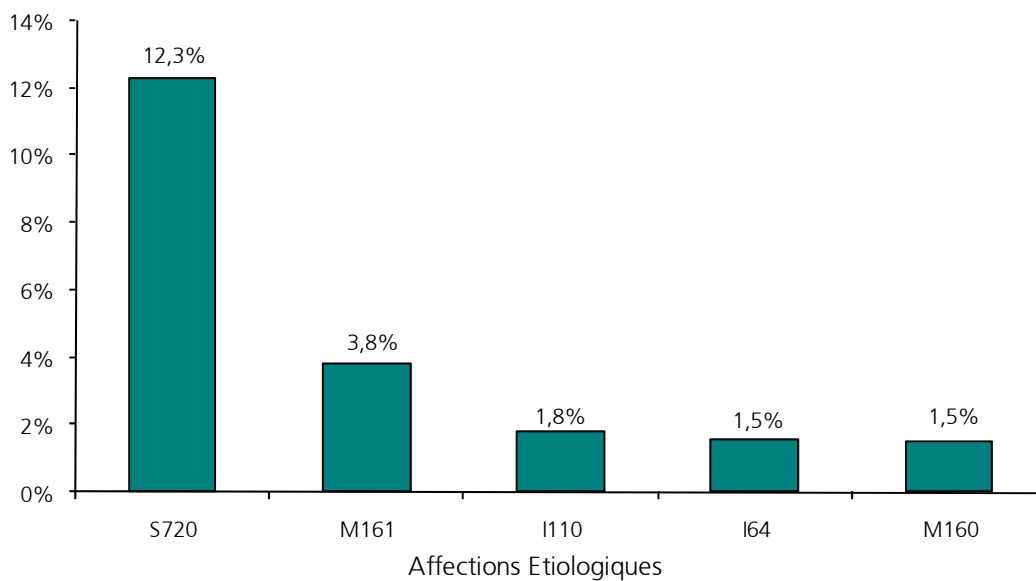
L'Affection Etiologique est l'affection à l'origine de la manifestation conduisant à la prise en charge au cours de la semaine d'hospitalisation.

L'Affection Etiologique est renseignée pour 52,7% des semaines d'hospitalisation.

Les cinq premières pathologies mentionnées en Affection Etiologique représentent 20,8% du nombre total d'affections étiologiques renseignées.

L'Affection Etiologique la plus mentionnée est la Fracture du col du fémur (12,3%).

Répartition des semaines d'hospitalisation selon l'Affection Etiologique



Source : PMSISSR 2007

Exploitation ORS Bretagne

- S720 Fracture du col du fémur
- M161 Autres coxarthroses primaires
- I110 Cardiopathie hypertensive, avec insuffisance cardiaque (congestive)
- I64 Accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus
- M160 Coxarthrose primaire, bilatérale

Répartition des semaines d'hospitalisation selon les Diagnostics Associés significatifs

En 2007, 49 217 diagnostics associés significatifs (DAS) ont été recensés pour 20190 RHS, soit en moyenne 2,4 diagnostics pris en charge par les équipes soignantes par malade et par semaine d'hospitalisation. Pour les patients ayant au moins un Diagnostic Associé renseigné, la moyenne est de 3,0 par RHS.

A noter que 3 606 RHS, soit 17,9%, ne contiennent aucun Diagnostic Associé Significatif.

A l'inverse, pour 3 526 RHS (17,5%) la comorbidité prise en charge par les équipes soignantes est mentionnée dans au moins cinq zones réservées aux Diagnostics Associés.

Parmi l'ensemble des Diagnostics Associés Significatifs, cinq d'entre eux représentent 17,0% des pathologies associées à la morbidité principale dont 8,8% pour l'Hypertension essentielle (primitive).

La répartition de ces cinq diagnostics est la suivante :

- I10 Hypertension essentielle (primitive) : 4352 RHS, soit 8,8% de l'ensemble des DAS,
- I48 Fibrillation et flutter auriculaires : 1489 RHS, soit 3,0%,
- Z966 Présence d'implants d'articulations orthopédiques : 960 RHS, soit 2,0%,
- Z501 Autres thérapies physiques : 859 RHS, soit 1,7%,
- F412 Trouble anxieux et dépressif mixte : 720 RHS, soit 1,5%.

