

APPEL À COMMUNICATION ET RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

La lettre *Info en Santé*, système d'information, stratégie, qualité s'adresse en priorité aux DIM, directeurs, DSIO, DAF, présidents de CME des établissements de santé, ainsi qu'aux services des ARH, DRASS, DDASS, Assurance Maladie et plus généralement à toutes les personnes intéressées. Cette lettre publie des analyses, études, points de vue ayant trait aux systèmes d'information des établissements de santé, aux indicateurs quantitatifs et qualitatifs d'activité, de stratégie, d'organisation sanitaire, etc.

Manuscrits

Les manuscrits doivent être envoyés à la rédaction en deux exemplaires, texte, tableaux et figures compris. Ils seront dactylographiés en double interligne, recto seul, sur du papier 21 x 29,7 cm, leurs pages numérotées.

Figures, tableaux et dessins seront disposés en fin de document, avec changement de page pour chacun. Chaque figure, tableau ou dessin doit être titré et sa source (mention de l'origine du document et de l'année de référence) indiquée en pied de document. Exemple : CHU de Nantes, 1999.

Support informatique

Tout manuscrit doit être doublé d'un support informatique. Il peut être envoyé soit par e-mail en fichier joint « .doc » (compatibilité PC) à l'attention de Yann Bubien : y.bubien@fhf.fr accompagné d'un message de présentation mentionnant notamment les coordonnées de l'auteur (adresse postale, téléphone et fax), soit adressé par disquette accompagnant le manuscrit à la rédaction. Les manuscrits devront être saisis de préférence par un logiciel de traitement de texte Word pour PC.

Le fichier joint sera nommé sous le nom de l'auteur du document.

La disquette mentionnera le nom du ou des fichiers qui comprennent l'article et/ou les tableaux, le logiciel utilisé et le système d'exploitation.

Enregistrer le texte dans un fichier, les tableaux (sans trame) dans un ou plusieurs autres fichiers.

Présentation des textes

La lettre *Info en Santé* comporte plusieurs rubriques ouvertes aux auteurs extérieurs :

- Articles originaux
- Points de vue
- Correspondances

Sauf accord de la rédaction, les manuscrits ne doivent pas excéder, bibliographie et iconographie comprises :

- 20 pages dactylographiées pour les articles originaux ;
- 5 pages dactylographiées pour les points de vue ;
- 1 page dactylographiée pour les correspondances.

Ils comportent :

- > **une page titre** donnant le titre de l'article, aussi court et précis que possible, les prénom, nom du ou des auteurs, les fonctions et lieux d'exercice professionnel, l'adresse et les coordonnées du responsable de la correspondance ;
- > **une introduction courte**, permettant au lecteur, même non spécialiste, de connaître l'orientation et l'étendue de l'article ;
- > **l'exposé** : si un paragraphe est particulièrement long, prévoir des intertitres pour faciliter la lecture (trois niveaux d'intertitres maximum) ;

> **une bibliographie** se limitant aux titres essentiels (vingt au maximum, sauf accord du comité de rédaction). Les références sont appelées dans le texte et classées suivant l'ordre d'apparition.

Les références doivent indiquer :

> **pour les périodiques** : nom du ou des auteurs (en caractères courants) suivi de l'initiale du ou des prénoms (conformément à la convention de Vancouver, indiquer le nom de tous les auteurs si leur nombre est égal au plus à six ; au-delà, citer les trois premiers suivis de la mention « & al. »), titre de l'article, nom du périodique, selon l'abréviation en usage internationalement, année, tome, première et dernière page ;

> **pour les livres écrits par un ou plusieurs auteurs** : nom du ou des auteurs suivi de l'initiale du ou des prénoms, titre du livre, nom et adresse de l'éditeur, année et, au besoin, la page à l'intérieur du livre.

Acceptation

Sollicités ou non, les articles sont soumis pour acceptation au comité de rédaction. Celui-ci recueille au préalable l'avis motivé et anonyme de lecteurs choisis pour leur compétence en la matière. Dans un délai de six à huit semaines, les auteurs sont informés de l'acceptation, du rejet ou d'une demande de modification.

Correspondance

Pour toute correspondance et envoi de textes, s'adresser à :
Dr Bernard Garrigues et Yann Bubien
Fédération hospitalière de France
33, avenue d'Italie
75013 PARIS

Bulletin d'inscription Lettre INFO en SANTÉ sur le fichier nominatif de routage

Société / Établissement

Destinataire

Adresse d'expédition

.....

.....

Tél. : E-mail :

Bulletin à retourner à :
Fabien Viry

LETRE INFO EN SANTÉ - FHF
33, avenue d'Italie
75013 Paris
Tél. : 01 44 06 84 67
Fax : 01 44 06 84 45
E-mail : f.viry@fhf.fr

Souhaite recevoir, à titre nominatif, la Lettre *Info en Santé*

INFO en SANTÉ

lettre n° 9
août 2004

système d'information, stratégie, qualité



ÉDITORIAL Gérard VINCENT P. 1

CHIFFRES CLÉS

Les personnes âgées P. 1
David CAUSSE, Murielle JAMOT
Hospitalisation
des personnes âgées en MCO P. 4
Stéphane FINKEL, Bernard GARRIGUES

ARTICLES ORIGINAUX

Les personnes âgées et la T2A P. 8
David CAUSSE
Enjeux et perspectives
dans le secteur
des personnes âgées P. 9
Marie-Sophie DESSAULLE

QUESTIONS D'ACTUALITÉ P. 11

Le PMSI est-il mort avec le point ISA?
Emmanuel HORNUS

LIBRE OPINION P. 12

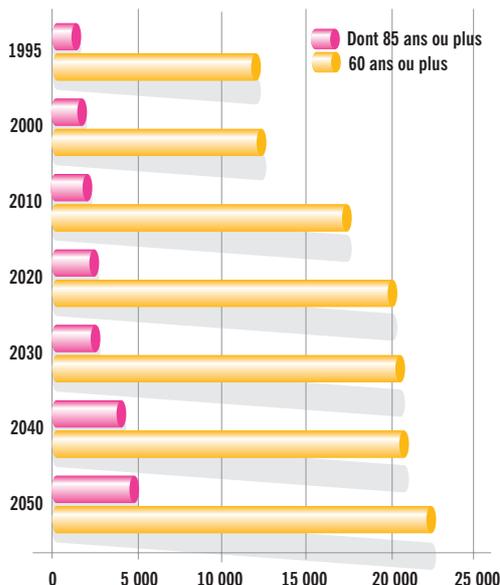
PMSI et T2A: la grande inquiétude
des gériatres Dr Jean-Marie VETEL

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

ET BULLETIN D'INSCRIPTION P. 16

SPÉCIAL Personnes âgées

Quelques chiffres sur le vieillissement de la population française



Prévision de l'évolution du nombre de personnes âgées

Source : Insee, hypothèse médiane, 1999.

Une population âgée de plus en plus importante...

Vingt pour cent de la population française a plus de 60 ans et représentera un quart de la population totale en 2020.

Les personnes de plus de 75 ans représentent 9,6 % de la population actuelle et seront 11 % en 2020. Au cours des cinquante prochaines années, le nombre de personnes de plus de 60 ans augmentera de 9 millions, soit +75 %, selon le scénario de mortalité haute, et de 12 millions dans l'hypothèse de mortalité basse.

