

La morbidité hospitalière en court séjour : définitions et méthodes

Mise-à-jour : mars 2022

Les cubes de morbidité hospitalière de ce site présentent l'ensemble des hospitalisations de court séjour ventilées selon les motifs d'hospitalisation (le « diagnostic principal ») de chaque séjour. Ils présentent l'activité hospitalière, c'est-à-dire les séjours hospitaliers au cours d'une année donnée, sachant qu'un patient peut avoir plusieurs hospitalisations dans une même année, pour un ou plusieurs motifs.

Au-delà de la description des motifs de recours aux soins hospitaliers, les données de morbidité hospitalière sont souvent utiles pour décrire l'état de santé de la population en particulier pour les pathologies graves nécessitant une prise en charge hospitalière, telles les fractures du col du fémur, les infarctus du myocarde, les accidents vasculaires cérébraux, les cancers, les urgences chirurgicales...

1 - Présentation de la source de données : le PMSI

Le programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) est un système de mesure de l'activité hospitalière en termes médico-économiques qui recouvre quatre champs d'activité hospitalière : le PMSI MCO (Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie) qui recueille l'activité de court séjour présentée sur ce site, le PMSI SSR pour les « soins de suite et réadaptation », le RIM-P pour l'activité psychiatrique et le PMSI HAD pour l'hospitalisation à domicile. Chaque séjour dans un établissement de santé donne lieu à l'enregistrement d'un résumé de séjour standardisé et anonymisé, qui repose sur la collecte d'un nombre restreint d'informations administratives et médicales recueillies selon les règles définies par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) pour chaque champ d'activité hospitalière.

Les informations des résumés de séjour sont codées selon des nomenclatures et des classifications standardisées. Les données ainsi collectées font ensuite l'objet d'un classement en un nombre volontairement limité de groupes de séjours présentant une similitude médicale et un coût voisin permettant la valorisation de l'activité des établissements de santé.

2 - Les pathologies et leur codification dans le PMSI MCO

Les données agrégées présentées ici concernent les séjours effectués dans les unités de soins de courte durée en médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique et odontologie (MCO) des établissements de santé publics et privés.

Chaque résumé d'hospitalisation du PMSI MCO comprend un diagnostic principal, qui permet l'analyse des motifs des recours hospitaliers, éventuellement complété de diagnostics associés en cas de pathologies associées. Tous ces diagnostics sont codés selon la Classification Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) - 10ème révision (CIM-10), dans sa version à usage PMSI, disponible sur le site internet de l'ATIH.

Les cubes de morbidité hospitalière reposent sur l'exploitation du diagnostic principal dont la définition a toutefois évolué au cours du temps :

- entre 1998 et 2008, le diagnostic principal était défini comme étant le problème de santé qui avait mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant durant le séjour du patient.

- Depuis 2009, il est défini comme étant le problème de santé qui a motivé l'admission du patient dans l'établissement de santé, déterminé à la sortie de celui-ci, en connaissance de l'ensemble des informations relatives au séjour.

Les données de morbidité hospitalière sont structurées par deux listes de maladies détaillées sur le site :

- La première liste de motifs de recours correspond aux chapitres de la CIM-10 :
 - Les chapitres I à XVII ont trait à des maladies et autres entités morbides (maladies infectieuses et parasitaires, tumeurs....) et le chapitre XIX aux « lésions traumatiques, empoisonnements et autres conséquences de causes externes ».
 - Le chapitre XVIII couvre les recours pour symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire non classés ailleurs.
 - Le chapitre XXI « Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » permet d'expliquer les recours de personnes qui ne sont pas malades (examens de dépistage en cas d'antécédents familiaux de maladies, mise en observation, recours pour raison économique ou sociale, par exemple) ou les circonstances dans lesquelles le malade reçoit des soins ponctuels à ce moment donné (par exemple soins ou surveillance après traitement médical ou chirurgical).