Les Actes Médicaux les plus représentés

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

La présence d'au moins un acte médical classant dans le RHS classe celui-ci dans une Prise en Charge Clinique Très Lourde (PCTL) ou dans une Prise en Charge Clinique Lourde (PCL).

1 346 Actes Médicaux ont été réalisés au cours de l'année 2007.

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

- DEQP003 Electrocardiogramme sur 12 dérivations ou plus : 227 actes,
- GLLD017 Oxygénothérapie avec surveillance continue de l'oxymétrie, en dehors de la ventilation mécanique, par 24 heures : 218 actes,
- HSLD002 Alimentation entérale par sonde avec apport > 35 kilocalories kilogramme par jour : 164 actes,
- HSLD001 Alimentation entérale par sonde avec apport 20 à 35 kilocalories kilogramme par jour : 110 actes,
- ZBQK002 Radiographie thoracique : 70 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 1 170, soit 30,9% des séjours. Le délai moyen écoulé entre l'admission et la dernière date d'intervention chirurgicale est de 10,7 jours.

■ **Analyse par semaine d'hospitalisation**

La part des semaines d'hospitalisation de patients ayant au moins une intervention chirurgicale antérieure est de 29,3% de l'ensemble des semaines d'hospitalisation. Le délai moyen est de 29 jours. On relève un délai moyen minimum de 23,3 jours dans la Catégorie Majeure Clinique 14 Poursuites de Soins Médicaux Sensoriels et cutanés et un délai moyen maximum de 61,3 jours pour la Catégorie Majeure Clinique 30 Attente de placement.

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

L'activité de rééducation réadaptation

Analyse par séjour

L'activité de soins de rééducation ou réadaptation dispensée par les différents intervenants de Soins de Suite ou de Réadaptation a concerné 2 145 séjours, soit 56,6% de l'ensemble des séjours. 14 944 heures et 2 minutes de rééducation-réadaptation ont été réalisées, soit une moyenne de prise en charge de rééducation-réadaptation de 6 heures et 58 minutes par séjour*.

Analyse par semaine d'hospitalisation

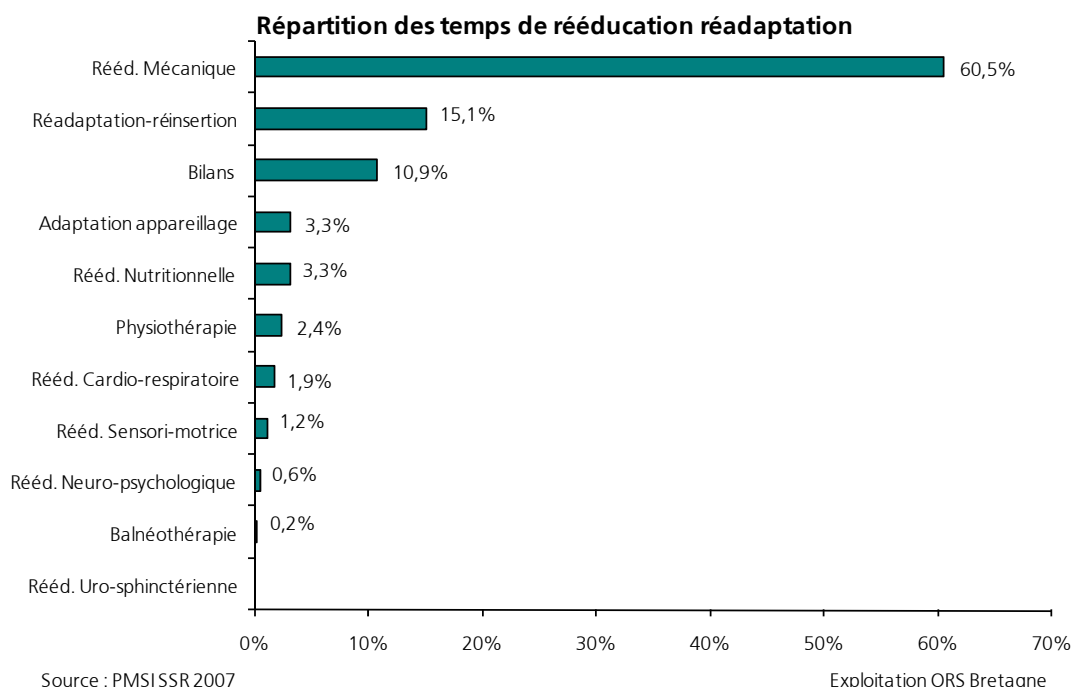
Le nombre d'activités différentes de rééducation-réadaptation pratiquées dans les établissements est en moyenne de 1,6 par semaine pour les patients bénéficiant de séances de rééducation. Le temps** moyen des soins dispensé par les thérapeutes aux malades nécessitant une rééducation ou une réadaptation est de 1 heure et 40 minutes par semaine et par personne (seul le temps passé en présence du patient est pris en compte).