Un bébé sur deux qui naît aujourd'hui devrait être centenaire si l'espérance de vie continue à augmenter de la même manière qu'au

ÉDITORIAL

Cette lettre d'Info en Santé sur la prise en charge des personnes âgées dans les services hospitaliers de court séjour arrive à point nommé. Après le drame de l'été 2003, qui a conduit nombre d'établissements hospitaliers dans plusieurs régions à pratiquer une « gériatrie de catastrophe », les pères ont été quelque peu brouillés concernant les soins hospitaliers « de tous les jours » aux personnes âgées. Contrairement à certaines idées reçues, il ressort des travaux conduits pour ce numéro spécial « personnes âgées », grâce à la base PMSI, que celles-ci ne submergent pas les services de médecine ou de spécialité comme on l'entend dire souvent. Une personne hospitalisée sur quatre a plus de 75 ans. C'est une proportion à la fois suffisamment modérée pour atténuer les appréhensions et suffisamment importante pour la prendre en considération à sa juste mesure, dans l'adaptation progressive de l'organisation de l'offre hospitalière et médico-sociale. En tout état de cause, la proportion actuelle est logique au regard de la pyramide des âges de notre pays. Cela étant, il faut prendre en compte le fait que nous ne sommes qu'à l'orée de la révolution démographique et que la proportion de personnes âgées de plus de 85 ans dans la population générale va augmenter de 40 % en 2010, et de 75 % d'ici 2020. Pour se conformer pleinement au principe d'adaptation, l'un des piliers fondateurs du service public, il nous faut donc d'ores et déjà nous mobiliser pour savoir faire de tous nos embarras hospitaliers quotidiens (recherche d'une place d'hébergement par les services d'urgence, négociation délicate d'un lit par un administrateur de garde le week-end avec les services de spécialité), autant de sources d'enseignement et de raisons de faire face.

Gérard VINCENT

Délégué général de la FHF

INFO en SANTÉ

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION Claude Évin

RÉDACTEUR EN CHEF Gérard Vincent

RÉDACTEUR EN CHEF ADJOINT Bernard Garrigues

COMITÉ DE RÉDACTION

Yann Bubien, Bruno Aublet-Cuvelier, Éric Lepage, Régis Beuscart, Michel Calmon, Thierry Courbis, Pierre Dujols

SECRÉTAIRES DE RÉDACTION

Isabelle Hollinger, Laurence Mauté

MAQUETTE, FABRICATION, ÉDITION Héral

IMPRIMEUR Pharmapost

CORRESPONDANCE Yann Bubien y.bubien@fhf.fr

**Fédération
hospitalière
de France**

33, avenue d'Italie

75013 Paris

Tél. : 01 44 06 84 44

Fax : 01 44 06 84 45

E-mail : fhf@fhf.fr

Site : www.fhf.fr



Les personnes âgées

cours du siècle précédent. Actuellement, cette dernière est de 74 ans pour les hommes et de 80 ans pour les femmes. Elle devrait être de 89 ans pour les femmes et de 81 ans pour les hommes en 2020.

... et de plus en plus dépendante ?

La prise en charge des personnes âgées dépendantes représente-t-elle un enjeu majeur pour les années futures ? À domicile comme en institution, la perte d'autonomie est mesurée à l'aide d'une grille d'évaluation, intitulée Aggir, qui détermine six groupes, les personnes classées dans le groupe 1 étant les plus dépendantes (tableau 1). Selon la grille Aggir, environ 530 000 personnes de plus de 60 ans sont classées dans un GIR 1 à 3. La moitié a plus de 85 ans. 260 000 personnes âgées sont classées en GIR 4.

Les personnes confinées au lit ou au fauteuil ou aidées pour la toilette et l'habillage représentent environ 5 % de la population des 60 ans et plus, avec une prévalence fortement croissante avec l'âge. Les deux tiers sont des femmes parce qu'elles sont plus nombreuses aux âges élevés et 46 % ont 85 ans et plus. Parmi elles, 225 000, dont 120 000 en institutions, sont confinées au lit ou au fauteuil. En institution, deux tiers des personnes confinées au lit ou au fauteuil souffrent aussi d'une dépendance psychique, la moitié à domicile.

Ce que l'on peut remarquer toutefois, c'est une baisse de l'incidence de la dépendance physique lourde ou cours de la décennie 1990, autrement dit une amélioration de l'espérance de vie sans incapacité. En effet, le nombre de personnes de 65 ans et plus, confinées au lit ou au fauteuil ou ayant besoin d'aide pour la toilette et l'habillage, était estimé à 670 000. Nous notons donc une baisse en dix ans de 670 000 à 600 000 personnes dépendantes alors que pendant la même période, la population âgée de 65 ans et plus est passée de 7,9 mil-

lions à 9,4 millions, soit une baisse globale de la prévalence de la dépendance physique de 8,5 % à 6,4 %. De quoi se réjouir !

Offre de soins et d'hébergement à domicile et en établissement

Une aide financière :

l'allocation personnalisée d'autonomie

C'est au vu du classement fourni par la grille Aggir et en fonction de leurs ressources que les personnes âgées peuvent bénéficier d'une aide financière pour couvrir les frais liés à leur perte d'autonomie, l'aide personnalisée d'autonomie (Apa).

Selon la Drees, 758 000 personnes âgées sont bénéficiaires de l'Apa au 30 septembre 2003 ; 55 % vivent à domicile et 45 % en établissement. Le montant moyen du plan d'aide à domicile est de 470 euros par mois ; en établissement pour les personnes en GIR 1 à 4, il s'établit à 371 euros en moyenne par mois (étude n° 281, décembre 2003).

La prise en charge à domicile

Les services de soins infirmiers à domicile

Les personnes âgées dépendantes (GIR 1 à 4) peuvent être prises en charge par un service de soins infirmiers à domicile qui va les aider à effectuer les actes de nursing et assurer les actes techniques infirmiers. Ce service est financé à 100 % par l'assurance maladie.

En 2001, 67 000 personnes âgées ont bénéficié de soins infirmiers à domicile. Environ la moitié d'entre elles ont plus de 85 ans, et 90 % présentent une dépendance lourde. Le secteur public gère 11 000 places sur les 67 000 existantes.

Par ailleurs, il est prévu entre 2000 et 2005 création de 20 000 places supplémentaires.

Tableau 1

Nombre de personnes âgées dépendantes selon l'outil Aggir

Équivalent GIR	À domicile	En établissement *	En institutions**	Ensemble
GIR 1	22 000	46 000	1 000	69 000
GIR 2	133 000	125 000	4 000	262 000
GIR 3	137 000	62 000	2 000	201 000
Sous-total GIR 1 à 3	292 000	233 000	7 000	532 000
GIR 4	232 000	31 000	1 000	264 000
Sous-total GIR 1 à 4	524 000	264 000	8 000	796 000
GIR 5	346 000	43 000	1 000	390 000
GIR 6	10 692 000	156 000	7 000	10 855 000
GIR inconnu	24 000	17 000	4 000	43 000
Ensemble des 60 ans et plus	11 586 000	480 000	18 000	12 084 000

* Maisons de retraite, publiques ou privées, avec ou sans section de cure médicale, services de soins de longue durée des hôpitaux.

** Établissements pour adultes handicapés, établissements psychiatriques.

Source : Insee, enquêtes HID (Handicaps, incapacités, dépendances) 1998 et 1999, calculs Drees.

Autres modes de prise en charge

Les autres personnes âgées (GIR 5 et 6) peuvent bénéficier de services de maintien à domicile - ménage, portage de repas, téléalarme... - qui sont financés par elles-mêmes, leur mutuelle, leur caisse de retraite...

Coût

On évalue de 3 050 à 3 800 euros par mois le coût de la prise en charge à domicile d'une personne avec forte dépendance.

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées

Dix pour cent des plus de 75 ans et 46 % des plus de 90 ans vivent dans des institutions médico-sociales ou sanitaires. Au total, les femmes de 60 ans et plus sont trois fois plus nombreuses que les hommes à vivre en établissement.

Capacité d'accueil

On recense 9 500 établissements d'hébergement de personnes âgées (EHPA) régis par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et 1 100 unités de soins de longue durée.

