

# Indicateurs de recours et de consommation de soins suivis dans le cadre de l'évaluation Paerpa

Annexe électronique du rapport  
« Évaluation d'impact de l'expérimentation  
Parcours santé des aînés (Paerpa) »

Zeynep Or  
Damien Bricard  
Nelly Le Guen  
Anne Penneau

Ce document décrit les indicateurs qui sont suivis dans le cadre de l'évaluation d'impact Parcours santé des aînés (Paerpa). Ces indicateurs sont calculés sur la période 2010 à 2017 par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) pour suivre la consommation des personnes âgées de 75 ans et plus dans les territoires Paerpa et dans les territoires témoins.

Dans ce document, le terme **personne âgée (PA)** désigne l'ensemble des **personnes âgées de 75 ans ou plus**. Les numérateurs rapportent les consommations des PA du territoire selon le lieu de résidence du patient (et non le lieu de consommation des soins).

**Les dépenses remboursables** correspondent à la base de calcul du montant des remboursements des frais de santé par l'assurance maladie obligatoire et n'incluent pas les dépassements. **Les consommations de soins** sont extraites du Datamart de consommation inter-régimes (DCIR) et des quatre Programmes de médicalisation des systèmes d'information (PMSI MC/SSR/HAD/Rim-P) pour les années 2010 à 2017. Il s'agit des données du PMSI appariées au DCIR.

**La cohorte Paerpa**, dénominateur pour les indicateurs de dépense et de recours aux soins, a été construite par la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam) pour la réalisation de l'évaluation d'impact des expérimentations Paerpa. Elle comprend toute la population consommant des soins (individus ayant au moins une consommation de soins remboursable dans l'année) issue des bases du DCIR, **âgée de 75 ans ou plus résidant dans l'une des 12 régions** suivantes : Aquitaine, Bourgogne, Bretagne, Centre, Champagne-Ardenne, Ile-de-France, Limousin, Lorraine, Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais, Pays de la Loire, Rhône-Alpes.

## Sommaire

### INDICATEURS DE RÉSULTATS

<b>1</b>	<b>Durée cumulée de séjours en médecine et chirurgie (MC) par personne âgée (PA) .....</b>	<b>p. 5</b>
<b>2</b>	<b>Taux de réhospitalisations à 30 jours en MC .....</b>	<b>p. 5</b>
<b>3</b>	<b>Taux d'hospitalisations non programmées .....</b>	<b>p. 6</b>
<b>4</b>	<b>Taux d'hospitalisations potentiellement évitables .....</b>	<b>p. 7</b>
<b>5</b>	<b>Taux de recours de passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation</b>	<b>p. 8</b>
<b>6</b>	<b>Proportion de PA en polyprescription continue.....</b>	<b>p. 8</b>
<b>7</b>	<b>Proportion de PA ayant eu une prescription inappropriée .....</b>	<b>p. 8</b>

### INDICATEURS COMPLÉMENTAIRES

<b>8</b>	<b>Taux de recours aux urgences non suivis d'une hospitalisation pour les résidents en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).....</b>	<b>p. 9</b>
<b>9</b>	<b>Dépense hospitalière par PA pour les séjours en MC .....</b>	<b>p. 9</b>
<b>10</b>	<b>Dépense par PA pour les séjours en établissement de SSR .....</b>	<b>p. 9</b>
<b>11</b>	<b>Dépense par PA pour les séjours en établissement de psychiatrie .....</b>	<b>p. 10</b>
<b>12</b>	<b>Dépense hospitalière par PA pour les séjours en Hospitalisation à domicile (HAD ).....</b>	<b>p. 10</b>
<b>13</b>	<b>Nombre cumulé de journées de présence par PA en établissement de psychiatrie .....</b>	<b>p. 10</b>
<b>14</b>	<b>Nombre cumulé de journées de présence par PA en établissement de SSR</b>	<b>p. 10</b>
<b>15</b>	<b>Nombre cumulé de journées de présence par PA en Hospitalisation à domicile (HAD ).....</b>	<b>p. 11</b>
<b>16</b>	<b>Proportion des hospitalisations non programmées en MC.....</b>	<b>p. 11</b>
<b>17</b>	<b>Nombre de séjours en MC par PA.....</b>	<b>p. 11</b>
<b>18</b>	<b>Dépense moyenne par PA pour les passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation .....</b>	<b>p. 12</b>