■ Activité de rééducation collective

705 heures de rééducation collective ont été pratiquées dans les établissements.

■ Activités de rééducation-réadaptation individuelles

L'activité de rééducation individuelle la plus pratiquée dans les établissements est la rééducation mécanique. Le temps moyen hebdomadaire** de rééducation pour cette activité est de 58 minutes par patient.



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

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

Evolution de la rééducation réadaptation

■ Début de séjour*

Au cours de la première semaine de prise en charge en rééducation-réadaptation, 2 661 heures et 21 minutes de rééducation-réadaptation ont été dispensées pour 2 145 séjours, soit 1 heure et 14 minutes d'activité de rééducation-réadaptation par première semaine d'hospitalisation.

■ Fin de séjour*

Les mêmes séjours ont donné lieu à 2 656 heures et 21 minutes de soins en rééducation-réadaptation au cours des dernières semaines de prise en charge dans les établissements. Au cours de la dernière semaine de prise en charge en rééducation-réadaptation, le temps moyen hebdomadaire est de 1 heure et 14 minutes.

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

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

La dépendance

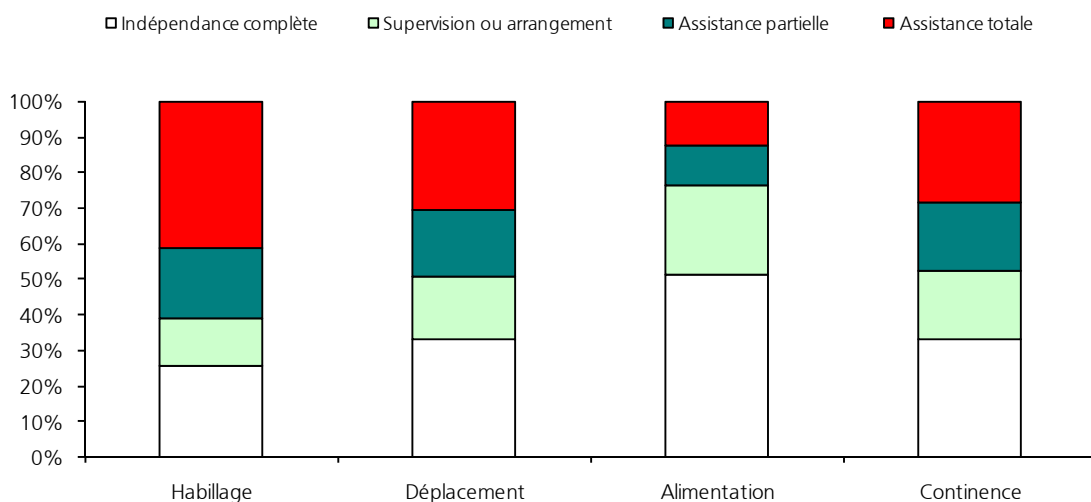
La dépendance des patients est appréciée par 6 événements de la vie quotidienne : l'habillage, le déplacement, l'alimentation, la continence, le comportement et la relation.

Pour chacun de ces événements, la mesure de la dépendance est caractérisée par quatre scores possibles selon l'importance de la charge en soins : 1 = Indépendance complète, 2 = Supervision ou arrangement, 3 = Assistance partielle, 4 = Assistance totale.