Parmi les 9 254 EHPA recensés par l'enquête EHPA 1996, 5 021 (environ 54 %) ont une capacité d'accueil inférieure ou égale à 60 lits ou places.

La moitié des EHPA (4 626) acceptent les personnes âgées dépendantes.

L'hébergement temporaire et l'accueil de jour sont proposés respectivement par 27 % et 6 % des EHPA.

L'accueil familial de personnes âgées

Au 1^{er} janvier 1997, un bilan établi par la Dress montre que 5 900 personnes âgées sont hébergées par une famille d'accueil. Ce mode d'hébergement est marginal et inégalement réparti sur le territoire français.

Schéma 1

Répartition de l'hébergement des personnes âgées

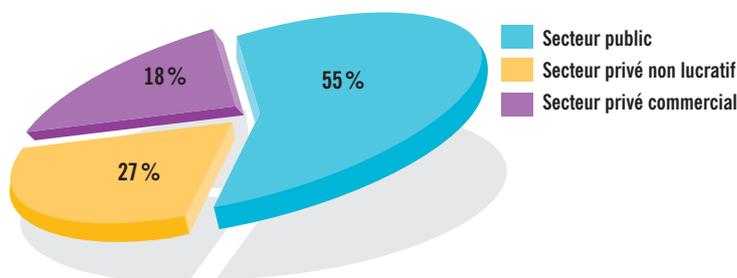


Tableau 2

Nombre de personnes âgées de plus de 60 ans vivant à domicile et bénéficiant d'aides techniques et d'un aménagement du logement

Aides à la mobilité	1,5 million
• cannes, béquilles	1,35 million
• fauteuils roulants	136 800
• déambulateurs	136 000
Aides pour pallier les problèmes d'incontinence (protections, sondes)	552 000
Aides auditives	563 000
Téléalarme	400 000
Aménagement du logement, mobilier adapté (rampes, mains courantes)	540 000

Source : enquête HID.

Tableau 3

Nombre de places en établissements d'hébergement pour personnes âgées

	Maisons de retraite	Foyers logements	USLD
Statut public hospitalier	190 000	10 000	80 000
Statut public territorial	15 000	90 000	
Statut privé non lucratif	132 000	45 000	4 000
Statut privé commercial	112 000	6 000	
Total	449 000	141 000	84 000

Guide de l'administrateur d'hôpital et d'établissement médico-social

Nouvelle édition

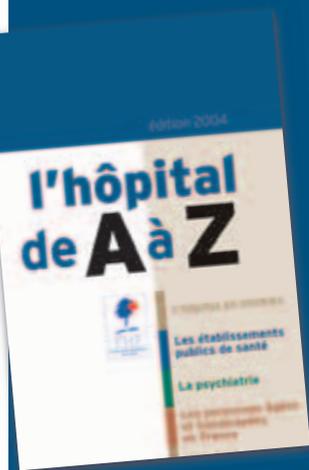
tarifs franco de port*

Publié sous l'égide de
la Fédération
hospitalière de France

1 exemplaire	25,00 € ^{TTC}	
de 2 à 5 exemplaires	16,00 € ^{TTC}	l'unité
de 6 à 9 exemplaires	12,00 € ^{TTC}	l'unité
de 10 à 100 exemplaires	9,00 € ^{TTC}	l'unité
101 et +	7,00 € ^{TTC}	l'unité

Commandes à adresser à HÉRAL
44, rue Jules Ferry
94400 Vitry-sur-Seine
Tél. : 01 45 73 69 20
Fax : 01 46 82 55 15
E-mail : commercial@heral-pub.fr

* **Attention :** Pour les commandes à destination des DOM TOM ou des pays étrangers, les frais de port sont facturés en sus.



Hospitalisation des person

Résultats globaux à partir de la base nationale PMSI 2002 regroupée en version V9

Attention : la radiothérapie privée est incomplète dans le PMSI

Par type d'entité juridique

	JOURNÉES	NB SÉJOURS + SÉANCES
Public	48 032 563	13 406 533
Privé	18 272 632	7 777 544
Total	66 305 195	21 184 077
Part du public	72,4 %	63,3 %

Par tranche d'âge

	JOURNÉES	% TRANCHE ÂGE	NB SÉJOURS + SÉANCES	TRANCHE ÂGE
< 65 ans	35 126 177	53,0 %	13 487 183	63,7 %
65/74 ans	11 698 187	17,6 %	3 856 848	18,2 %
75/84 ans	13 032 024	19,7 %	2 977 611	14,1 %
85 ans et +	6 448 807	9,7 %	862 435	4,1 %

Par type d'entité juridique et tranche d'âge

		JOURNÉES	% TRANCHE ÂGE	NB SÉJOURS + SÉANCES	% TRANCHE ÂGE
Public	< 65 ans	25 052 190	52,2 %	8 570 433	63,9 %
	65/74 ans	8 128 360	16,9 %	2 350 375	17,5 %
	75/84 ans	9 597 713	20,0 %	1 857 812	13,9 %
	85 ans et +	5 254 300	10,9 %	627 913	4,7 %
Privé	< 65 ans	10 073 987	55,1 %	4 916 750	63,2 %
	65/74 ans	3 569 827	19,5 %	1 506 473	19,4 %
	75/84 ans	3 434 311	18,8 %	1 119 799	14,4 %
	85 ans et +	1 194 507	6,5 %	234 522	3,0 %

	JOURNÉES	NB SÉJOURS + SÉANCES	
Part du public	< 65 ans	71,3 %	63,5 %
	65/74 ans	69,5 %	60,9 %
	75/84 ans	73,6 %	62,4 %
	85 ans et +	81,5 %	72,8 %

Médecine et chirurgie (au sens du PMSI)

Attention : la radiothérapie privée est incomplète dans le PMSI

		< 65 ANS		65 À 74 ANS		75 À 84 ANS		> 85 ANS		TOTAL NB RSA
		NB RSA	% TRANCHE ÂGE	NB RSA	% TRANCHE ÂGE	NB RSA	% TRANCHE ÂGE	NB RSA	% TRANCHE ÂGE	
Public et PSPH	1- Chirurgie	1 265 184	67,9 %	286 983	15,4 %	232 300	12,5 %	77 858	4,2 %	1 862 325
	2- Médecine	6 469 044	60,5 %	2 059 682	19,2 %	1 622 464	15,2 %	548 897	5,1 %	10 700 087
Privé	1- Chirurgie	1 923 676	65,8 %	487 399	16,7 %	414 476	14,2 %	97 629	3,3 %	2 923 180
	2- Médecine	2 608 612	58,4 %	1 016 229	22,8 %	703 415	15,8 %	135 622	3,0 %	4 463 878
Total	1- Chirurgie	3 188 860	66,6 %	774 382	16,2 %	646 776	13,5 %	175 487	3,7 %	4 785 505
	2- Médecine	9 077 656	59,9 %	3 075 911	20,3 %	2 325 879	15,3 %	684 519	4,5 %	15 163 965
		< 65 ANS		65 À 74 ANS		75 À 84 ANS		> 85 ANS		TOTAL
Part du public	1- Chirurgie	39,7 %		37,1 %		35,9 %		44,4 %		38,9 %
	2- Médecine	71,3 %		67,0 %		69,8 %		80,2 %		70,6 %