<b>19</b>	<b>Dépense ambulatoire moyenne par PA .....</b>	<b>p. 12</b>
<b>20</b>	<b>Dépense moyenne par PA des soins réalisés par un médecin généraliste ..</b>	<b>p. 13</b>
<b>21</b>	<b>Dépense moyenne par PA des soins réalisés par un infirmier libéral .....</b>	<b>p. 13</b>
<b>22</b>	<b>Dépense moyenne par PA des soins réalisés par un auxiliaire libéral autre qu'un infirmier libéral .....</b>	<b>p. 13</b>
<b>23</b>	<b>Dépense moyenne par PA des médicaments achetés en ville .....</b>	<b>p. 14</b>
<b>24</b>	<b>Nombre de prescriptions différentes de médicaments remboursés par PA</b>	<b>p. 14</b>
<b>25</b>	<b>Proportion de PA ayant eu au moins 10 prescriptions différentes de médicaments par trimestre (indicateur cumulatif) .....</b>	<b>p. 14</b>
<b>26</b>	<b>Proportion de PA ayant eu un traitement par benzodiazépine à longue durée d'action .....</b>	<b>p. 15</b>

## Indicateurs de résultats

### 1 Durée cumulée de séjours en médecine et chirurgie (MC) par personne âgée (PA)

	Calcul	Source
<b>Numérateur</b>	Durée cumulée de séjours en MC des PA résidant au sein du territoire	PMSI MC
<b>Dénominateur</b>	Nombre de PA résidant au sein du territoire	Cohorte Paerpa

#### Précisions sur l'indicateur

**Numérateur.** Les prestations inter-établissements (variable type de séjour = B), les séances (Catégorie majeure de diagnostic (CMD) 28) et les séjours en CMD 90 sont exclus.

Concernant les séjours complets, nous comptabilisons le nombre de nuits ; les séjours ambulatoires sont comptabilisés comme 0,5 journée.

### 2 Taux de réhospitalisations à 30 jours en MC

	Calcul	Source
<b>Numérateur</b>	Nombre de réhospitalisations en MC dans les 30 jours suite à un séjour index en MC des PA résidant au sein du territoire	PMSI MC
<b>Dénominateur</b>	Nombre de séjours index (hors mois de décembre) en MC des PA résidant au sein du territoire	PMSI MC, cohorte Paerpa

#### Précisions sur l'indicateur

Définition des séjours index. Les séjours index correspondent aux séjours initiaux qui servent de référence au calcul du délai de réhospitalisation. Il s'agit des séjours terminés entre janvier et fin novembre de l'année N. L'exclusion des séjours terminés au mois de décembre permet de donner un recul homogène de 30 jours pour étudier les réadmissions de l'année N. Un séjour est considéré comme une réhospitalisation dès lors que l'entrée de ce séjour se situe entre 1 et 30 jours ou moins après la sortie d'un séjour index pour ce patient.

Les séjours débutant le même jour que la sortie du séjour index sont considérés comme une réhospitalisation uniquement si le mode d'entrée est « Domicile » et le mode de sortie du séjour index est « Domicile ».

**Numérateur.** Les séjours suivants sont exclus du numérateur :

- Les prestations inter-établissements (variable type de séjour = B), les séances (CMD 28), les séjours en ambulatoire (durée de séjour = 0 jour) et les séjours en CMD 90 sont exclus
- Les séjours dont les séjours index se sont terminés en décembre de l'année N (cf. Définition des séjours index)
- Les séjours dont le mode d'entrée est « Transfert en provenance d'une unité Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) »

**Dénominateur.** Les séjours suivants sont exclus du dénominateur :

- Les prestations inter-établissements (variable type de séjour = B), les séances (CMD 28), les séjours en ambulatoire (durée de séjour = 0 jour) et les séjours en CMD 90
- Les séjours terminés en décembre de l'année N (cf. Définition des séjours index)
- Les séjours dont le mode de sortie est le décès
- Les séjours initiaux en cas de séjours contigus en MCO dans les cas suivants (afin de ne comptabiliser qu'un seul séjour) :
  - ceux dont le mode de sortie est « Transfert à destination d'une unité MCO »
  - ceux dont le mode de sortie est « Transfert à destination d'une autre unité que MCO » mais dont le jour de sortie est le même que l'entrée du séjour suivant avec mode d'entrée « Transfert MCO » – Nous considérons qu'il s'agissait d'un transfert MCO
- Les séjours imbriqués (ayant lieu pendant un autre séjour), sauf si le mode de sortie de l'autre séjour est « Transfert à destination d'une unité MCO » (dans les règles d'exclusion du dénominateur) afin de pouvoir comptabiliser un des deux séjours

### 3 Taux d'hospitalisations non programmées

	Calcul	Source
<b>Numérateur</b>	Nombre d'hospitalisations non programmées en MC des PA résidant au sein du territoire	PMSI MC
<b>Dénominateur</b>	Nombre de PA résidant au sein du territoire	Cohorte Paerpa

#### Précisions sur l'indicateur

**Numérateur.** Les prestations inter-établissements (variable type de séjour = B), les séances (CMD 28), les séjours en ambulatoire (durée de séjour = 0 jour) et les séjours en CMD 90 sont exclus. Les hospitalisations non programmées sont repérées par l'algorithme suivant fourni par l'Agence technique de l'information sur l'hôpital (ATIH) :