Analyse par semaine d'hospitalisation

■ Score : habillage, déplacement, alimentation et continence

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



Source : PMSISSR 2007

Exploitation ORS Bretagne

Le score moyen de ces quatre variables de dépendance physique par semaine d'hospitalisation est de 9,5 (sur une échelle allant de 4 à 16).

5 948 RHS sont classés en prise en charge lourde (score cumulé de dépendance supérieur à 12), soit 29,5% de l'ensemble des RHS.

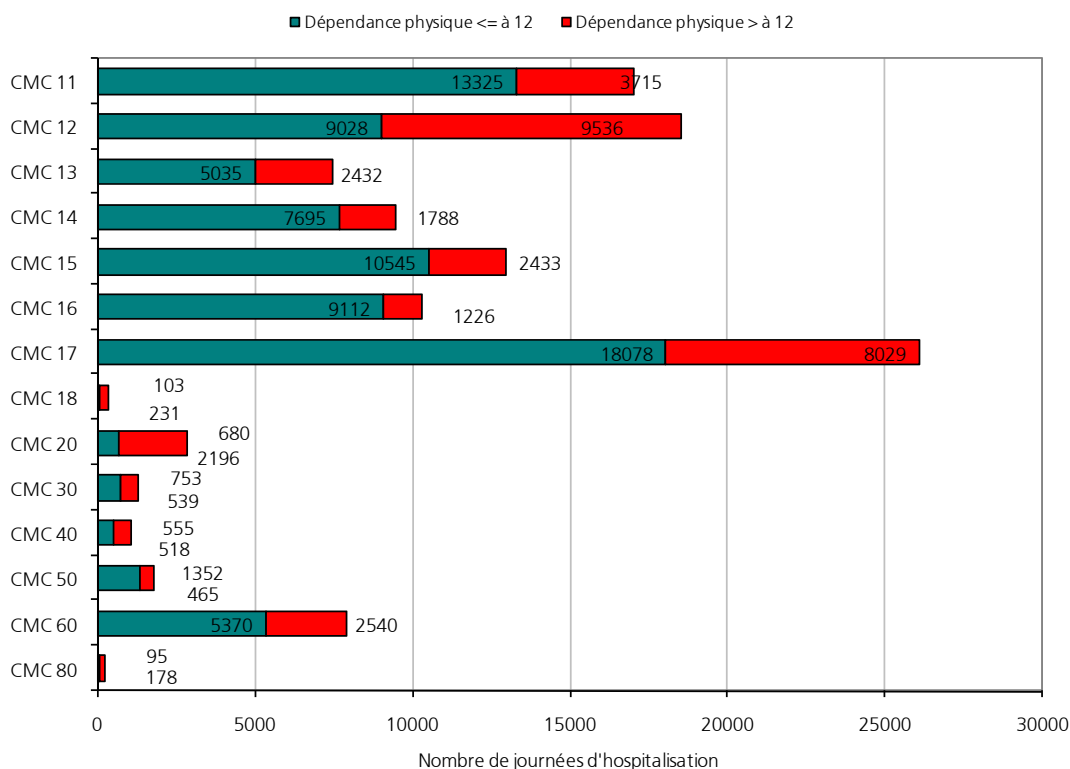
La moyenne des scores de ces personnes très dépendantes est de 14,8 par RHS.

