

NUMÉRO 4 DE LA LSIM-SSR

ÉDITORIAL

Les établissements et services SSR déclarent une couverture du champ de 88 % au 1er septembre 1998 du recueil PMSI¹. Cela atteste du dynamisme avec lequel la majorité des établissements se sont engagés dans ce recueil, malgré les contraintes d'organisation face à l'obligation nouvelle qui leur incombe. Je tiens à remercier tous les professionnels concernés des efforts déployés pour la réussite de ce recueil de données, opération essentielle à la bonne reconnaissance de leur activité.

Pour la première fois en 1999, les établissements de santé financés par dotation globale vont donc être en situation de transmettre aux agences régionales de l'hospitalisation (ARH) une information médicalisée standardisée sur leur activité de soins de suite ou de réadaptation (SSR). Environ 1200 établissements de santé sont concernés par cette mesure. Cette première transmission portera sur le deuxième semestre 1998, basée sur le recueil systématique et le traitement automatisé de résumés hebdomadaires standardisés (RHS), conformément à l'arrêté du 29 juillet 1998².

Fournissant un éclairage nouveau sur l'activité des établissements et services SSR et le profil des patients qu'ils prennent en charge, l'information du PMSI pourra, dès 1999, être utilement exploitée par les ARH, dans le cadre de leur mission d'organisation de l'offre de soins, en dépit de l'absence, dans un premier temps, d'éléments émanant des établissements privés conventionnés.

Je sais que la tâche a été lourde mais l'exploitation des premières données collectées permettra de faire évoluer ce nouveau système d'information. Du temps doit en effet être laissé à la production d'une information de qualité et à l'ajustement des consignes et des différents outils liés à ce dispositif. Ce n'est que lorsqu'une échelle de pondération économique (en "points ISA") des groupes homogènes de journées (GHJ) aura été définie que les ARH pourront également utiliser l'information PMSI pour moduler les bases budgétaires des établissements.

¹ Au cours de l'été 1998, un questionnaire a été adressé par les référents PMSI-SSR des DRASS aux établissements concernés par le recueil des RHS afin d'évaluer leur montée en charge et leur organisation.

² L'arrêté du 29 juillet 1998 relatif au recueil, au traitement et à la transmission aux ARH des données d'activité médicale sur le secteur SSR, dans les établissements financés par dotation globale, est paru au Bulletin officiel du 26 août 1998.

L'objet de ce quatrième numéro de la *Lettre des Systèmes d'Information Medicalisés - SSR* est de présenter les différents angles d'analyse retenus pour appréhender l'activité en soins de suite ou réadaptation dans la première version du logiciel "MAHOS-SSR". Cet outil sera diffusé aux DRASS, pour le compte des ARH, à la fin du premier semestre 1999. Une fois les données traitées par ce logiciel, une restitution d'information sera organisée au bénéfice de chaque établissement, sous la forme d'un ensemble de tableaux, dont le contenu est pour l'essentiel présenté ci-après.

La première version du logiciel "MAHOS-SSR"

La première version de l'outil MAHOS-SSR³, qui sera progressivement enrichi, est actuellement constituée d'une dizaine de tableaux.

Les tableaux présentés ici résultent d'un travail de spécification mené avec les membres du Comité technique PMSI-SSR. Leur contenu ne sera définitivement arrêté qu'après avoir été testé au printemps 1999. Ils seront alors consultables sur le site Internet conjoint de la Mission PMSI, du CTIP et du PERNNS (www.le-pmsi.fr). Aussi, les équipes du terrain et les différents partenaires sont invités à adresser à la Mission PMSI leurs éventuelles remarques et suggestions concernant ces tableaux.

Montée en charge du recueil PMSI-SSR - Variation saisonnière de l'activité SSR (tableau 1)

La comptabilisation des Résumés Hebdomadaires Anonymes (RHA), transmis par semestres successifs, fournit deux types d'information :

- . une information sur la montée en charge du recueil PMSI-SSR,
- . et une information sur les variations de l'activité SSR, qui peuvent, ou non, revêtir un caractère saisonnier.

La variation du nombre de RHA transmis d'un semestre à l'autre résulte de la combinaison de ces deux facteurs, qui doivent être dissociés. Pour ce faire, les données d'un semestre sont comparées à celles du semestre précédent ainsi qu'à celles du même semestre de l'année précédente. Le pointage, semaine par semaine, du nombre de RHA transmis, permet d'être attentif au nombre éventuellement différent de semaines d'un semestre à l'autre.