- Mode d'entrée = '8' (domicile) et Provenance = '5' (avec passage dans la structure d'accueil des urgences de l'établissement)

#### OU

- Type d'autorisation de la première Unité médicale (UM) dans la liste ci-dessous :

01 Réanimation hors pédiatrie	06 Néonatalogie et réanimation périnatale
01A Réanimation adulte hors grands brûlés	07 Unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD)
01B Réanimation adulte grands brûlés	07A UHCD structures des urgences générales
02 Soins intensifs hors unité neurovasculaire (UNV)	07B UHCD structures des urgences pédiatriques
02A Soins intensifs en cardiologie = Unité de soins intensifs en cardiologie (Usic)	13 Réanimation pédiatrique
02B Autres soins intensifs (hors UNV, Usic, néonatalogie)	13A Réanimation pédiatrique hors grand brûlés
03 Surveillance continue hors pédiatrie	13B Réanimation pédiatrique grands brûlés
03A Soins surveillance continue adulte hors grands brûlés	14 Surveillance continue pédiatrique
03B Soins surveillance continue adulte grands brûlés	14A Soins surveillance continue pédiatrique hors grands brûlés
04 Néonatalogie sans soins intensifs	14B Soins surveillance continue pédiatrique grands brûlés
05 Néonatalogie avec soins intensifs	18 Soins intensifs en UNV

La nomenclature des types d'autorisations des unités médicales a été modifiée et précisée en 2013.

## 4 Taux d'hospitalisations potentiellement évitables

	Calcul	Source
<b>Numérateur</b>	Nombre d'hospitalisations de dix catégories d'hospitalisations considérées évitables des PA résidant au sein du territoire	PMSI MC
<b>Dénominateur</b>	Nombre de PA résidant au sein du territoire	Cohorte Paerpa

### Précisions sur l'indicateur

L'indicateur « Hospitalisation potentiellement évitable », utilisé comme une mesure indirecte de la qualité et de l'efficacité des soins primaires, vise les séjours potentiellement évités par une prise en charge en soins ambulatoires « efficace et en temps utile ». Il cible notamment les pathologies chroniques et leurs complications, les affections aiguës qui sont prévenues par une vaccination. Différentes listes de pathologies (adaptées à la Cim 10) existent. Nous nous sommes référés à la littérature et, en croisant différentes listes, nous avons identifié des pathologies communes prévalant chez les personnes âgées, et qui sont en lien avec les thématiques de Paerpa (AHRQ, 2001<sup>1</sup> et Billings *et al.*, 2015<sup>2</sup>).

**Numérateur.** Les prestations inter-établissements (variable type de séjour = B), les séances (CMD 28) et les séjours en CMD 90 sont exclus. Dix catégories d'hospitalisation sont retenues :

Catégorie d'hospitalisation évitable	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion sur les diagnostics associés
1. Asthme	DP* = J45 J46 DP = J96.0 et DAS* = J45	Insuffisance cardiaque (I09.81 I11.0 I13.0 I13.2 I50)  Mucoviscidose (E84.0-E84.9 Q25.1-Q25.4 Q30 Q31 Q32 Q33 Q34 Q39 Q89.3 P26)  Troubles mentaux (F10-F19 F20 F21 F22 F23 F24 F25 F28 F29 F30 F31 F32 F33 F34 F38 F39 F40-F45 F48 F50-F52 F53 F54 F55 F59 F60 F61 F62 F63 F68 F69)  Maladies respiratoires (J47 J84.10 J98 J99)  Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) (J41.1 J41.8 J42 J43 J44 J47)
2. Insuffisance cardiaque	DP = I09.9 I11.0 I13.0 I13.2 I50	BPCO (J41.1 J41.8 J42 J43 J44 J47)  Cardiopathie ischémique (I20 I21 I22 I24.0 I24.8)  Insuffisance rénale (I12 I13.1 N17 N18 N19)
3. Broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)	DP = J42 J43 J44 J47 J41.1 J41.8 DP = J20 et DAS = J42 J43 J44 J47 J41.1 J41.8 DP = J40 et DAS = J42 J43 J44 J47 J41.1 J41.8 DP = J96.0 et DAS = J42 J44.9 J47 DP = J96.9 et DAS = J42 J44.9 J47	Insuffisance cardiaque (I09.81 I11.0 I13.0 I13.2 I50)  Mucoviscidose (E84.0-E84.9 Q25.1-Q25.4 Q30 Q31 Q32 Q33 Q34 Q39 Q89.3 P26)  Troubles mentaux (F10-F19 F20 F21 F22 F23 F24 F25 F28 F29 F30 F31 F32 F33 F34 F38 F39 F40-F45 F48 F50-F52 F53 F54 F55 F59 F60 F61 F62 F63 F68 F69)
4. Déshydratation	DP = E86 E87.0 E87.1	
5. Complications du diabète à court terme	E10.0 E10.1 E11.0 E11.1 E13.0 E13.1	Troubles mentaux (F10-F19 F20 F21 F22 F23 F24 F25 F28 F29 F30 F31 F32 F33 F34 F38 F39 F40-F45 F48 F50-F52 F53 F54 F55 F59 F60 F61 F62 F63 F68 F69)
6. Angine de poitrine sans infarctus du myocarde (IDM) [entrée par les urgences]	I20.0 I24.0 I24.8 I20.8 I20.1 I20.9	
7. Problème dentaire	A69.0 K02-K08 K09.8 K09.9 K12 K13	
8. Déficience nutritionnelle	E40-E43 E55.0 E64.3	
9. Vaccin contre la grippe	J10 J11 J13 J14 J18 J15.3 J15.4 J15.7 J15.9 J16.8 J18.1 J18	
10. Autres vaccins que celui contre la grippe	A35-A37 A80 B05 B06 B16.1 B16.9 B18.0 B18.1 B26 G00.0 M01.4	

