

La morbidité hospitalière : définitions et méthodes

Mise-à-jour : avril 2013

1 - Qu'est-ce que la morbidité ?

Ce texte reprend un encadré de l'article de Catherine Sermet, Directrice adjointe de l'IRDES, « De quoi souffre-t-on ? Description et évolution de la morbidité déclarée 1980-1991 », publié dans la revue solidarité santé, études statistiques, n°1 janvier-mars 1994, ministère des Affaires sociales, de la santé et de la ville, Service des statistiques, des études et des systèmes d'information

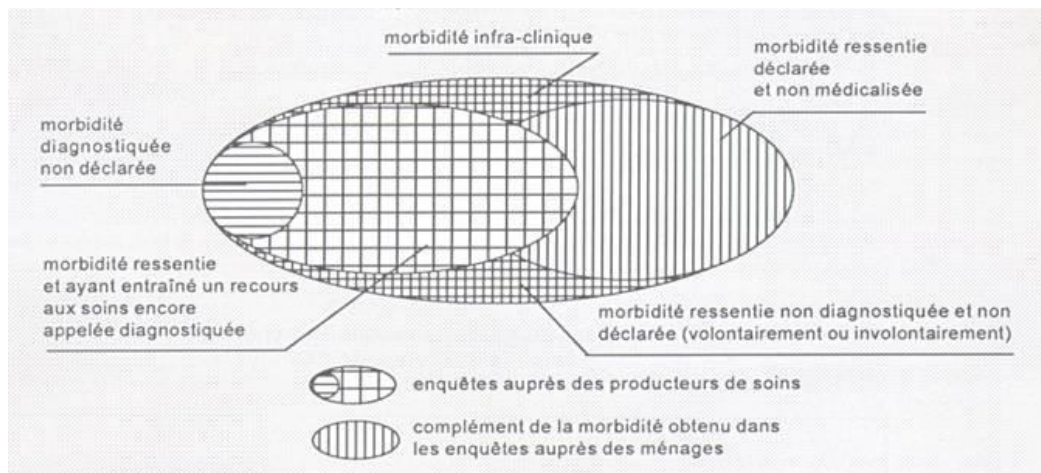
La morbidité d'une population se définit comme étant le « *nombre de personnes malades ou le nombre de cas de maladies dans une population déterminée, à un moment donné* » [1]. On distingue habituellement plusieurs *types* de morbidité [2] :

- une *morbidité diagnostiquée* qui correspond aux affections diagnostiquées et traitées par le corps médical, chez des individus ayant eu recours à des médecins ;
- une *morbidité dite ressentie* qui recouvre l'ensemble des affections, des troubles réels tels que les individus les ressentent et les interprètent, dont un sous-ensemble constitue la *morbidité déclarée* ;
- enfin, la *morbidité infra-clinique* ; ce sont les affections dont on ne peut encore déceler l'existence, faute de signes cliniques ou de moyens d'investigation suffisamment sensibles ;
- l'ensemble constitue la *morbidité réelle*, comprenant la totalité des affections existant chez un individu, connues ou non de lui, diagnostiquées ou non.

Enfin, ces définitions doivent être précisées dès que l'on s'interroge sur la signification du « moment donné » et on est donc amené à considérer deux types de *mesures* de la morbidité [1] :

- la *morbidité prévalente* : il s'agit du nombre de cas d'une maladie donnée ou de personnes atteintes de cette maladie ou de tout autre événement morbide (accidents ou suicides par exemple), existant dans une population déterminée à un moment donné, sans distinction entre les cas nouveaux et les anciens ;
- la *morbidité incidente* : il s'agit du nombre de nouveaux cas d'une maladie donnée ou des personnes qui sont atteintes de cette maladie, pendant une période donnée, dans une population déterminée.

Les différentes composantes de la morbidité réelle



[1] JAMMAL A., ALLARD R., LOSLIER G., *Dictionnaire d'épidémiologie*, 1988, Edisem/Maloine

[2] BRUCKER Gilles, FASSIN Didier, *Santé publique*, 1989, Ellipses

La morbidité recueillie par l'intermédiaire du PMSI est une morbidité diagnostiquée. Elle représente une morbidité incidente aiguë en nombre de cas (un même patient peut avoir été atteint plusieurs fois dans l'année par la même pathologie aiguë) pour les maladies ou événements morbides « aigus » donnant toujours lieu à un recours hospitalier lors de leur survenue, comme par exemple, la fracture du col du fémur.

2 - Présentation de la source PMSI

Le programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) est un système de mesure de l'activité hospitalière en termes médico-économiques. Il consiste, pour chaque séjour dans un établissement de santé, en un enregistrement standardisé reposant sur la collecte d'un nombre restreint d'informations administratives et médicales.

Les informations 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.