La qualité de l'information transmise est appréhendée à travers la proportion de RHA non groupés, en raison d'une erreur bloquante, et la répartition des RHA comportant des erreurs (bloquantes et non bloquantes) selon le type d'erreur (faire valider par Max).

Dans le cadre de la première transmission de RHA, émanant du second semestre 1998, les informations relatives au semestre précédent pourront éventuellement être fournies, tandis que la rubrique relative au 2ème semestre de l'année n-1 (1997) sera sans objet.

Éventail des cas traités (tableaux 2 et 2 bis)

Le "case-mix", ou éventail des cas traités par un établissement ou un service SSR, au cours d'un semestre, est analysé à travers la fréquence des RHA dans chaque Catégorie Majeure Clinique (CMC) et chaque Groupe Homogène de Journées (GHJ)⁴. Cette information est détaillée par type d'activité, le case-mix pouvant différer selon le mode de prise en charge des patients.

Le nombre de journées de présence du patient par semaine (et donc par RHA) pouvant varier, notamment entre l'hospitalisation complète et "l'hospitalisation partielle", un tableau similaire fournit la même information à travers la fréquence des journées de présence des patients. Ce deuxième type de tableau fournit une image plus précise de l'activité de l'établissement,

³ Dans le cadre du système d'information PMSI en court séjour, un logiciel "MAHOS" (Mesure de l'Activité Hospitalière) est mis à la disposition des services déconcentrés de l'État depuis 1995.

⁴ Chaque Résumé Hebdomadaire Standardisé (RHS) est classé, en fonction des informations qu'il contient, dans l'une des 14 Catégories Majeures Cliniques (CMC) et dans l'un des 278 Groupes Homogènes de Journées (GHJ) de la 1ère version de la classification médico-économique PMSI-SSR, parue au bulletin officiel n°97/8 bis.

notamment en termes de volume.

Sur 16 tableaux relatifs au case-mix, seuls 2 sont présentés ici, à titre d'illustration. Dans chacun de ces tableaux, outre l'effectif et le pourcentage de RHA (ou de journées) par CMC (ou GHJ), sont présentés l'âge moyen et le rapport de masculinité des patients ainsi que des indicateurs de l'incidence et de l'ancienneté moyenne d'une intervention chirurgicale.

Concentration de l'activité (tableaux 3 et 3 bis)

Le tableau 3 permet d'apprécier la concentration de l'activité SSR d'un établissement. Certains établissements présentent en effet une activité diversifiée orientée par exemple sur la rééducation polyvalente de patients de tous âges, alors que d'autres sont spécialisés dans la prise en charge de pathologies particulières rencontrées chez certaines tranches d'âges de la population, comme par exemple les troubles nutritionnels de jeunes adultes.

La présentation, dans le tableau 3 bis, par Catégorie Majeure Clinique, des cinq Groupes Homogènes de Journées et des cinq diagnostics les plus fréquents en "Manifestation morbide principale de prise en charge" permet d'obtenir une vision synthétique des principaux problèmes fonctionnels ou organiques les plus couramment pris en charge par l'établissement. Cette liste est également déclinée par type d'activité (seul le tableau relatif aux types d'activité tous confondus est présenté ici).

Déroulement des prises en charge (tableaux 4 et 4 bis)

Comme en court séjour, le recueil d'information standard PMSI en soins de suite ou de réadaptation permet une analyse transversale de l'activité hospitalière. En SSR, le recueil, procédant par résumés hebdomadaires et non par résumés de sortie, permet, en sus, une analyse longitudinale de l'évolution de la prise en charge des patients au cours de leur séjour. La durée d'un séjour en SSR étant assez longue (de l'ordre de 35 jours en moyenne), l'état du patient et le type de prise en charge dont il bénéficie évoluent entre l'admission et la sortie de celui-ci.

Le "parcours" d'un patient au cours d'une hospitalisation à travers éventuellement plusieurs Groupes Homogènes de Journées, voire plusieurs Catégories Majeures Cliniques, peut être intéressant du point de vue de son suivi clinique. Du point de vue de l'analyse de l'activité d'un établissement, cet élément peut également apporter un éclairage sur le degré de stabilité de l'état des patients et de leur prise en charge.