\*DP : Diagnostic principal – DAS : Diagnostics secondaires associés

<sup>1</sup> AHRQ (2001), *Guide to Prevention Quality Indicators: Hospital Admissions for Ambulatory Care Sensitive Conditions*. 2001, Pub. No. 02-R0203, AHRQ, Rockville, MD [http://www.flhealthcharts.com/ChartsReports/\\_SupportFiles/ACS\\_Conditions.pdf](http://www.flhealthcharts.com/ChartsReports/_SupportFiles/ACS_Conditions.pdf)

<sup>2</sup> Billings J., Zeitel L., Lukomnik J., Carey T.S., Blank A.E., Newman L. (1993). "Impact of Socioeconomic Status on Hospital Use in New York City". *Health Aff*, 12:162-173.

## 5 Taux de recours de passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation

	Calcul	Source
<b>Numérateur</b>	Nombre de passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation des PA résidant au sein du territoire	PMSI MC / Sniiram (DCIR)
<b>Dénominateur</b>	Nombre de PA résidant au sein du territoire	Cohorte Paerpa

### Précisions sur l'indicateur

**Numérateur.** Les données concernant les passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation sont extraites de deux sources selon le type d'établissement de santé où a eu lieu le passage aux urgences :

- Pour les établissements publics auparavant désignés « sous Dotation globale » (ex-DG), l'information sera extraite du PMSI MC
- Pour les établissements privés auparavant désignés « sous Objectifs quantifiés nationaux » (ex-OQN), l'information sera extraite du DCIR

Le passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation est repéré par l'acte « Forfait d'accueil et traitement des urgences » (ATU).

## 6 Proportion de PA en polyprescription continue

	Calcul	Source
<b>Numérateur</b>	Nombre de PA résidant au sein du territoire ayant eu au moins 10 codes de la Classification anatomique, thérapeutique et chimique (ATC) délivrés au moins 3 fois dans les 12 derniers mois	Sniiram (DCIR)
<b>Dénominateur</b>	Nombre de PA de la classe d'âge considérée résidant au sein du territoire	Cohorte Paerpa

### Précisions sur l'indicateur

**Numérateur.** Les médicaments sont identifiés par le code de la Classification anatomique, thérapeutique et chimique (ATC) au niveau le plus fin, c'est-à-dire le niveau 5 (soit 7 caractères).

## 7 Proportion de PA ayant eu une prescription inappropriée

	Calcul	Source
<b>Numérateur</b>	Nombre de PA résidant au sein du territoire ayant eu au moins une consommation inappropriée d'un des traitements décrits ci-dessous	Sniiram (DCIR)
<b>Dénominateur</b>	Nombre de PA résidant au sein du territoire	Cohorte Paerpa

### Précisions sur l'indicateur

**Numérateur.** Les délivrances des 7 catégories de médicaments suivants sont considérées comme inappropriées dans la littérature (Rapport charges et produits de la Cnam, 2014 ; Jardin *et al.*, 2012<sup>3</sup>):

Prescription	Classe ATC	Commentaire
1. Vasodilatateur	C04 N06BX N06DX02	Indicateur de la Rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) [Cnamts]
2. Benzodiazépine à longue durée d'action	N05BA01 N05BA05 N05BA08 N05BA09 N05BA11 N05BA16 N05BA18 N05CD02 N05CD03 N05CX	Indicateur de la ROSP (Cnamts)
3. AINS au long cours	M01A	Au moins 3 remboursements sur une période de 4 mois
4. Antihypertenseur à action centrale	C02AB C02AC	
5. Hydroxyzine	N05BB01	
6. Hypnotique au long cours	N05CF01 N05CF02 N05CF03	Au moins 3 remboursements sur une période de 4 mois
7. Antidépresseur inipraminique	N06AA	

<sup>3</sup> Jardin M., Bocquier, A. Cortaredona, S. Nauleau, S. *et al.* (2012). « Prescriptions médicamenteuses potentiellement inadaptées chez les personnes âgées : une étude en Provence-Alpes-Côte d'Azur à partir des données de remboursements de l'Assurance maladie ». *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 60(2), 121-130.