nes âgées en MCO

Régions

Attention : la radiothérapie privée est incomplète dans le PMSI

	< 65 ANS		65 À 74 ANS		75 À 84 ANS		> 85 ANS		TOTAL
	NB SÉJOURS + SÉANCES	% TRANCHE ÂGE	NB SÉJOURS + SÉANCES						
Étranger ou inconnu	219 615	69,9 %	53 383	17,0 %	33 092	10,5 %	7 950	2,5 %	314 040
ALSACE	406 401	64,4 %	122 911	19,5 %	81 706	12,9 %	20 367	3,2 %	631 385
AQUITAINE	625 328	58,5 %	207 262	19,4 %	180 649	16,9 %	54 791	5,1 %	1 068 030
AUVERGNE	275 597	60,1 %	93 219	20,3 %	71 022	15,5 %	18 825	4,1 %	458 663
BASSE-NORMANDIE	279 649	60,7 %	86 653	18,8 %	72 275	15,7 %	22 490	4,9 %	461 067
BOURGOGNE	335 413	60,3 %	107 367	19,3 %	87 627	15,8 %	25 608	4,6 %	556 015
BRETAGNE	600 458	61,3 %	187 874	19,2 %	148 604	15,2 %	41 954	4,3 %	978 890
CENTRE	506 611	61,1 %	152 534	18,4 %	128 597	15,5 %	42 069	5,1 %	829 811
CHAMPAGNE-ARDENNE	296 734	63,3 %	87 427	18,7 %	65 780	14,0 %	18 791	4,0 %	468 732
CORSE	77 166	61,2 %	26 041	20,7 %	18 113	14,4 %	4 752	3,8 %	126 072
FRANCHE-COMTÉ	251 999	61,7 %	83 821	20,5 %	57 739	14,1 %	14 766	3,6 %	408 325
GUADELOUPE	85 402	73,6 %	17 090	14,7 %	11 264	9,7 %	2 309	2,0 %	116 065
GUYANE	3 628	89,1 %	323	7,9 %	107	2,6 %	14	0,3 %	4 072
HAUTE-NORMANDIE	383 162	65,1 %	101 082	17,2 %	81 130	13,8 %	22 999	3,9 %	588 373
ÎLE-DE-FRANCE	2 460 438	69,1 %	550 468	15,5 %	423 231	11,9 %	128 411	3,6 %	3 562 548
LANGUEDOC-ROUSSILLON	533 596	60,5 %	171 426	19,4 %	138 365	15,7 %	38 741	4,4 %	882 128
LIMOUSIN	138 421	54,2 %	55 286	21,7 %	45 134	17,7 %	16 434	6,4 %	255 275
LORRAINE	526 430	62,2 %	174 650	20,6 %	116 673	13,8 %	28 961	3,4 %	846 714
MARTINIQUE	61 186	73,7 %	13 012	15,7 %	7 146	8,6 %	1 667	2,0 %	83 011
MIDI-PYRÉNÉES	577 893	59,6 %	183 539	18,9 %	156 950	16,2 %	51 147	5,3 %	969 529
NORD-PAS-DE-CALAIS	923 543	67,8 %	233 819	17,2 %	166 306	12,2 %	38 700	2,8 %	1 362 368
PACA	1 167 280	60,8 %	372 127	19,4 %	296 158	15,4 %	84 441	4,4 %	1 920 006
PAYS DE LA LOIRE	661 238	63,2 %	190 202	18,2 %	149 429	14,3 %	46 149	4,4 %	1 047 018
PICARDIE	432 173	65,1 %	116 954	17,6 %	89 828	13,5 %	24 937	3,8 %	663 892
POITOU-CHARENTES	353 822	57,7 %	127 104	20,7 %	101 154	16,5 %	31 558	5,1 %	613 638
RÉUNION	161 850	73,5 %	33 954	15,4 %	20 332	9,2 %	4 125	1,9 %	220 261
RHÔNE-ALPES	1 142 150	65,3 %	307 320	17,6 %	229 200	13,1 %	69 479	4,0 %	1 748 149
TOTAL	13 487 183	63,7 %	3 856 848	18,2 %	2 977 611	14,1 %	862 435	4,1 %	21 184 077



Les défis de l'hôpital
qualité, recherche et compétences

34^e Congrès de la Fédération internationale des hôpitaux

www.fih2005.com



Organisateur :
Fédération hospitalière de France
33, avenue d'Italie - 75013 Paris
Tél. : + 33 (0) 1 44 06 84 44
Fax : + 33 (0) 1 44 06 84 45
site : www.fhf.fr



Pôles d'activité (classification OAP)

Attention : la radiothérapie privée est incomplète dans le PMSI

Public et PSPH

Les activités d'obstétrique et de néonatalogie ne sont pas figurées car sans objet

	< 65 ANS		65 À 74 ANS		75 À 84 ANS		> 85 ANS		TOTAL
	NOMBRE	% TRANCHE	NOMBRE	% TRANCHE	NOMBRE	% TRANCHE	NOMBRE	% TRANCHE	NOMBRE
	RSA	ÂGE	RSA	ÂGE	RSA	ÂGE	RSA	ÂGE	RSA
AA - Digestif	792 180	66,5 %	195 321	16,4 %	148 064	12,4 %	56 208	4,7 %	1 191 773
AB - Orthopédie, rhumatologie	619 657	66,7 %	125 333	13,5 %	121 278	13,1 %	62 565	6,7 %	928 833
AC - Uro-néphrologie	766 433	44,5 %	463 902	26,9 %	412 876	24,0 %	79 570	4,6 %	1 722 781
AD - Système nerveux	376 981	58,3 %	92 628	14,3 %	114 541	17,7 %	62 239	9,6 %	646 389
AE - Cardiologie	265 219	38,4 %	158 985	23,0 %	177 616	25,7 %	89 341	12,9 %	691 161
AF - Vasculaire périphérique	87 765	49,4 %	44 692	25,1 %	34 488	19,4 %	10 892	6,1 %	177 837
AG - Pneumologie	280 456	50,7 %	99 517	18,0 %	109 106	19,7 %	64 076	11,6 %	553 155
AH - ORL, stomatologie	289 151	86,8 %	23 270	7,0 %	15 642	4,7 %	5 130	1,5 %	333 193
AI - Ophtalmologie	82 959	42,3 %	46 906	23,9 %	52 330	26,7 %	13 717	7,0 %	195 912
AJ - Gynécologie	216 691	83,7 %	25 332	9,8 %	13 546	5,2 %	3 192	1,2 %	258 761
AM - Hématologie	228 834	56,2 %	86 519	21,3 %	68 537	16,8 %	23 177	5,7 %	407 067
AN - Chimiothérapie, radiothérapie	1 357 788	58,3 %	653 143	28,1 %	289 606	12,4 %	27 941	1,2 %	2 328 478
AO - Endocrinologie	235 182	68,1 %	56 907	16,5 %	37 360	10,8 %	15 797	4,6 %	345 246
AP - Peau et tissu sous-cutané	225 776	72,2 %	33 447	10,7 %	34 375	11,0 %	19 042	6,1 %	312 640
AQ - Brûlures	10 631	91,1 %	517	4,4 %	356	3,1 %	168	1,4 %	11 672
AR - Maladies infectieuses (hors VIH)	74 514	71,4 %	11 894	11,4 %	11 838	11,3 %	6 080	5,8 %	104 326
AS - Maladie VIH	112 429	97,5 %	2 455	2,1 %	461	0,4 %	17	0,0 %	115 362
AT - Transplant d'organes, greffes de moelle	7 577	94,1 %	462	5,7 %	8	0,1 %	2	0,0 %	8 049
AU - Trauma multiples ou complexes graves	6 871	78,7 %	854	9,8 %	780	8,9 %	229	2,6 %	8 734
AV - Psychiatrie, toxicologie, intox, alcool.	191 289	78,5 %	19 488	8,0 %	23 025	9,4 %	9 958	4,1 %	243 760
AW - Décès, transferts immédiats	113 874	55,9 %	30 182	14,8 %	35 689	17,5 %	23 887	11,7 %	203 632
AX - Autres prises en charge	763 379	66,7 %	174 904	15,3 %	153 235	13,4 %	53 519	4,7 %	1 145 037
AY - Erreurs et séjours inclassables	17 800	69,5 %	3 685	14,4 %	3 029	11,8 %	1 093	4,3 %	25 607