3 - Les maladies et leur codification

Les diagnostics, un principal et des associés, recueillis à l'occasion de chaque séjour sont codés avec la Classification Internationale des Maladies (CIM) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans sa 10ème révision (CIM10).

Cette information permet d'analyser les maladies motivant les recours hospitaliers. Les résultats de « morbidité hospitalière » présentés dans les tableaux reposent sur l'exploitation du diagnostic principal. Entre 1998 et 2008, le diagnostic principal était défini, à la fin du séjour du patient, comme étant celui qui avait mobilisé l'essentiel de l'effort médical et

soignant. 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.

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

Les résultats sont structurés par deux listes de maladies :

- La première, constituée par les maladies notées en gras dans l'écran de sélection, correspond aux chapitres de la CIM10.
Les chapitres I à XVII ont trait à des maladies et autres entités morbides et le chapitre XIX aux traumatismes et empoisonnements. Le chapitre XVIII couvre des symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire. 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 par exemple) ou les circonstances dans lesquelles le malade reçoit des soins à ce moment donné. Le chapitre XX « Causes externes de morbidité et de mortalité » qui permet de classer les causes externes des maladies et entités morbides n'est pas utilisé en diagnostic principal par le PMSI.
- La seconde, incluse à l'intérieur des chapitres, est constituée par des regroupements de codes détaillés de la CIM, « homogènes » en termes de contenu. Cette liste ne permet de décrire les chapitres qu'en partie car elle n'est pas exhaustive.

4 - Définitions et méthodes de calcul

Séjours

Définition : Les séjours dans les services de soins de courte durée MCO (médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique ou 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'entrée.

Méthode de calcul : Âge = date d'entrée (JJMMAAA) - date de naissance (JJMMAAA).

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 est égal au nombre de séjours hospitaliers annuels rapporté au nombre d'habitants.

Méthode de calcul :

Taux = (nombre de séjours par tranches d'âges / nombre de résidents par tranches d'âges) x 1000

Autre(s) appellation(s) : Taux spécifiques.

Taux standardisé de recours

Définition : Le taux standardisé de recours est le taux de recours "attendu" dans la région ou le département, si sa population avait la même structure d'âge qu'une population de référence (ici 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'âges).

Méthode de calcul :

Taux standardisé de recours dans la région ou le département j = $\sum P_i T_{ji}$ pour $1 \leq i \leq n$

Avec i : indice de la classe d'âge

n : nombre de classes d'âges

j : indice de la région ou département

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

T_{ji} : taux de recours observé dans la région ou le département j pour la classe d'âge i

Lecture : Le taux standardisé permet de comparer le recours pour une pathologie donnée entre deux zones géographiques ou deux années différentes en contrôlant les effets liés aux structures d'âge différentes.

Autre(s) appellation(s) : Taux comparatif.

Indice comparatif de recours

Définition : L'indice comparatif est égal au nombre de séjours réel rapporté au nombre de séjours attendu. Le nombre de séjours attendu tous âges est obtenu en appliquant à la population considérée par tranches d'âges les taux de recours par tranche d'âges d'une population de référence (ici les taux spécifiques par sexe et tranches d'âges, France entière, de l'année considérée).

Méthode de calcul :

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

Lecture : Si l'indice est supérieur à 100, le nombre de séjour pour la pathologie est plus important que celui attendu compte tenu de la structure par âge de la zone géographique étudiée. Par définition l'indice de la France entière est 100.

5 - Mises en garde

L'unité de compte

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

Le champ

Sont exclus du champ des données :

- 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...) ;
- les unités de soins de courte durée MCO des hôpitaux locaux 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...) ;
- les établissements à tarif d'autorité (« établissements non conventionnés »).

Inversement, les hôpitaux d'instruction des armées sont inclus depuis 2009.

La pondération des données

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

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

- le premier est lié à l'absence, dans la base, des établissements 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 contrats avec les Agences régionales de l'Hospitalisation (ARH) dont l'activité n'est que très partiellement (moins d'un séjour sur deux) ou pas du tout représentée dans la base PMSI disponible.

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.

Ce taux d'exhaustivité, 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 de résumés de sortie anonymes (RSA). 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

Jusqu'en 2008, en cas de double codage possible du diagnostic principal selon les axes étiologie (maladie généralisée initiale) et manifestation clinique (manifestation localisée à un organe représentant en elle-même un problème clinique), le PMSI MCO, instrument médico-économique de mesure de l'activité, retenait la manifestation clinique ; ainsi, par exemple, en cas d'hospitalisation pour rétinopathie diabétique, le code CIM10 du diagnostic principal sera H36.0 (rétinopathie diabétique) qui appartient au chapitre VII « Maladies de l'œil et de ses

annexes » et non pas un code de diabète sucré avec complications oculaires (E10 à E14 suivant le type de diabète avec le quatrième chiffre 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, celui qui est enregistré en diagnostic principal est celui qui correspond le plus précisément à la prise en charge.