## Indicateurs complémentaires

### 8 Taux de recours aux urgences non suivis d'une hospitalisation pour les résidents en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)

	Calcul	Source
<b>Numérateur</b>	Nombre de passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation des PA résidant en Ehpad au sein du territoire ayant eu lieu pendant que la PA résidait en Ehpad	PMSI MC / Sniiram (DCIR)
<b>Dénominateur</b>	Nombre de PA de la classe d'âge considérée résidant en Ehpad au moins 1 journée l'année étudiée au sein du territoire et résidant	Cohorte Paerpa

### 9 Dépense hospitalière par PA pour les séjours en MC

	Calcul	Source
<b>Numérateur</b>	Somme des dépenses remboursables par l'assurance maladie (AM) obligatoire pour les séjours en MC des PA résidant au sein du territoire	PMSI MC / Sniiram (DCIR)
<b>Dénominateur</b>	Nombre de PA résidant au sein du territoire	Cohorte Paerpa

#### Précisions sur l'indicateur

**Numérateur.** L'information est extraite de deux sources de données selon le type d'établissement où a eu lieu le séjour hospitalier :

- Pour les établissements ex-DG, l'information est extraite du PMSI MC
- Pour les établissements ex-OQN, l'information est extraite du DCIR

Pour les séjours en cliniques privées, les montants remboursables des actes libéraux réalisés pendant le séjour sont comptabilisés. Par contre, les dépassements d'honoraires ne le sont pas.

Concernant les séjours réalisés en établissement ex-DG, seuls les séjours valorisés en MC sont pris en compte.

### 10 Dépense par PA pour les séjours en établissement de SSR

	Calcul	Source
<b>Numérateur</b>	Somme des dépenses remboursables par l'AM obligatoire pour les séjours en établissement SSR des PA résidant au sein du territoire	PMSI SSR / Sniiram (DCIR)
<b>Dénominateur</b>	Nombre de PA résidant au sein du territoire	Cohorte Paerpa

#### Précisions sur l'indicateur

**Numérateur.** Les estimations de dépenses en établissements de SSR sont calculées et fournies à l'Irdes par la Cnam. Pour les séjours en établissement public, un prix de journée en fonction du type d'hospitalisation et de l'établissement du patient a été calculé. Celui-ci a été estimé à partir de la dotation propre à chaque établissement divisée par le nombre total de journées d'hospitalisation dans l'établissement SSR (un coefficient de pondération selon le type d'hospitalisation a été affecté). Le montant remboursé est donc issu du produit entre le nombre de journées et le prix de journée pondéré par le type d'hospitalisation ainsi que les paramètres de prise en charge du patient (en soustrayant les forfaits journaliers ou un ticket modérateur lorsqu'il fallait l'appliquer).

Pour les séjours en cliniques privées, l'information est extraite du DCIR. Les montants remboursables des actes libéraux réalisés pendant le séjour sont comptabilisés. En revanche, les dépassements d'honoraires ne le sont pas.

## 11 Dépense par PA pour les séjours en établissement de psychiatrie

	Calcul	Source
<b>Numérateur</b>	Somme des dépenses remboursables par l'AM obligatoire pour les séjours en psychiatrie des PA résidant au sein du territoire	PMSI PSY, Sniiram (DCIR)
<b>Dénominateur</b>	Nombre de PA résidant au sein du territoire	Cohorte Paerpa

### Précisions sur l'indicateur

**Numérateur.** Les estimations de dépenses en établissements psychiatriques sont calculées et fournies à l'Irdes par la Cnam. Pour les séjours en établissement public, un prix de journée en fonction du type d'hospitalisation et de l'établissement où est pris en charge le patient a été calculé. Celui-ci a été estimé à partir de la dotation propre à chaque établissement, divisée par le nombre total de journées d'hospitalisation dans l'établissement en psychiatrie (un coefficient de pondération selon le type d'hospitalisation a été affecté). Le montant remboursé est donc issu du produit entre le nombre de journées et le prix de journée pondéré par le type d'hospitalisation, ainsi que les paramètres de prise en charge du patient (en soustrayant les forfaits journaliers ou un ticket modérateur lorsqu'il fallait l'appliquer). Pour les séjours en cliniques privées, l'information est extraite du DCIR. Les montants remboursables des actes libéraux réalisés pendant le séjour sont comptabilisés. En revanche, les dépassements d'honoraires ne le sont pas.