Note : le chapitre XX qui décrit les « Causes externes de morbidité et de mortalité » n'est pas utilisé en tant que diagnostic principal dans le PMSI MCO car celui-ci privilégie la description des lésions.

- La seconde liste de motifs de recours, incluse à l'intérieur des chapitres, est constituée par des regroupements de codes de la CIM-10, « homogènes » en termes de contenu. Cette liste ne permet de décrire les chapitres qu'en partie car elle n'est pas exhaustive.

Note : deux modifications de la liste sont introduites dans la présentation des données de l'année 2015 :

- Les infarctus cérébraux (codes CIM-10 en I63) sont désormais comptabilisés séparément des occlusions et sténoses des artères cérébrales et pré-cérébrales n'entraînant pas un infarctus cérébral (codes CIM-10 en I65 et I66).
- Suite au changement du code CIM-10 des hémorroïdes, celles-ci sont désormais comptabilisées dans le chapitre des maladies de l'appareil digestif (et non plus dans celui des maladies de l'appareil circulatoire). (À noter : les données relatives aux hémorroïdes ne sont pas exploitable en 2014, du fait d'un codage instable avec mélange des anciens et des nouveaux codes)

Note : codage des séjours pour infection à Covid-19 : à partir de l'année 2020, une nouvelle catégorie « Infection à Covid-19 » a été introduite et correspond aux séjours dont le diagnostic principal est un code CIM-10 U07.10, U07.11, U07.12, U07.14 ou U07.15

3 - Les tableaux de morbidité hospitalière

En raison de la nouvelle nomenclature des régions, le site présente dorénavant deux séries de trois cubes.

- **Les séries**

- **Série 1 - Années 1998 à 2013** : dans cette série, close avec les données définitives de 2013, les niveaux géographiques régionaux sont les régions en vigueur avant 2016. La population de référence des taux standardisés est la population française de 1990.
- **Série 2 - Années 2010 à ...** : dans cette nouvelle série qui sera complétée chaque année, les niveaux géographiques régionaux correspondent aux régions en vigueur depuis 2016. La population de référence des taux standardisés est la population française de 2006.

- **Les cubes**

Chaque cube présente un ou des indicateurs disponibles pour plusieurs dimensions dont les lignes et les colonnes peuvent être configurées selon les besoins de l'utilisateur (années, territoires, pathologies, sexes et classes d'âge) :

- Le cube 1 présente le nombre d'hospitalisations en court séjour, configurable selon les motifs de recours, le sexe, la classe d'âge, l'année et le niveau géographique de résidence (France entière, France métropolitaine, régions, départements) ;
- Le cube 2 présente la durée moyenne de séjour, ainsi que la distribution du nombre de séjours selon leurs durées, configurables selon l'année, les pathologies et le niveau géographique ;
- Le cube 3 présente les taux de recours pour 1 000 habitants : taux bruts tous âges et par classe d'âge, taux standardisés et indice comparatif (voir définitions et calculs ci-dessous), configurables selon les motifs de recours, le sexe, l'année et le niveau géographique de résidence.

4 – Définitions et méthodes de calcul

Séjours

Définition : Les séjours dans les services de soins de courte durée MCO (médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique et odontologie) des établissements de santé sont affectés au lieu de résidence du patient.

Âge

Définition : l'âge du patient est un âge en années révolues calculé à l'admission.

Méthode de calcul : âge = date d'entrée (JJMMMAAA) - date de naissance (JJMMMAAA).

Durée moyenne de séjour

Définition : La durée moyenne de séjour (DMS) est le nombre de journées d'hospitalisation dans l'année (pour une pathologie donnée) rapporté au nombre de séjours (pour cette pathologie). La durée moyenne de séjour est calculée en excluant les hospitalisations de moins de 24 heures programmées.

Méthode de calcul :

Durée moyenne de séjour (DMS) = nombre de journées d'hospitalisation dans l'année (pour une pathologie donnée) rapportée au nombre de séjours (pour cette pathologie).