Privé

Les activités d'obstétrique et de néonatalogie ne sont pas figurées car sans objet

	< 65 ANS		65 À 74 ANS		75 À 84 ANS		> 85 ANS		TOTAL
	NOMBRE	% TRANCHE	NOMBRE	% TRANCHE	NOMBRE	% TRANCHE	NOMBRE	% TRANCHE	NOMBRE
	RSA	ÂGE	RSA	ÂGE	RSA	ÂGE	RSA	ÂGE	RSA
AA - Digestif	1 035 145	67,5 %	299 487	19,5 %	169 341	11,0 %	30 337	2,0 %	1 534 310
AB - Orthopédie, rhumatologie	593 930	69,9 %	132 385	15,6 %	96 277	11,3 %	27 142	3,2 %	849 734
AC - Uro-néphrologie	613 091	43,6 %	403 277	28,7 %	333 712	23,7 %	56 444	4,0 %	1 406 524
AD - Système nerveux	43 162	60,0 %	12 093	16,8 %	12 106	16,8 %	4 634	6,4 %	71 995
AE - Cardiologie	90 681	35,8 %	71 224	28,1 %	68 566	27,1 %	22 894	9,0 %	253 365
AF - Vasculaire périphérique	155 334	61,0 %	58 029	22,8 %	34 660	13,6 %	6 495	2,6 %	254 518
AG - Pneumologie	26 097	37,2 %	17 804	25,3 %	18 607	26,5 %	7 728	11,0 %	70 236
AH - ORL, stomatologie	533 397	94,6 %	18 357	3,3 %	9 542	1,7 %	2 336	0,4 %	563 632
AI - Ophtalmologie	98 557	21,8 %	132 867	29,3 %	179 894	39,7 %	41 614	9,2 %	452 932
AJ - Gynécologie	253 630	83,9 %	31 291	10,4 %	15 131	5,0 %	2 138	0,7 %	302 190
AM - Hématologie	19 984	46,2 %	10 698	24,7 %	9 327	21,6 %	3 221	7,5 %	43 230
AN - Chimiothérapie, Radiothérapie	397 575	53,4 %	235 881	31,7 %	105 485	14,2 %	5 248	0,7 %	744 189
AO - Endocrinologie	35 803	71,6 %	7 813	15,6 %	4 659	9,3 %	1 752	3,5 %	50 027
AP - Peau et tissu sous-cutané	238 316	78,8 %	29 484	9,8 %	24 575	8,1 %	9 921	3,3 %	302 296
AQ - Brûlures	718	88,6 %	43	5,3 %	34	4,2 %	15	1,9 %	810
AR - Maladies infectieuses (hors VIH)	5 593	55,4 %	2 167	21,5 %	1 783	17,7 %	552	5,5 %	10 095
AS - Maladie VIH	116	94,3 %	5	4,1 %	2	1,6 %	0	0,0 %	123
AU - Trauma multiples ou complexes graves	224	39,0 %	134	23,3 %	167	29,1 %	49	8,5 %	574
AV - Psychiatrie, toxicologie, intox, alcool.	10 464	80,6 %	1 146	8,8 %	985	7,6 %	389	3,0 %	12 984
AW - Décès, transferts immédiats	10 289	43,7 %	5 053	21,4 %	5 774	24,5 %	2 444	10,4 %	23 560
AX - Autres prises en charge	91 127	56,7 %	34 381	21,4 %	27 259	17,0 %	7 892	4,9 %	160 659
AY - Erreurs et séjours inclassables	7 090	56,8 %	2 829	22,6 %	1 901	15,2 %	673	5,4 %	12 493

Total

Les activités d'obstétrique et de néonatalogie ne sont pas figurées car sans objet

	< 65 ANS		65 À 74 ANS		75 À 84 ANS		> 85 ANS		TOTAL
	NOMBRE	% TRANCHE	NOMBRE	% TRANCHE	NOMBRE	% TRANCHE	NOMBRE	% TRANCHE	NOMBRE
	RSA	ÂGE	RSA	ÂGE	RSA	ÂGE	RSA	ÂGE	RSA
AA - Digestif	1 827 325	67,0 %	494 808	18,2 %	317 405	11,6 %	86 545	3,2 %	2 726 083
AB - Orthopédie, rhumatologie	1 213 587	68,2 %	257 718	14,5 %	217 555	12,2 %	89 707	5,0 %	1 778 567
AC - Uro-néphrologie	1 379 524	44,1 %	867 179	27,7 %	746 588	23,9 %	136 014	4,3 %	3 129 305
AD - Système nerveux	420 143	58,5 %	104 721	14,6 %	126 647	17,6 %	66 873	9,3 %	718 384
AE - Cardiologie	355 900	37,7 %	230 209	24,4 %	246 182	26,1 %	112 235	11,9 %	944 526
AF - Vasculaire périphérique	243 099	56,2 %	102 721	23,8 %	69 148	16,0 %	17 387	4,0 %	432 355
AG - Pneumologie	306 553	49,2 %	117 321	18,8 %	127 713	20,5 %	71 804	11,5 %	623 391
AH - ORL, stomatologie	822 548	91,7 %	41 627	4,6 %	25 184	2,8 %	7 466	0,8 %	896 825
AI - Ophtalmologie	181 516	28,0 %	179 773	27,7 %	232 224	35,8 %	55 331	8,5 %	648 844
AJ - Gynécologie	470 321	83,8 %	56 623	10,1 %	28 677	5,1 %	5 330	1,0 %	560 951
AM - Hématologie	248 818	55,3 %	97 217	21,6 %	77 864	17,3 %	26 398	5,9 %	450 297
AN - Chimiothérapie, radiothérapie	1 755 363	57,1 %	889 024	28,9 %	395 091	12,9 %	33 189	1,1 %	3 072 667
AO - Endocrinologie	270 985	68,6 %	64 720	16,4 %	42 019	10,6 %	17 549	4,4 %	395 273
AP - Peau et tissu sous-cutané	464 092	75,5 %	62 931	10,2 %	58 950	9,6 %	28 963	4,7 %	614 936
AQ - Brûlures	11 349	90,9 %	560	4,5 %	390	3,1 %	183	1,5 %	12 482
AR - Maladies infectieuses (hors VIH)	80 107	70,0 %	14 061	12,3 %	13 621	11,9 %	6 632	5,8 %	114 421
AS - Maladie VIH	112 545	97,5 %	2 460	2,1 %	463	0,4 %	17	0,0 %	115 485
AU - Trauma multiples ou complexes graves	7 095	76,2 %	988	10,6 %	947	10,2 %	278	3,0 %	9 308
AV - Psychiatrie, toxicologie, intoxic, alcool.	201 753	78,6 %	20 634	8,0 %	24 010	9,4 %	10 347	4,0 %	256 744
AW - Décès, transferts immédiats	124 163	54,7 %	35 235	15,5 %	41 463	18,3 %	26 331	11,6 %	227 192
AX - Autres prises en charge	854 506	65,4 %	209 285	16,0 %	180 494	13,8 %	61 411	4,7 %	1 305 696
AY - Erreurs et séjours inclassables	24 890	65,3 %	6 514	17,1 %	4 930	12,9 %	1 766	4,6 %	38 100

Part du public

Les activités d'obstétrique et de néonatalogie ne sont pas figurées car sans objet