16,7% 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

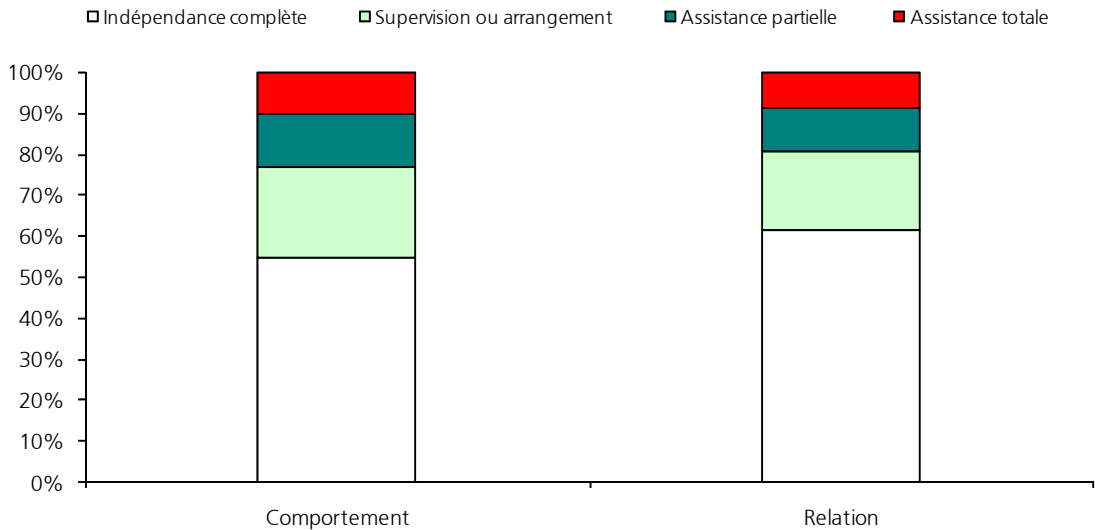


Source : PMSI SSR 2007

Exploitation ORS Bretagne

■ Score : comportement et relation

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



Source : PMSI SSR 2007

Exploitation ORS Bretagne

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

2 013 RHS sont classés en prise en charge lourde (score cumulé de dépendance supérieur à 6), soit 10% de l'ensemble des RHS.

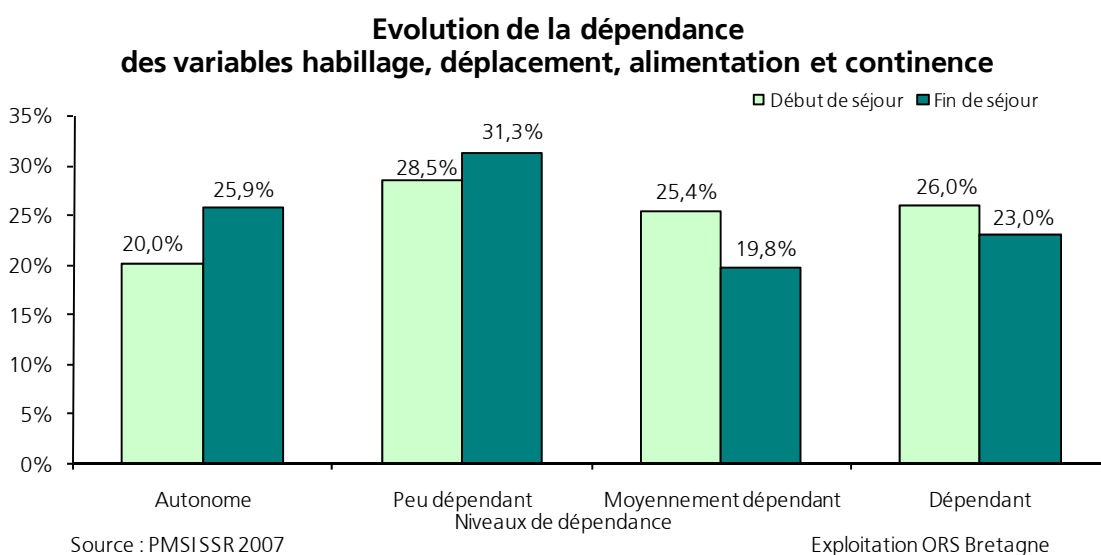
La moyenne des scores de ces personnes très dépendantes est de 7,8 par RHS.

52,2% 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



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

■ Début de séjour*

Sur les 3 791 séjours analysés, on relève en première semaine d'hospitalisation un score de dépendance total de 34 455, soit un score moyen de 9,1 qui correspond au profil de patients moyennement dépendants.

Le nombre de séjours ayant un score de dépendance supérieur à 12 au cours de la première semaine est de 986, soit 26% des séjours.

■ Fin de séjour*

Pour les mêmes séjours, on relève en dernière semaine un score de dépendance total de 32 260, soit un score moyen de 8,5 qui correspond au profil de patients moyennement dépendants. Le nombre de séjours ayant un score de dépendance supérieur à 12 au cours de la dernière semaine est de 871, soit 23% des séjours.