Taux brut de recours

Définition : Le taux brut de recours pour 1000 habitants est égal au nombre de séjours hospitaliers annuels, rapporté au nombre d'habitants au premier janvier de l'année considérée (estimations localisées de population publiées par l'INSEE), puis multiplié par 1 000.

Méthode de calcul :

Taux brut = (nombre de séjours par tranches d'âge / nombre de résidents par tranches d'âge) x 1 000

Autre appellation : taux spécifique.

Taux standardisé de recours

Le taux standardisé permet de comparer les taux de recours pour une pathologie donnée entre des populations différentes en contrôlant les effets liés aux structures d'âge différentes.

Définition : Le taux standardisé de recours est le taux de recours qui serait observé dans une population donnée (année, région, département...) si cette population avait la même structure d'âge qu'une population de référence.

Les populations de références utilisées ici sont :

- Pour la série 1998-2013 : l'estimation localisée de population au 1er janvier 1990 publiée par l'INSEE en mai 2009, France métropolitaine, les deux sexes regroupés en 11 tranches d'âge).
- Pour la série débutant en 2010 : la population France entière du recensement de 2006 publiée par l'INSEE en 2009

Méthode de calcul :

Taux standardisé de recours dans la région ou le département $j = \sum_{i=1}^n (P_i \times T_{ji})$

Avec i : indice de la classe d'âge

n : nombre de classes d'âge

j : indice de la région ou du département

Pi : part de la classe d'âge i dans la population de référence

Tji : taux de recours observé dans la région ou le département j pour la classe d'âge i

Lecture : sur le site, les taux standardisés sont exprimés pour 1 000 habitants, comme pour les taux bruts.

Autre appellation : taux standardisé par la méthode directe.

Indice comparatif de recours

L'indice comparatif de recours est une autre méthode permettant de comparer les taux de recours entre régions ou départements en contrôlant les effets dus aux structures d'âge.

Définition : L'indice comparatif de recours est égal au nombre de séjours observé, rapporté au nombre de séjours « attendu ». Le nombre de séjours attendu tous âges est obtenu en appliquant à chaque tranche d'âge de la population de la zone géographique considérée les taux de recours de la population de référence (ici les taux spécifiques par tranche d'âge de la France entière, pour l'année considérée).

Méthode de calcul :

Indice comparatif = (nombre de séjours observés tous âges / nombre de séjours attendus tous âges) x 100

Lecture : par définition l'indice de la France entière pour l'année considérée est égal à 100. Si l'indice comparatif de recours est supérieur à 100, le nombre de séjour pour la pathologie

étudiée est plus important que celui attendu compte tenu de la structure par âge dans la zone considérée. À l'inverse, il est plus faible si l'indice comparatif est inférieur à 100.

Autres appellations : SMR, standardisation indirecte.

5 - Mises en garde

L'unité de compte

L'unité de compte est le **séjour** en hospitalisation MCO (médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique ou odontologie), et non le patient.

Le champ

Les données de morbidité de Mayotte sont disponibles sur le site à partir de 2014 ; le niveau France entière inclut également la population résidant à Mayotte à partir de 2014, en plus des quatre autres départements d'outre-mer (Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion), et des résidents de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin, qui sont regroupées avec les données de la Guadeloupe.

Les hôpitaux d'instruction des armées sont inclus depuis 2009.

Sont exclus du champ des données :

- les séjours de personnes ne résidant pas en France ;
- les nouveau-nés restés auprès de leur mère et n'ayant, de ce fait pas donné lieu à l'ouverture d'un dossier administratif (dits « nouveau-nés non hospitalisés ») ;
- les venues en hospitalisation inférieure à 24 heures pour des traitements réalisés en séances (chimiothérapies, radiothérapies, dialyse...) ;
- Jusqu'à 2015 (inclus), les unités de soins de courte durée MCO des hôpitaux de proximité et des établissements de santé dont l'activité principale ne relève pas des soins de courte durée MCO (hôpitaux psychiatriques, établissements de soins de suite et réadaptation...) ;

La pondération des données

De 1998 à 2009, les données présentées sont des données redressées.