	< 65 ANS	65 À 74 ANS	75 À 84 ANS	> 85 ANS	TOTAL
AA - Digestif	43,4 %	39,5 %	46,6 %	64,9 %	43,7 %
AB - Orthopédie, rhumatologie	51,1 %	48,6 %	55,7 %	69,7 %	52,2 %
AC - Uro-néphrologie	55,6 %	53,5 %	55,3 %	58,5 %	55,1 %
AD - Système nerveux	89,7 %	88,5 %	90,4 %	93,1 %	90,0 %
AE - Cardiologie	74,5 %	69,1 %	72,1 %	79,6 %	73,2 %
AF - Vasculaire périphérique	36,1 %	43,5 %	49,9 %	62,6 %	41,1 %
AG - Pneumologie	91,5 %	84,8 %	85,4 %	89,2 %	88,7 %
AH - ORL, stomatologie	35,2 %	55,9 %	62,1 %	68,7 %	37,2 %
AI - Ophtalmologie	45,7 %	26,1 %	22,5 %	24,8 %	30,2 %
AJ - Gynécologie	46,1 %	44,7 %	47,2 %	59,9 %	46,1 %
AM - Hématologie	92,0 %	89,0 %	88,0 %	87,8 %	90,4 %
AN - Chimiothérapie, radiothérapie	77,4 %	73,5 %	73,3 %	84,2 %	75,8 %
AO - Endocrinologie	86,8 %	87,9 %	88,9 %	90,0 %	87,3 %
AP - Peau et tissu sous-cutané	48,6 %	53,1 %	58,3 %	65,7 %	50,8 %
AQ - Brûlures	93,7 %	92,3 %	91,3 %	91,8 %	93,5 %
AR - Maladies infectieuses (hors VIH)	93,0 %	84,6 %	86,9 %	91,7 %	91,2 %
AS - Maladie VIH	99,9 %	99,8 %	99,6 %	100,0 %	99,9 %
AU - Trauma multiples ou complexes graves	96,8 %	86,4 %	82,4 %	82,4 %	93,8 %
AV - Psychiatrie, toxicologie, intoxic, alcool.	94,8 %	94,4 %	95,9 %	96,2 %	94,9 %
AW - Décès, transferts immédiats	91,7 %	85,7 %	86,1 %	90,7 %	89,6 %
AX - Autres prises en charge	89,3 %	83,6 %	84,9 %	87,1 %	87,7 %
AY - Erreurs et séjours inclassables	71,5 %	56,6 %	61,4 %	61,9 %	67,2 %

Les personnes âgées et la T2A

David CAUSSE

Adjoint au délégué général de la FHF
Responsable du pôle Vieillesse, handicap
et santé mentale

18% des séjours et des séances et 29% des journées, telle est de manière sommaire la place aujourd'hui des personnes âgées de plus de 75 ans dans la base PMSI pour les établissements de court séjour publics et privés.

Ces indications signent la place croissante des personnes âgées dans la population française et interrogent les modalités d'adaptation de l'offre de soins aigus devant une révolution démographique qui ne fait que commencer.

Cela étant, l'analyse de la base apporte d'autres enseignements intéressants :

■ les opérateurs publics et privés ne se comportent pas de manière semblable vis-à-vis de ces nouveaux besoins : si la différenciation entre les deux secteurs intervient selon les spécialités jusqu'à 74 ans, au-delà et notamment au-dessus de 85 ans, les prises en charge hospitalières sont majoritairement publiques et PSPH pour 81,5 % des journées dans cette tranche d'âge. Les contrastes les plus forts concernent la neurochirurgie et l'ORL-stomatologie : la part de l'activité publique et PSPH pour les moins de 65 ans est respectivement de 59 % et

42 %, mais elle atteint 75 % et 82 % chez les plus de 85 ans. La question de la régulation des deux secteurs dans l'objectif de réponse à la fois aux enjeux de santé publique et d'équité tarifaire devra prendre en compte cette réalité d'une tranche de population peu recherchée par les opérateurs privés, pour faire dans la litote. De ce point de vue, l'évolution des tarifs et de leur structure, concernant les personnes très âgées, est un enjeu à la fois financier et déontologique considérable ;

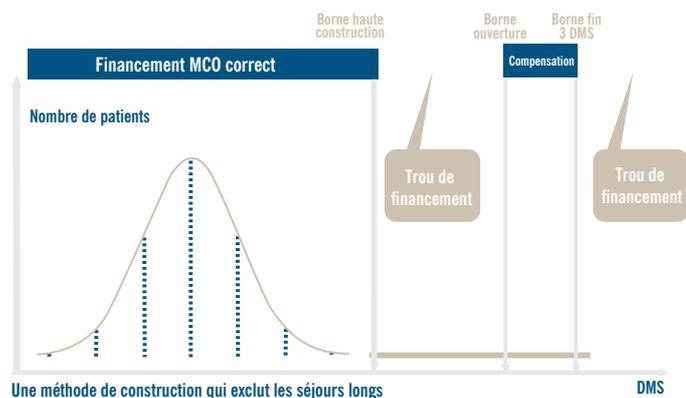
■ la révolution démographique, et l'adaptation progressive de l'offre de soins aux nouveaux besoins qu'elle fait émerger, n'a pas lieu pour autant de se convertir en une idéologie du « tout gériatrique » ou de « filières d'entrée et de soins à part ». Les personnes âgées, fussent-elles polyopathologiques et avec des limitations de leur autonomie, demeurent pour leur grande

majorité à domicile et ne doivent pas être privées de l'accès à des soins médicaux et chirurgicaux spécialisés lorsque cela est bienvenu. Ce que la base PMSI nous indique du point de vue des groupes d'activité dans le secteur public et PSPH est à cet égard rassurant : une proportion significative et logique des tarifs s'opère dans la tranche d'âge des plus de 85 ans pour les stimulateurs car-

diaques (19 %), l'orthopédie, la neurologie (13 %), la pneumologie (15 %), la cardiologie (17 %), la rhumatologie (11,4 %), l'hépatogastro-entérologie (10,2 %), l'uro-néphrologie (11,2 %) et la psychiatrie-toxicologie-alcool (13 %). De ce point de vue, l'implantation de services de court et de moyen séjour gériatrique dans tous les établissements de santé, sièges de SAU notamment, de même que la multiplication des équipes mobiles gériatriques hospitalières doivent être pensées comme des « centres de ressources diffuseurs de savoir-faire adaptés au grand âge » dans l'ensemble des services hospitaliers, outre leur rôle en direction du secteur médico-social. Ils participeront de cette manière à l'adaptation en profondeur de l'offre de soins, bien plus que s'ils deviennent le lieu d'accueil hospitalier par principe, faute en réalité d'autre preneur, des *gomers*, pour reprendre le terrible sobriquet anglo-saxon attribué aux personnes âgées (*Get Out Of My Emergency Room*). Reste à savoir comment le dispositif tarifaire et de régulation va permettre, ou non, de tenir ce cap et, aux personnes âgées hospitalisées, d'arriver à bon port ;

■ enfin, ce que cette étude ne montre pas parce qu'elle en annonce une autre, cruciale, c'est l'enjeu très spécifique des séjours longs qui concernent la population hospitalisée âgée, mais sans doute pas seulement (neurologie, cancérologie notamment, pour des tranches d'âge de 50 à 65 ans). Un mécanisme de compensation des séjours longs a été mis en place pour la mise en œuvre de la T2A, mais il laisse apparaître une « zone blanche » non rémunérée entre deux et trois déviations standard de la durée moyenne de séjour (*graphique 1*). Cette « zone blanche » risque fort d'apparaître d'ici peu comme le « point noir » en termes de finances hospitalières, publiques et PSPH : ce sera un des objectifs de la FHF, notamment pour considérer l'évolution du segment contigu des soins de suite et de réadaptation, de contribuer aux réflexions sur ce sujet. ■

DMS et financement du séjour long



Source : intervention du Dr Marc Broucqsauld, président-directeur général, cabinet Altao, au colloque « Le moyen séjour et la recomposition hospitalière » dans le cadre du Forum de l'hôpital public et du secteur social et médico-social du 28 mai 2004.