La part des séjours de patients autonomes (score de dépendance des quatre premières variables égal à 4) est passée de 20% en début de séjour à 25,9% en fin de séjour.

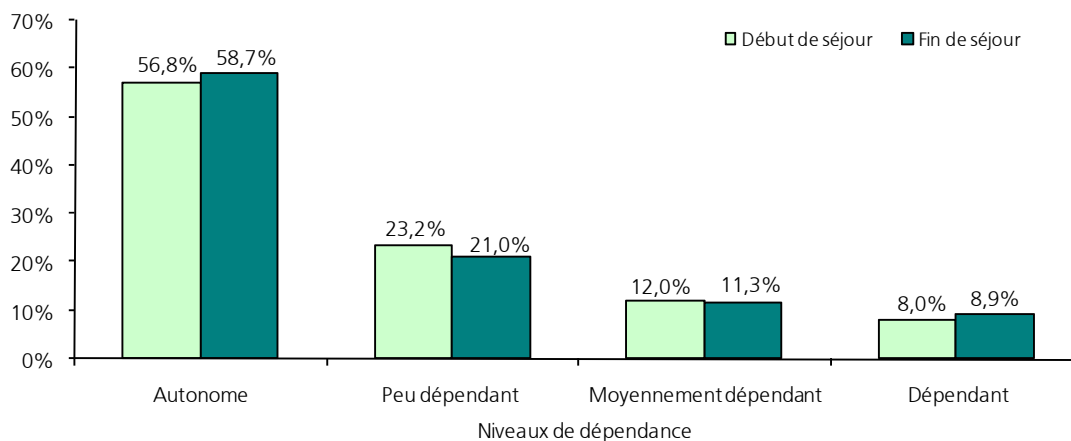
■ Au total

L'autonomie des patients pour ces quatre événements a été 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 2007

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 3 791 séjours analysés, on relève en première semaine d'hospitalisation un score de dépendance total de 12 367, soit un score moyen de 3,3 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 303, soit 8%.

■ *Fin de séjour**

Pour les mêmes séjours, on relève en dernière semaine un score de dépendance total de 12 371, soit un score moyen de 3,3 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 339, soit 8,9% des séjours.

Le nombre de séjours de patients autonomes (score de dépendance des deux dernières variables égal à 2) est passé de 2 154 en début de séjour à 2 227 en fin de séjour.

■ *Au total*

L'autonomie des patients pour ces deux évènements a peu évolué au cours des séjours dans les établissements.

Utilisation d'un fauteuil roulant

Pour 2 713 semaines d'hospitalisation, soit 13,4% 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 :

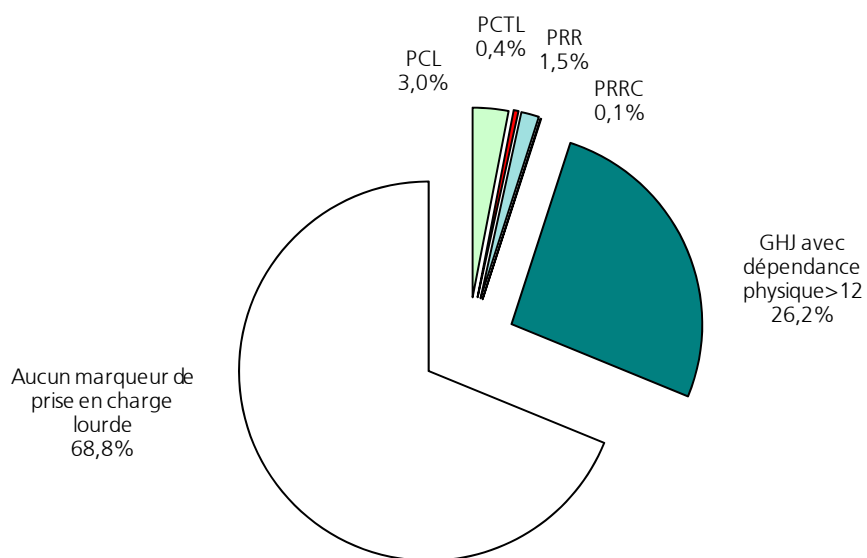
- soit un diagnostic et/ou un acte médical particulier, la semaine d'hospitalisation est alors classée en Prise en charge Clinique Lourde (PCL) ou en Prise en charge Clinique Très Lourde (PCTL),
- soit une prise en charge importante en temps et une diversité d'activités de rééducation-réadaptation, la 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 20 190 semaines d'hospitalisation traitées, on dénombre 6 296 semaines classées en prise en charge lourde, soit **31,2%** 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) : 613 semaines, soit 3%,
- Prise en charge Clinique Très Lourde (PCTL) : 81 semaines, soit 0,4%,
- Prise en charge de Rééducation Réadaptation (PRR) : 303 semaines, soit 1,5%,
- Prise en charge de Rééducation Réadaptation Complexe (PRRC) : 11 semaines, soit 0,1%,
- GHJ avec dépendance supérieure à 12* pour les variables habillage, déplacement, continence et alimentation : 5288 semaines, soit 26,2%.