L'arrêté PMSI-SSR du 29 juillet 1998 stipule, dans l'article 6.-1, que les établissements de santé doivent transmettre à la DRASS, des fichiers de RHA et de Suites Semestrielles de RHA (SSRHA), pour chaque période semestrielle. De ce fait, ces fichiers peuvent comporter des séjours incomplets, car commencés antérieurement au semestre transmis et/ou non achevés pendant la période (voir graphique ci-contre). Le tableau 4 fournit en particulier la répartition de ces différents types de SSRHA.

Le tableau 4 bis ne concerne que les SSRHA correspondant aux séjours entiers du semestre étudié.

Caractéristiques socio-démographiques des patients (tableau 5)

Le tableau 5 présente le rapport de masculinité, la répartition par classe d'âges, l'âge moyen et l'âge médian des patients. Ces indicateurs sont calculés sur les Suites Semestrielles de RHA, et non sur les RHA. Dans l'image de cette file active, un même patient n'est comptabilisé qu'une seule fois, dès lors que, pendant le semestre observé, il n'est enregistré qu'au titre d'un seul séjour

dans l'établissement.

Ce tableau présente également la part des "(séjours-)patients" provenant d'une autre région. Un tableau 5 bis, non présenté ici, fournit la répartition des "séjours-patients" par département de résidence et par type d'activité.

Filières de soins (tableau 6)

Ce tableau étudie la provenance et la destination des patients. Les éventuelles mutations internes au sein des unités médicales SRR de la structure n'y sont pas comptabilisées. Une proportion élevée de transferts vers des unités de SSR d'autres structures témoigne d'autant de séjours dont l'établissement n'a pas assuré la prise en charge complète.

Journées de prises en charge particulières (tableau 7)

Ce tableau a pour objectif de présenter un certain nombre de prises en charge particulières, qui peuvent être transversales, c'est à dire concerner plusieurs Catégories Majeures Cliniques ainsi que plusieurs Groupes Homogènes de Journées. Il rend compte des prises en charge quel que soit leur groupage. Ainsi, la comptabilisation de ces journées n'est pas exclusive, certaines pouvant cumuler plusieurs caractéristiques (par exemple, relever de la CMC Soins palliatifs, dans un GHJ de Prise en charge Clinique Très Lourde avec un score de dépendance physique supérieur à 12). Il est à noter que les RHA et les Suites Semestrielles de RHA comportent la mention de l'utilisation d'un fauteuil roulant, contrairement à ce que dispose, par erreur, l'arrêté PMSI-SSR du 29 juillet 1998 (dans l'article 5. - I. -).

Activités de rééducation-réadaptation (tableaux 8, 8bis et 8ter)

Ces tableaux ont pour objet de rendre compte des activités de rééducation-réadaptation dont bénéficient les patients pris en charge en SSR, au delà de la simple affectation dans les groupes de "Prises en Charge de Rééducation-Réadaptation Complexes" (PRRC) et de "Prises en Charge de Rééducation-Réadaptation" (PRR) de la classification des GHJ. Il s'agit, en particulier, de décrire la totalité des activités de rééducation-réadaptation réalisées, y compris celles non prises en compte par l'algorithme de groupage, comme les activités de bilans, de physiothérapie et de balnéothérapie. Il s'agit également d'approcher le "temps-intervenant" moyen de rééducation-réadaptation dont bénéficient les patients en distinguant les prises en charge individuelles et les prises en charge collectives. Il s'agit enfin d'appréhender finement, par type d'activité et également par CMC, le type de rééducation-réadaptation individuelle dont bénéficient les patients (rééducation mécanique, rééducation sensori-motrice ... réadaptation-réinsertion etc...).

Éléments de calendrier sur les prochaines opérations PMSI-SSR

Diffusion de GENRHA aux établissements

À l'issue du test réalisé en novembre-décembre 1998, il est apparu que la diffusion sous DOS du logiciel "GENRHA" d'anonymisation des RHS risquait de poser des problèmes d'installation, compte tenu du faible niveau d'environnement informatique ou DIM d'un bon nombre des établissements SSR.

Contrairement à ce qui s'est fait lors de la mise en place de TS2R, une assistance régionale n'est pas en effet prévue pour l'utilisation de GENRHA. Pour pallier ces problèmes, le CTIP a simplifié la procédure d'installation de GENRHA en la développant **sous windows**.