## 12 Dépense hospitalière par PA pour les séjours en Hospitalisation à domicile (HAD)

	Calcul	Source
<b>Numérateur</b>	Somme des dépenses remboursables par l'AM obligatoire pour les séjours en HAD des PA résidant au sein du territoire	PMSI HAD / Sniiram (DCIR)
<b>Dénominateur</b>	Nombre de PA résidant au sein du territoire	Cohorte Paerpa

### Précisions sur l'indicateur

**Numérateur.** L'information est extraite de deux sources de données selon le type d'établissement où a eu lieu le séjour hospitalier :

- Pour les établissements ex-DG, l'information sera extraite du PMSI HAD
- Pour les établissements ex-OQN, l'information sera extraite du DCIR

Pour les séjours en cliniques privées, les montants remboursables des actes libéraux réalisés pendant le séjour sont comptabilisés. En revanche, les dépassements d'honoraires ne le sont pas.

Concernant les séjours réalisés en établissement ex-DG, seuls les séjours valorisés en HAD sont pris en compte.

## 13 Nombre cumulé de journées de présence par PA en établissement de psychiatrie

	Calcul	Source
<b>Numérateur</b>	Somme des journées de présence de séjour en temps complet en psychiatrie des PA résidant au sein du territoire	PMSI PSY
<b>Dénominateur</b>	Nombre de PA résidant au sein du territoire	Cohorte Paerpa

### Précisions sur l'indicateur

**Numérateur.** Les séjours avec au moins un Résumé par séquence anonyme (RPSA) autres que temps plein sont exclus.

## 14 Nombre cumulé de journées de présence par PA en établissement de SSR

	Calcul	Source
<b>Numérateur</b>	Somme des journées de présence en établissement de SSR des PA résidant au sein du territoire	PMSI SSR
<b>Dénominateur</b>	Nombre de PA résidant au sein du territoire	Cohorte Paerpa

### Précisions sur l'indicateur

**Numérateur.** Les journées d'hospitalisations partielles sont comptabilisées comme 0,5 journée.

## 15 Nombre cumulé de journées de présence par PA en Hospitalisation à domicile (HAD)

	Calcul	Source
<b>Numérateur</b>	Somme des journées en HAD des PA résidant au sein du territoire	PMSI HAD
<b>Dénominateur</b>	Nombre de PA de la classe d'âge considérée résidant au sein du territoire	Cohorte Paerpa

### Précisions sur l'indicateur

**Numérateur.** Les séjours dont toutes les séquences de l'année sont en erreur sont exclus.

## 16 Proportion des hospitalisations non programmées en MC

	Calcul	Source
<b>Numérateur</b>	Nombre d'hospitalisations non programmées en MC des PA résidant au sein du territoire	PMSI MC
<b>Dénominateur</b>	Nombre de séjours en MC des PA résidant au sein du territoire	PMSI MC, Cohorte Paerpa

### Précisions sur l'indicateur

Cet indicateur fait partie des indicateurs de suivi définis au niveau national. En rapportant le nombre de séjours non programmés au nombre de séjours totaux dans l'établissement, il permet de comparer l'importance du phénomène au sein des établissements. Il est toutefois dépendant du nombre de séjours. Toutes choses égales par ailleurs, une augmentation du nombre de séjours conduira à des taux de séjours non programmés moins élevés.

**Numérateur.** Les prestations inter-établissements (variable type de séjour = B), les séances (CMD 28), les séjours en ambulatoire (durée de séjour = 0 jour) et les séjours en CMD 90 sont exclus.

Les hospitalisations non programmées sont repérées par l'algorithme ATIH suivant :

- Mode d'entrée = '8' (domicile) et Provenance = '5' (avec passage dans la structure d'accueil des urgences de l'établissement)

OU

- Type d'autorisation de la première Unité médicale dans la liste ci-dessous :
 

- 01 Réanimation hors pédiatrie	- 06 Néonatalogie et réanimation périnatale
- 01A Réanimation adulte hors grands brûlés	- 07 Unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD)
- 01B Réanimation adulte grands brûlés	- 07A UHCD structures des urgences générales
- 02 Soins intensifs hors Unité neurovasculaire (UNV)	- 07B UHCD structures des urgences pédiatriques
- 02A Soins intensifs en cardiologie = Unité de soins intensifs en cardiologie (Usic)	- 13 Réanimation pédiatrique
- 02B Autres soins intensifs (hors UNV, Usic, néonatalogie)	- 13A Réanimation pédiatrique hors grand brûlés
- 03 Surveillance continue hors pédiatrie	- 13B Réanimation pédiatrique grands brûlés
- 03A Soins surveillance continue adulte hors grands brûlés	- 14 Surveillance continue pédiatrique
- 03B Soins surveillance continue adulte grands brûlés	- 14A Soins surveillance continue pédiatrique hors grands brûlés
- 04 Néonatalogie sans soins intensifs	- 14B Soins surveillance continue pédiatrique grands brûlés
- 05 Néonatalogie avec soins intensifs	- 18 Soins intensifs en UNV

La nomenclature des types d'autorisations des unités médicales a été modifiée et précisée en 2013.