Marie-Sophie DESSAULLE
Directeur de projet gérontologique AP-HP
Présidente de l'Association
des Paralysés de France

Enjeux et perspectives dans le secteur des personnes âgées

Que sera la qualité de vie des personnes vieillissantes ?

Voilà l'enjeu en termes de santé publique du XXI  siècle.

Un certain  v nement météorologique nous l'a rappelé.

Pour autant, la société dans son ensemble n'a pas pris la mesure de cette question. Il en est de même des décideurs...

Il est habituel de parler du secteur des personnes âgées comme s'il existait une entité cohérente et homogène qui impliquerait une prise en charge spécifique. Que met-on exactement sous ce vocable ? S'agit-il des plus de 60 ans, de 75 ans, de 80 ans ou tout simplement des personnes qui ont plus de dix ans que nous ? Parle-t-on des personnes à la retraite, des malades âgés, des personnes âgées présentant des incapacités ? Encore faudrait-il distinguer le port de lunettes pour cause de presbytie et l'impossibilité de se lever seul le matin...

Le secteur des personnes âgées n'existe pas, sauf à être dans une vision «  giste » qui présuppose une conception négative de l'avancée en âge et un découpage par tranches de vie avec malgré tout la nécessité de définir ou on tranche ! Il n'est pas exclu qu'il s'agisse là d'un problème majeur de notre société qui, au final, explique les difficultés de tous ceux, professionnels ou bénévoles, ayant d cidd  de se mobiliser autour de cette question. Pour autant, il y a bien un vieillissement de la population qui induit des conséquences importantes et pose un défi organisationnel et financier. Nous ne reviendrons pas ici sur toutes les données chiffrées qui illustrent ce phénomène. Elles sont connues et analysées. Il faut sans doute noter cependant que si le nombre de personnes âgées augmente, dans le même temps il est constaté une amélioration de la qualité de vie à des âges

de plus en plus élevés grâce à l'amélioration du niveau de vie de notre société et au progrès de la recherche médicale. L'impact du vieillissement, de ce fait, est sans doute moins perceptible et donc relativisé.

Malgré tout, apparaît comme une évidence pour l'ensemble des professionnels de santé la nécessité de prendre en charge des malades âgés. Parallèlement, de plus en plus de personnes âgées présentant des incapacités de tout ordre nécessitent un accompagnement spécifique

Enjeu du « prendre soin »

Face à ce défi posé aux soignants, on constate une réelle difficulté à recruter pour prendre soin des malades âgés et handicapés. Cette crise de recrutement que l'on retrouve autant chez les médecins que chez les infirmières, les aides-soignants et les auxiliaires de vie, s'explique au départ par la difficulté à choisir une profession qui nécessite un engagement dans la relation à autrui quel que soit l'âge du patient. Cette difficulté est aggravée pour la personne âgée par le jeunisme ambiant. Alors que notre société valorise le mythe de l'éternelle jeunesse, comment demander à ceux qui commentent à travailler une confrontation avec les malades qui renvoient à la vieillesse, la fin de vie et la mort de leurs parents, de la leur... ? Tous ces enjeux auxquels sont confrontés les soignants ne sont que le reflet de celui,

fondamental, de la place des personnes âgées dans notre société. La question n'est pas nouvelle. Elle se posait déjà les siècles précédents sans que l'on puisse dire qu'elle était forcément mieux résolue, même dans une société plus rurale et familiale. Il y avait une sorte de fatalisme à la vieillesse. Elle était donc davantage traitée comme une question familiale entre trois générations que comme un problème de société impliquant un appel à la solidarité nationale et le recours à des professionnels.

Enjeu du choix de mode de vie

Le choix du mode de vie et donc du lieu d'habitation devient de plus en plus complexe. Des patients chroniques, personnes avec un handicap quelle qu'en soit la raison (maladies génétiques, accidents ou pathologies à tout âge), en nombre croissant, nécessitent soins et accompagnement. De plus, la question de la personne âgée comme actrice de sa fin de vie reste encore à aborder dans notre société. Tout se passe comme si, l'âge venant, l'individu perdait le droit d'exprimer sa volonté. Son entourage, plus jeune, se substitue alors à lui car plus au fait des réalités de ce monde. Mais de quelles réalités parlons-nous, et vues à travers quels prismes ?

Peu d'entre nous envisagent de vieillir en institution. Pour nos parents, le choix est le même. Ils sont, pour la plupart, dans l'acceptation du risque lié à l'isolement pour pouvoir rester là où ils ont toujours vécu. Pour leurs enfants, la peur d'une impossibilité à se relever sans aide ou du risque électrique ajouté à un sentiment de culpabilité, souvent injustifié, de ne pas être assez présent,



Enjeux et perspectives dans le secteur des pe

les amène à envisager un placement. Cela est encore plus vrai lorsque la vie à la maison repose pour partie ou en totalité sur des aidants naturels (famille ou voisinage).

Lorsque le choix est fait d'une vie en collectivité pour des raisons de sécurité ou pour permettre le maintien d'un lien social, faut-il encore que la structure ait les moyens humains d'assurer un accompagnement de qualité. De nombreuses familles, relayées par des professionnels, font état d'un personnel en nombre insuffisant pour assurer l'aide aux actes essentiels de la vie, mais aussi les soins impliqués par les polyopathologies dont souffrent les résidents en établissements pour personnes âgées dépendantes.

Enjeu financier

Cette insuffisance de moyens humains s'explique bien sûr par des dotations budgétaires qui ne sont pas à la hauteur des besoins. C'est vrai pour les soins assurés par l'assurance maladie mais aussi pour l'accompagnement, que l'allocation pour l'autonomie (Apa) devrait couvrir. Au final, il en découle un phénomène d'exclusion, voire de relégation sociale.

Cela s'explique pour partie par le coût financier pour la personne et pour la société dans son ensemble. Qui doit assumer le choix du mode de vie : les personnes elles-mêmes, leurs enfants, la société ?

Les soins pour des pathologies liées à l'âge dépendent-ils d'une logique d'assurance maladie ou d'une éventuelle assurance individuelle ? Qu'en est-il du financement de la compensation des incapacités ? Doit-elle s'envisager intégralement par la solidarité nationale ? Une condition de ressources se justifie-t-elle comme l'Apa le prévoit actuellement ? On le voit au regard des enjeux tels qu'ils viennent d'être identifiés, il s'agit d'une question d'organisation de notre société et non une problématique concernant seulement le prétendu « secteur personnes âgées »

Nécessité de dimensionner l'offre de soins

Cette question se pose tant d'un point de vue quantitatif que d'un point de vue qua-

litatif. Aujourd'hui, en Île-de-France, une personne de plus de 75 ans sur deux aura recours à l'hôpital dans l'année. Environ 20 % des séjours hospitaliers sont des séjours pour des malades âgés de 75 ans et plus. Depuis trois ans, le nombre de personnes de plus de 80 ans hospitalisées à partir des urgences augmente de 10 % tous les ans. Ces quelques chiffres illustrent l'impérieuse nécessité d'adapter l'offre hospitalière à cette population plus fragile, plus vulnérable, à plus grand risque de perte d'autonomie et ayant des capacités de récupération plus lentes.

Qui n'a pas entendu un urgentiste raconter que lorsqu'il recherche un lit pour un patient, la première question qui est posée est celle de l'âge ? Par crainte de ne pas savoir faire ? De ne pas pouvoir ensuite trouver un mode de sortie rapide ? D'emboliser un lit pour un futur malade plus jeune, avec plus de capacité de récupération, bref plus « intéressant ». L'adaptation concerne en premier les sites d'accueil des urgences et globalement tous les services en ce qui concerne l'organisation des locaux, les équipements adéquats en termes de fauteuils et brancards ainsi que la formation du personnel à la préservation de l'autonomie de ces malades âgés. Pour les malades polyopathologiques dépendants ou en perte d'autonomie, des unités dirigées par un gériatre de court séjour gériatrique doivent être créées dans tous les hôpitaux sièges de SAU. Ce programme est en cours et devrait permettre, par des admissions directes ou après un passage aux urgences, une prise en charge adaptée dans une démarche de soin comme de réadaptation. Elle nécessite malgré tout une recomposition de l'offre hospitalière qui ne se fait pas sans heurt.