* 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.

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



Source PMSISSR 2007

Exploitation ORS Bretagne



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

Dans les services de Soins de Suite ou de Réadaptation, 1 105 séjours, soit 29,1% de l'ensemble des séjours, ont une durée de séjour supérieure ou égale à 30 jours.

Ces séjours représentent 8 776 semaines d'hospitalisation et 55 068 journées de soins dispensés, soit 55,6% de l'ensemble des journées réalisées.

La durée moyenne de séjour (DMS)** est de 49,8 jours.
L'âge moyen de ces patients est de 78,9 ans.

Les principales Catégories Majeures Cliniques (CMC) concernées sont :

- CMC 17 Poursuites de Soins Médicaux Post-Traumatiques : 2 515 semaines d'hospitalisation (28,7%),
- CMC 12 Poursuites de Soins Médicaux Neuro-Musculaires : 1 237 semaines d'hospitalisation (14,1%),
- CMC 11 Poursuites de Soins Médicaux Cardio-vasculaire/Respiratoires : 1 159 semaines d'hospitalisation (13,2%),
- CMC 15 Poursuites de Soins Médicaux Viscéraux : 794 semaines d'hospitalisation (9,0%),
- CMC 16 Poursuites de Soins Médicaux Rhumato/Orthopédiques : 738 semaines d'hospitalisation (8,4%).

* 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 2006 et 2007

■ Données générales

La comparaison porte sur le même nombre de lits en 2006 et 2007.

Le nombre total de RHS entre ces deux périodes a peu évolué : 19 936 RHS en 2006 et 20 190 RHS en 2007.

La durée moyenne de séjour* durant ces deux années a très légèrement augmenté : 25,6 jours en 2006 et 26,1 jours en 2007.

La moyenne d'âge des patients est passée de 79,3 ans en 2006 à 78,8 ans en 2007.

■ 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 pour plus des $\frac{3}{4}$, des entrées par transfert. Les $\frac{3}{4}$ des sorties sont des retours au domicile.

■ Morbidité

Les principales catégories majeures cliniques se résument ainsi :

Catégories Majeures Cliniques	Année 2006	Année 2007
CMC 17 Poursuites de Soins Médicaux Post-Traumatiques	20,8%	21,5%
CMC 12 Poursuites de Soins Médicaux Neuro-Musculaires	14,9%	15,4%
CMC 11 Poursuites de Soins Médicaux Cardio-vasculaires/Respiratoires	15,4%	14,9%
CMC 15 Poursuites de Soins Médicaux Viscéraux	10,4%	11,4%
CMC 16 Poursuites de Soins Médicaux Rhumato/Orthopédiques	8,2%	8,8%

Source : PMSI SSR 2007

Exploitation ORS Bretagne

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

Le nombre de Diagnostics Associés Significatifs est passé de 2,3 en 2006 à 2,4 en 2007.

Le nombre d'actes médicaux est passé de 1 065 en 2006 à 1 346 en 2007.

La part des semaines d'hospitalisation classées en prise en charge lourde a légèrement diminué et est passée de 32,3% à 31,2% de l'ensemble des semaines d'hospitalisation.

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