## 17 Nombre de séjours en MC par PA

	Calcul	Source
<b>Numérateur</b>	Nombre de séjours en MC des PA	PMSI MC
<b>Dénominateur</b>	Nombre de PA résidant au sein du territoire	Cohorte Paerpa

### Précisions sur l'indicateur

**Numérateur.** Les prestations inter-établissements (variable type de séjour = B), les séances (CMD 28) et les séjours en CMD 90 sont exclus.

## 18 Dépense moyenne par PA pour les passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation

	Calcul	Source
<b>Numérateur</b>	Somme des dépenses pour les soins réalisés lors d'un passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation des PA	PMSI MC / Sniiram (DCIR)
<b>Dénominateur</b>	Nombre de PA résidant au sein du territoire	Cohorte Paerpa

### Précisions sur l'indicateur

**Numérateur.** L'information concernant les soins réalisés lors d'un passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation est extraite de deux sources de données :

- Pour les actes et consultations externes réalisés en établissement ex-DG, l'information sera extraite du PMSI MC
- Pour les consultations ambulatoires réalisées en ville ou dans un établissement ex-OQN (hors séjours hospitaliers), l'information sera extraite du DCIR

Le passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation est repéré par l'acte « Forfait d'accueil et traitement des urgences » (ATU). Les dépenses des actes réalisés pendant le passage aux urgences en sus du « Forfait d'accueil et traitement des urgences » sont comptabilisées.

## 19 Dépense ambulatoire moyenne par PA

	Calcul	Source
<b>Numérateur</b>	Somme des dépenses pour les soins réalisés en ambulatoire des PA	PMSI MC / Sniiram (DCIR)
<b>Dénominateur</b>	Nombre de PA résidant au sein du territoire	Cohorte Paerpa

### Précisions sur l'indicateur

Les soins ambulatoires recensent l'ensemble des soins réalisés en ville ainsi que les actes et consultations externes en établissement public et en clinique privée. Ces prestations concernent les actes réalisés par les praticiens (dont ceux des dentistes), les auxiliaires libéraux, les biologistes, les passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation, ainsi que les achats de médicaments, de prothèses, d'optique, d'appareils de traitements, de pansements, l'utilisation de transports.

Les dépassements d'honoraires sont comptabilisés dans les dépenses.

**Numérateur.** L'information concernant les soins réalisés en ambulatoire est extraite de deux sources de données:

- Pour les actes et consultations externes réalisés en établissement ex-DG, l'information sera extraite du PMSI MC
- Pour les consultations ambulatoires réalisées en ville ou dans un établissement ex-OQN (hors séjours hospitaliers), l'information sera extraite du DCIR

## 20 Dépense moyenne par PA des soins réalisés par un médecin généraliste

	Calcul	Source
<b>Numérateur</b>	Somme des dépenses pour les soins réalisés par un généraliste des PA	PMSI MC / Sniiram (DCIR)
<b>Dénominateur</b>	Nombre de PA résidant au sein du territoire	Cohorte Paerpa

### Précisions sur l'indicateur

Les dépassements d'honoraires sont comptabilisés dans les dépenses.

**Numérateur.** L'information concernant les soins réalisés en ambulatoire est extraite de deux sources de données :

- Pour les actes et consultations externes réalisés en établissement ex-DG, l'information sera extraite du PMSI MC
- Pour les consultations ambulatoires réalisées en ville ou dans un établissement ex-OQN (hors séjours hospitaliers), l'information sera extraite du DCIR

Les soins réalisés par un médecin généraliste sont associés à l'un des praticiens suivants :

- 01 Médecine générale
- 22 Spécialiste en médecine générale avec diplôme
- 23 Spécialiste en médecine générale reconnu par l'Ordre des médecins

## 21 Dépense moyenne par PA des soins réalisés par un infirmier libéral

	Calcul	Source
<b>Numérateur</b>	Somme des dépenses pour les soins réalisés par un infirmier libéral des PA	PMSI MC / Sniiram (DCIR)
<b>Dénominateur</b>	Nombre de PA résidant au sein du territoire	Cohorte Paerpa

### Précisions sur l'indicateur

Les soins réalisés par les Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) ne sont pas inclus car ils ne remontent pas dans les systèmes d'information.