En conséquence, la diffusion de GENRHA aux établissements, initialement prévue fin janvier, a été reportée à la mi-mars 1999. Cette diffusion comportera également la mise à jour du logiciel TS2R diffusé en 1998, qui comportait quelques "bugs"⁵, en particulier au niveau de la fonction groupage.

Retraitements comptables du compte administratif anticipé de l'exercice 1998

Le champ des établissements concernés par la transmission aux ARH, en 1999, des retraitements comptables est identique à celui des années précédentes. Sont concernés uniquement les établissements de santé sous dotation globale présentant plus de 100 lits de court séjour. Dans le cadre de ces retraitements, les établissements devront désormais identifier les éventuelles dépenses engagées au titre de l'activité SSR.

Le **guide des retraitements comptables a également été adressé, courant février 1999, aux établissements sous dotation globale présentant une activité SSR, sans court séjour ou ayant moins de 100 lits de court séjour.** Mais cet envoi a pour objectif de les familiariser à cette procédure, nouvelle pour eux. En 1999, ceux-ci ne seront pas obligés de transmettre aux ARH, leurs retraitements comptables.

Transmission aux DRASS des fichiers de RHA et de SSRHA avant le 23 avril

Les établissements devront transmettre à la DRASS, pour le compte des ARH, le 23 avril au plus tard, leurs fichiers de RHA et de SSRHA du second semestre 1998. Des consignes relatives aux modalités de cette transmission seront fournies aux établissements à l'occasion de l'envoi du logiciel GENRHA.

Diffusion du logiciel MAHOS-SSR aux DRASS, pour le compte des ARH, fin juin

La première version du logiciel MAHOS-SSR sera diffusée aux DRASS fin juin. Les modalités et délais de transmission des fichiers régionaux de RHA et de Suites Semestrielles de RHA à

⁵ Les "bugs" de la fonction groupage des RHS et du logiciel TS2R ont été présentés dans le numéro 2 de la *LSIM-SSR* de juillet 1998.

l'administration centrale seront discutées avec les membres du Comité Technique PMSI-SSR, avant d'être arrêtées.

Ce logiciel sera présenté aux responsables des systèmes d'information des ARH, aux référents PMSI-SSR des DRASS ainsi qu'aux représentants (administratifs et médicaux) des CRAM, au cours d'une réunion prévue le 25 juin prochain.

Guide assurance qualité de l'information du RHS publié au Bulletin Officiel en septembre 1999

Ce guide a pour objectif de fournir aux établissements une grille d'analyse de leur système d'information, du point de vue de la production de RHS. Il comportera des recommandations en matière d'organisation du circuit de l'information et des contrôles d'exhaustivité et de qualité, tout en respectant les modes particuliers d'organisation des établissements ainsi que leurs choix informatiques. Il définira également une grille synthétique de contrôles externes de la production des RHS.

Après avoir fait l'objet d'une consultation élargie auprès d'un certain nombre d'experts du terrain, ce guide, élaboré avec les membres du Comité technique, sera publié au Bulletin Officiel en septembre 1999.

Additif au guide de production des RHS publié au Bulletin Officiel en septembre 1999

Cet additif au guide de production des RHS publié au Bulletin Officiel en 1997 (BO n° 97/5 bis), a pour objectif de compléter les consignes de remplissage des RHS, en fonction des difficultés rencontrées par les établissements et signalées à la Mission PMSI. Un certain nombre de ces consignes ont déjà été publiées dans la circulaire DH/PMSI/97 n°251 du 3 avril 1998 ainsi que dans le troisième numéro de la LSIM-SSR de décembre 1998. Le contenu du RHS, en termes de variables à recueillir, ne comportera pas de modification.

Constitution d'une base nationale et publication de références

Une base nationale des RHA et des Suites Semestrielles de RHA sera constituée dès le second semestre 1999, à partir des données du second semestre 1998. Cette base permettra plusieurs types d'exploitation comme :

- . la publication de statistiques agrégées et de références nationales sur l'éventail des prises en charge et les caractéristiques des patients pris en charge en soins de suite ou de réadaptation,
- . des études pour construire l'échelle de pondération économique des GHJ : analyse de la représentativité des établissements participant à l'étude de coûts (voir ci-dessous), simulations de l'échelle de coûts sur le case-mix des établissements alimentant la base nationale etc...
- . des analyses permettant de faire évoluer la classification des GHJ, en étudiant par exemple la fréquence d'affectation des RHA dans les différents GHJ (dont quelques uns ont été générés totalement à dire d'experts), et leur degré de signification statistique.