En effet, les bases PMSI présentaient alors deux sortes de défauts d'exhaustivité :

- le premier est lié à l'absence, dans la base, des établissements alors sous dotation globale (hôpitaux publics et établissements privés non lucratifs participant au service public hospitalier - PSPH) ayant moins de 100 lits MCO.
- le second concerne quelques établissements privés sous contrat avec les Agences régionales de l'Hospitalisation (ARH) dont l'activité n'était que très partiellement (moins d'un séjour sur deux) ou pas du tout représentée dans la base PMSI national.

La DREES a donc effectué un redressement statistique de ces défauts d'exhaustivité permettant de réaliser des exploitations de la base représentatives de l'ensemble des unités de soins de courte durée MCO.

Le taux d'exhaustivité du PMSI MCO, calculé avant pondération par comparaison avec la Statistique annuelle des établissements (SAE) en équivalent-journées, a cru régulièrement au fil du temps, passant de 92 % en 1998 à 97 % en 2003 et à près de 100 % en 2009. Les

données sont exhaustives depuis 2010. Elles ne sont donc plus redressées depuis cette année là.

En 2001 et 2003, les données de la plupart des établissements de santé de Guyane étaient absentes de la base nationale du PMSI MCO. On a donc introduit une double pondération pour la Guadeloupe et la Martinique, la première correspondant aux véritables volumes enregistrés pour ces deux régions et la seconde les surpondérant pour prendre en compte la non réponse guyanaise et obtenir une estimation correcte du total France entière. En 2002, les données étant majoritairement absentes pour la Guadeloupe et la Guyane, la même opération de double pondération a été réalisée sur les données de la Martinique. Pour ces années-là, le total France entière n'est donc pas la somme des régions.

Le double codage du diagnostic principal

Dans un certain nombre de cas, la CIM-10 introduit un double codage comprenant un axe étiologie (maladie généralisée initiale) et un axe manifestation clinique (manifestation localisée à un organe et représentant en soi un problème clinique).

Pour ces cas avec possibilité de double codage, le PMSI MCO a privilégié la manifestation clinique jusqu'en 2008 ; par exemple, en cas d'hospitalisation pour rétinopathie diabétique, le code CIM-10 du diagnostic principal était alors « H36.0 » (rétinopathie diabétique), qui se trouve dans le chapitre VII « Maladies de l'œil et de ses annexes », et non un code de diabète sucré avec complications oculaires (E10 à E14, suivant le type de diabète, avec un quatrième caractère égal à 3) appartenant au chapitre IV « Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques » ; toutefois, ce dernier code est en principe noté en diagnostic associé.

Depuis 2009, le code CIM-10 enregistré en diagnostic principal est celui « qui correspond le plus précisément à la prise en charge ».

Données 2017 relatives à la Guadeloupe

En 2017, un établissement de Guadeloupe, à forte activité, n'a pas été en mesure d'envoyer à l'ATIH l'ensemble de ses RSA, mais seulement un faible pourcentage. Pour éviter que ce défaut n'impacte massivement les taux de recours en Guadeloupe, il a été décidé, pour cet établissement uniquement, d'imputer son activité 2016, pondérée du ratio des activités de 2017 et 2016 déclarées dans la SAE afin d'estimer le case-mix de son activité 2017.

À noter en outre, la réduction de l'activité du CHU de Pointe-à-Pitre en décembre 2017, suite à l'incendie survenu le 30 novembre 2017.

L'utilitaire de calcul de pourcentages (en ligne et en colonne) mis à disposition sur le site Datadrees n'est pas adapté aux 3 tableaux de morbidité hospitalière. Il ne faut pas l'utiliser.