**Numérateur.** L'information concernant les soins réalisés en ambulatoire est extraite de deux sources de données :

- Pour les actes et consultations externes réalisés en établissement ex-DG, l'information est extraite du PMSI MC
- Pour les consultations ambulatoires réalisées en ville ou dans un établissement ex-OQN (hors séjours hospitaliers), l'information est extraite du DCIR

Les soins réalisés par un infirmier libéral sont exercés par l'auxiliaire suivant :

- 24 Infirmiers et infirmières

## 22 Dépense moyenne par PA des soins réalisés par un auxiliaire libéral autre qu'un infirmier libéral

	Calcul	Source
<b>Numérateur</b>	Somme des dépenses pour les soins réalisés par un auxiliaire libéral autre qu'un infirmier libéral des PA	PMSI MC / Sniiram (DCIR)
<b>Dénominateur</b>	Nombre de PA résidant au sein du territoire	Cohorte Paerpa

### Précisions sur l'indicateur

**Numérateur.** L'information concernant les soins réalisés en ambulatoire est extraite de deux sources de données :

- Pour les actes et consultations externes réalisés en établissement ex-DG, l'information est extraite du PMSI MC
- Pour les consultations ambulatoires réalisées en ville ou dans un établissement ex-OQN (hors séjours hospitaliers), l'information est extraite du DCIR

Les soins réalisés par un auxiliaire libéral autre qu'un infirmier libéral sont exercés par l'un des professionnels de santé suivants :

26 Masseurs-kinésithérapeutes / 27 Pédicures / 28 Orthophonistes / 29 Orthoptistes

## 23 Dépense moyenne par PA des médicaments achetés en ville

	Calcul	Source
<b>Numérateur</b>	Somme des dépenses pour les médicaments achetés en ville par les PA	Sniiram (DCIR)
<b>Dénominateur</b>	Nombre de PA résidant au sein du territoire	Cohorte Paerpa

### Précisions sur l'indicateur

#### Numérateur.

Les actes de base sélectionnés sont :

3311	Médicaments à vignette barrée en noire	3319	Pharmacie hospitalière
3341	Médicaments à vignette orange	3321	Forfait pharmaceutique en maternité
3312	Médicaments à vignette bleue	3322	Majoration pour achat hors heures ouvrables
3313	Médicaments à vignette blanche	3323	Copie d'ordonnance
3314	Hormone de croissance	3325	Majoration pharmacie des îles
3315	Médicaments antirétroviraux	3326	Préparation magistrale remboursable
3316	Médicaments d'exception	3327	Préparation magistrale homéopathique
3317	Médicaments pharmacie 100 %	3328	Préparation homéopathique unitaire
3318	Pharmacie hospitalière 65 %		

## 24 Nombre de prescriptions différentes de médicaments remboursés par PA

	Calcul	Source
<b>Numérateur</b>	Moyenne annuelle du nombre de classes Anatomiques, thérapeutiques et chimiques (ATC) différentes remboursées par trimestre par PA	Sniiram (DCIR)
<b>Dénominateur</b>	Nombre de PA résidant au sein du territoire	Cohorte Paerpa

### Précisions sur l'indicateur

**Numérateur.** Le code de la classification Anatomique, thérapeutique et chimique (ATC) sélectionné est le plus fin, c'est-à-dire le niveau 5 (soit 7 caractères).

Il s'agit de la moyenne annuelle du nombre de classes ATC5 différentes remboursées par trimestre.

## 25 Proportion de PA ayant eu au moins 10 prescriptions différentes de médicaments par trimestre (indicateur cumulatif)

	Calcul	Source
<b>Numérateur</b>	Nombre de PA résidant au sein du territoire ayant eu en moyenne 10 classes Anatomiques, thérapeutiques et chimiques (ATC) différentes remboursées par trimestre dans l'année	Sniiram (DCIR)
<b>Dénominateur</b>	Nombre de PA résidant au sein du territoire	Cohorte Paerpa

### Précisions sur l'indicateur

**Numérateur.** Les médicaments sont identifiés par le code de la classification Anatomique, thérapeutique et chimique (ATC) au niveau le plus fin, c'est-à-dire le niveau 5 (soit 7 caractères).

## 26 Proportion de PA ayant eu un traitement par benzodiazépine à longue durée d'action

	Calcul	Source
Numérateur	Nombre de PA résidant au sein du territoire ayant eu un traitement par benzodiazépine de longue durée d'action	Sniiram (DCIR)
Dénominateur	Nombre de PA résidant au sein du territoire	Cohorte Paerpa

### Précisions sur l'indicateur

**Numérateur.** Pour déterminer si la PA a eu une prescription de benzodiazépine à longue durée d'action, les codes ATC suivants ont été retenus : N05BA01 / N05BA05 / N05BA08 / N05BA09 / N05BA11 / N05BA16 / N05BA18 / N05CD02 / N05CD03 / N05CX.