Étude de coûts

Des travaux sont engagés en 1999 pour construire une échelle de pondération économique des GHJ (en "points ISA"). L'objectif est d'utiliser cette échelle comme instrument d'allocation budgétaire sur l'exercice 2001. Cette échelle sera élaborée à partir de plusieurs éléments émanant :

- . de la base de données, recueillies en 1994-1995, dans une centaine d'établissements afin d'élaborer la première version de la classification des GHJ,
- . de données médico-économiques plus récentes fournies par des établissements sélectionnés à cet effet,
- . ainsi que de la base nationale des RHA et des Suites Semestrielles de RHA.

Des informations plus précises concernant cette étude pourront être fournies par Emmanuel GOMEZ, de la Mission PMSI (au 01 40 56 43 89).

Deuxième version de la classification des GHJ appliquée sur l'année 2001

La deuxième version de la classification des GHJ pourrait être appliquée sur l'année 2001 afin de prendre en compte :

- . l'analyse de la base nationale constituée à partir des remontées au niveau national des fichiers de RHA et de SSRHA,
- . les résultats de l'expérimentation dans le secteur des établissements privés conventionnés,
- . les résultats des travaux de construction de l'échelle de coûts.

Les travaux de révision de la classification des GHJ ainsi que du Catalogue des Activités de Rééducation-Réadaptation (CdARR) seront réalisés par le PERNNS (Pôle d'Expertise et de Référence National des Nomenclatures de Santé), qui est chargé d'assurer l'évolution et la maintenance des outils PMSI.

Modalités de publication de l'acte réglementaire (demande d'avis CNIL)

Chaque établissement de santé financé par dotation globale et concerné par le recueil PMSI-SSR doit soumettre à l'avis préalable de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) la création de fichiers et le traitement des données du RHS. *La Lettre des systèmes d'information médicalisés SSR n° 2* (parue en juillet dernier) proposait aux établissements, afin de faciliter leur démarche, un modèle de demande d'avis à la CNIL.

Un avis favorable de la CNIL est adressé aux établissements ayant réalisé leur demande en bonne et due forme. Cet avis précise que la mise en oeuvre du traitement est subordonnée à la publication de l'acte réglementaire portant création de celui-ci. **La publication de cet acte réglementaire peut être réalisée par les établissements de santé dans un journal d'annonces légales ou dans un journal local.**

Brèves

Nouveaux membres du Comité Technique PMSI-SSR

Le Comité Technique PMSI-SSR comporte, depuis janvier 1999, trois nouveaux membres :

- . **Monsieur le Docteur BEAUDE**, médecin chef au DIM du Centre Hospitalier de Bagnols sur Cèze,
- . **Madame CHARRÉ**, directeur d'hôpital, du bureau EO 4 à la Direction des Hôpitaux,
- . et **Monsieur le Docteur CRÉPIN-LEBLOND**, médecin chef au DIM du Centre de réadaptation de Mulhouse, désigné par la FEHAP, **en remplacement du Docteur TRAYNARD**, qui a quitté ses fonctions au Centre de l'Argentière.

Formations

Les **coordonnées du Département de formation, informatique et PMSI du Syndicat Interhospitalier Régional d'Ile de France**, présentées dans le numéro 3 de décembre 1998 de la LSIM-SSR, sont erronées. Les coordonnées de cet organisme de formation sont les suivantes : téléphone : 01 43 13 18 40, télécopie : 01 43 13 18 41.

L'Association pour l'information scientifique et technique en rééducation (ALISTER), présidée par le Docteur SENGLER, médecin chef du service de médecine physique et réadaptation au Centre Hospitalier de Mulhouse, propose également un module de formation PMSI-SSR. Ce module est réalisé sur place en formation INTER ou également, à la demande des établissements, en formation INTRA. Le formateur est le Docteur MORINEAUX, membre de l'Équipe Projet PMSI-SSR (*téléphone : 03 89 64 60 76, télécopie : 03 89 44 12 05*).

Référent PMSI-SSR à la Mission PMSI de la Direction des Hôpitaux

Appelée à d'autres fonctions au sein de la DH, **Évelyne BELLIARD** a quitté à la mi-février la Mission PMSI. Son remplacement sera assuré, à partir du 1er avril, par le **Docteur Pierre MÉTRAL**, médecin DIM au CHU de Dijon, et membre de l'Équipe Projet PMSI-SSR.

Dans l'intervalle, les demandes d'information à la Mission PMSI concernant le dossier SSR doivent être transmises de préférence par télécopie (au 01 40 56 50 37).

Des messages pourront toutefois être déposés sur la boîte vocale d'Evelyne BELLIARD, qui conserve son numéro de poste (au 01 40 56 52 91).

Ce quatrième et dernier numéro de la LSIM-SSR a été réalisé par **Évelyne BELLIARD** de la mission PMSI, avec la participation des membres du Comité technique.

**Tableau 1 : Montée en charge du recueil PMSI-SSR :
exhaustivité et qualité de l'information,
Variation saisonnière de l'activité**

	Semestre observé		Semestre précédent		Semestre année n-1		
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	Variation (**) en	
						Effectif	%
- RHA transmis - RHA transmis hors "erreurs" dont : . RHA : 1ère semaine du semestre . RHA : 2ème semaine du semestre . RHA : 3ème semaine du semestre RHA : 27ème semaine du semestre - SSRHA produites dont SSRHA correspondant à des séjours entiers		(*)		(*)			
- Répartition des RHA "erreurs" par code erreur <i>(par exemples : erreur 36 : mode de sortie erroné, erreur 40 : code postal absent etc...)</i>							

(*) Pourcentage calculé par rapport au total des RHA transmis hors erreurs

(**) Variation calculée par rapport au semestre observé

Tableau 2 : Éventail des cas traités (case-mix) :

comptabilisation des RHA par CMC

tous types d'activité confondus

Numéro de CMC	Libellé de Catégorie Majeure Clinique	Effectif	%	Âge moyen	Rapport de masculinité	Intervention chirurgicale (*)	
						%	Délai post-chirurgical
	<ul style="list-style-type: none"> - Classement des CMC par n° d'ordre dans le manuel de la classification - Listage uniquement des CMC présentes - Total toutes CMC confondues 						

(*) : Deux indicateurs sont calculés ici :

- . le pourcentage de RHA caractérisés par une intervention chirurgicale antérieure à la date du lundi de la semaine correspondant à chacun des RHA
- . pour ces RHA, le délai moyen (en journées) séparant l'intervention chirurgicale du lundi de la semaine

Tableau 2 bis : Éventail des cas traités (case-mix) :
comptabilisation des journées de présence par GHJ
hospitalisation complète (et de semaine)

Numéro de GHJ	Libellé de Groupe Homogène de Journées	Effectif	%	Âge moyen	Rapport de masculinité	Intervention chirurgicale (*)	
						%	Délai post-chirurgical
	<ul style="list-style-type: none"> - Classement des GHJ par n° d'ordre dans le manuel de la classification - Listage uniquement des GHJ présents - Total tous GHJ confondus 						

(*) : Deux indicateurs sont calculés ici :

- . le pourcentage de RHA caractérisés par une intervention chirurgicale antérieure à la date du lundi de la semaine correspondant à chacun des RHA
- . pour ces RHA, le délai moyen (en journées) séparant l'intervention chirurgicale du lundi de la semaine

Tableau 3 : Concentration de l'activité

	TYPES D'ACTIVITÉ			
	Ensemble	Hospit. complète (et de semaine)	Hospit. de jour et de nuit	Traitements et cures ambulatoires
<ul style="list-style-type: none"> - Nombre total de CMC différentes - Nombre total de GHJ différents - Pourcentage de GHJ différents * - Nombre minimum de GHJ représentant 80 % des journées de présence - Nombre minimum de GHJ représentant 50 % des journées de présence - Nombre moyen de diagnostics associés significatifs par RHA 				

(*) Nombre de GHJ différents rapportés aux 278 GHJ de la classification PMSI-SSR

Tableau 3 bis : Concentration de l'activité :
tous types d'activité confondus

	CODE *	LIBELLÉ *	Fréquence **	
			Effectif	%
Par CMC : - Liste des 5 GHJ les plus fréquents				
Par CMC : - Liste des 5 diagnostics les plus fréquents en Manifestation morbide principale				

(*) Code et libellé : du GHJ dans la classification des GHJ ; du diagnostic dans la Classification Internationale des Maladies (CIM-10)

(**) Fréquence calculée en termes de journées de présence

**Tableau 4 bis : Déroulement des prises en charge :
SSRHA entièrement déroulées au cours du semestre**

	TYPES D'ACTIVITÉ			
	Ensemble	Hospit. complète (et de semaine)	Hospit. de jour et de nuit	Traitements et cures ambulatoires
- Nombre de journées de présence				
- Nombre moyen de GHJ par SSRHA				
- Durée moyenne de séjour (calculée sur les journées de présence)				
- Nombre moyen d'unités médicales fréquentées				

Tableau 5 : Caractéristiques socio-démographiques des patients
Indicateurs calculés sur les SSRHA

	TYPES D'ACTIVITÉ							
	Ensemble		Hospit. complète (et de semaine)		Hospit. de jour et de nuit		Traitements et cures ambulatoires	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Patients hors région								
Répartition par classe d'âges :								
. 0 - 2 ans								
. 3 - 4 ans								
. 5 - 9 ans								
. 10 - 12 ans								
. 13 - 14 ans								
. 15 - 19 ans								
. 20 - 24 ans								
. 25 - 34 ans								
. 35 - 49 ans								
. 50 - 59 ans								
. 60 - 69 ans								
. 70 - 79 ans								
. 80 - 84 ans								
. 85 - 89 ans								
. 90 - 94 ans								
. 95 - 99 ans								
. 100 ans et plus								
- Rapport de masculinité (*)								
- Âge moyen								
- Âge médian								
- Moins de 16 ans								

(*) Nombre d'hommes pour 100 femmes

Tableau n° 7 : Journées de prises en charge particulières

	TYPES D'ACTIVITÉ							
	Ensemble		Hospit. complète (et de semaine)		Hospit. de jour et de nuit		Traitements et cures ambulatoires	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<ul style="list-style-type: none"> - Soins palliatifs - Score de dépendance physique supérieur à 12 (*) - Prises en charge cliniques très lourdes (PCTL) - Prises en charge de rééducation-réadaptation complexes (PRRC) - Prises en charge cliniques lourdes (PCL) - Prises en charge de rééducation-réadaptation (PRR) - Prises en charge d'événement aigu (**) . dont RHA affectés à la CMC Gériatrie aiguë - Attente de placement - Patients en fauteuil roulant - Score de dépendance comportementale et relationnelle supérieur à 6 (*) - Prises en charge de patients dont l'âge est inférieur à 16 ans 								

(*) : Comptabiliser tous les RHA, quel que soit leur groupage

(**) : Comptabiliser tous les RHA présentant un ZAIGU en Finalité Principale de Prise en charge, y compris ceux non affectés à la CMC Gériatrie aiguë

Tableau 8 bis : **Répartition des activités de rééducation-réadaptation individuelle**

Toutes CMC et tous RHA confondus

	TYPES D'ACTIVITÉ			
	Ensemble	Hospit. complète (et de semaine)	Hospit. de jour et de nuit	Traitements et cures ambulatoires
	% de temps intervenant	% de temps intervenant	% de temps intervenant	% de temps intervenant
<ul style="list-style-type: none"> - Rééducation mécanique - Rééducation sensori-motrice - Rééducation neuro-psychologique - Rééducation respiratoire et cardio-vasculaire - Rééducation nutritionnelle - Rééducation sphinctérienne et urologique - Réadaptation-réinsertion - Adaptation d'appareillage - Bilans - Physiothérapie - Balnéothérapie 				

Tableau 8 ter : Répartition des activités de rééducation-réadaptation individuelle

Tous types d'activité et tous RHA confondus

	CMC la plus fréquente :	2ème CMC la plus fréquente :	3ème CMC la plus fréquente :	... Nième CMC :
	% de temps intervenant	% de temps intervenant	% de temps intervenant	% de temps intervenant
<ul style="list-style-type: none"> - Rééducation mécanique - Rééducation sensori-motrice - Rééducation neuro-psychologique - Rééducation respiratoire et cardio-vasculaire - Rééducation nutritionnelle - Rééducation sphinctérienne et urologique - Réadaptation-réinsertion - Adaptation d'appareillage - Bilans - Physiothérapie - Balnéothérapie 				