Par ailleurs, la compétence gériatrique doit pouvoir être requise dans tous les services de spécialités pour aider au diagnostic, à la définition de la thérapeutique ou à l'orientation possible à l'issue de l'hospitalisation. Cela est particulièrement vrai pour les services de cardiologie, de cancérologie, de néphrologie et de neurologie qui sont de plus en plus confrontés, et le seront toujours plus, à la prise en charge de patients âgés.

Il y a donc un vrai enjeu de sensibilisation, de formation initiale et continue des soi-

gnants pour apprendre un savoir-faire qui va de plus en plus être indispensable, pour diffuser un savoir-être vis-à-vis de tous ceux qui avancent en âge, pour qu'une fois de plus les soignants constituent la tête de pont de l'évolution souhaitée de notre société.

L'objectif final du redimensionnement de l'offre de soins est que le malade âgé soit toujours pris en charge dans un service adapté à sa pathologie et qui lui permette de conserver ou recouvrer le maximum de son autonomie. C'est ainsi que les personnes verront leur état de santé conservé, voire amélioré, et donc que leur qualité de vie sera préservée au maximum.

Nécessité de coordonner la réponse médicale et sociale

À partir du moment où la qualité de vie est mise en avant, la question ne se résume pas à celle du meilleur soin. Elle doit aussi et parallèlement prendre en compte le souhait de la personne exprimée par elle-même, lorsqu'elle le peut, ou par le biais de son entourage. Elle doit enfin envisager l'environnement du malade âgé. Dès lors, le concept d'accompagnement global de la personne quel que soit son âge reprend toute sa valeur. Mais ce qui est valable pour tout un chacun l'est encore plus lorsque la personne présente des incapacités, est isolée...

Les professionnels se doivent, qu'ils relèvent du secteur sanitaire ou médico-social, qu'ils interviennent en hôpital ou en ville, de coordonner leurs actions autour de la personne et en fonction de ses attentes et de ses souhaits. Le postulat est évident et recueilli, par principe, l'adhésion de tous. Mais nous savons combien il est difficile à mettre en œuvre pour des questions de pré carré réservé, de temps nécessaire à la coordination des acteurs et au partage de l'information.

Il est urgent de réussir à implanter sur le terrain des formules permettant la coordination. Les CLIC constituent une expérience intéressante à condition que les hospitaliers s'y intéressent. Il en est de même des réseaux de santé si les intervenants libéraux, et notamment les médecins, les infir-

miers et les kinésithérapeutes, s'y investissent. La collectivité doit être convaincue que tout argent investi dans ce domaine constitue un réel apport pour les personnes mais aussi au final pour la société. Car c'est ainsi que les personnes pourront demeurer le plus longtemps possible dans leur milieu naturel de vie à des coûts qui seront toujours moindres de ceux engagés à l'hôpital ou en hébergement collectif.

Nécessité de repenser l'organisation de notre société

En conclusion, la société française, et plus largement les sociétés occidentales, ne répondra pas à ce défi du vieillissement en le pensant simplement dans un cadre « secteur des personnes âgées » ! C'est l'ensemble de l'organisation de notre société qui est interpellée.

Le choix du mode de vie implique des réponses diversifiées, une conception de l'habitat qui permette une adaptation facile lorsque la personne a perdu un peu de mobilité, des petites unités intégrées dans le logement collectif pour rester dans son quartier, son village même quand la vie seule n'est plus envisageable, mais aussi des hébergements collectifs médicalisés en nombre suffisant lorsque cela devient nécessaire. La vie en communauté est à repenser en fonction du vieillissement de la population.

Bien sûr, la question du financement de la perte d'autonomie est au cœur du débat à organiser autour de la solidarité nationale. Comme après la Seconde Guerre mondiale, la prise en charge du risque maladie a été organisée ; il revient à notre époque de penser le financement par tous, salariés, retraités de la compensation des incapacités liées à la maladie ou à l'accident, quel que soit l'âge de la personne concernée. La création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie peut contribuer à la clarification de cet enjeu dans la mesure où son mode de financement permet la contribution de tous à un niveau suffisant afin que les personnes handicapées de tout âge puissent participer comme tous les autres citoyens à la vie de la cité. ■

QUESTIONS D'ACTUALITÉ

Nouvelles du PMSI

Dr Emmanuel HORNUS

Le PMSI est-il mort avec le point ISA ?

Depuis le 1^{er} janvier 2004, la T2A a complètement bouleversé le monde de l'information médicale.

Son premier effet palpable au sein des multiples réunions qui tournent autour des problèmes médico-économiques est la disparition du point ISA.

Cette disparition tient d'une part aux modifications du grouper et des tarifs, d'autre part à l'exploitation économique de ces tarifs. En ce qui concerne les tarifs, ils ne sont plus exclusivement liés à la pathologie, comme le dit bien la nouvelle appellation de tarification à l'activité. Intervient également la durée de séjour puisque les séjours très longs et les séjours courts ont leur propre évaluation. Au-delà existent également des tarifs pour les urgences, les greffes, etc. L'évaluation de l'activité externe perdure, mais la valorisation de l'activité privée a été abandonnée. Enfin, le Migac, qui n'a souvent qu'une lointaine correspondance avec la réalité des missions non tarifées de l'hôpital, vient encore plus « polluer » notre indicateur.

Car il s'agit bien maintenant d'une tarification directe de l'activité médicale qui est en cause. Ces tarifs consolidés pour quelques années encore par les anciennes dotations vont s'analyser directement dans les perspectives budgétaires.

Et dans tout cela, notre bon vieux point ISA a disparu. Disparu l'indicateur de performance, l'indicateur de niveau d'activité et le témoin de sa répartition. On a, durant toutes ces années, reproché au PMSI d'être « inutile », mais on s'aperçoit maintenant que cet indicateur a servi de levier dans nombre de discussions financières ou stratégiques avec les tutelles. La complexité de la T2A rend difficile la reproduction de cet indicateur. Dans un premier temps, le rapport entre tarifs d'activité et DAC, c'est-à-dire entre le pourcentage des tarifs réellement versés (10 % en 2004) et la dotation annuelle complémentaire, glorieux reste de l'ancien budget global, pourrait être un bon indicateur de productivité. Le *benchmarking* reste en effet un élément moteur de la gestion hospitalière et il est important qu'il retrouve des indicateurs robustes.

Le PMSI est-il mort avec le point ISA ? Vous avez bien compris que non, le programme de médicalisation des systèmes d'information est plus vivant que jamais, avec un DIM au cœur des processus de tarification et de facturation, que ce soit en hospitalisation par l'intermédiaire des GHS ou en consultation par la CCAM. Le problème maintenant est d'assurer une cohérence entre dépenses engagées et tarifs engrangés pour une véritable maîtrise de gestion des structures hospitalières publiques. ■

DR JEAN-MARIE VETEL
Centre hospitalier du Mans
Président du Syndicat national
de gériatrie clinique

*Libres propos
qui n'engagent que leurs auteurs.*

PMSI et T2A

La grande inqui

Voilà bien longtemps que les gériatres « ferraillent » contre le PMSI, tant en ce qui concerne le PMSI de court séjour que le PMSI soins de suite. L'arrivée de la T2A ne peut que venir renforcer nos inquiétudes légitimes. Il convient d'abord de bien comprendre que tous ces systèmes n'ont pour finalité que de donner encore plus d'informations aux agences régionales de l'hospitalisation (ARH), afin que, « pâtisseries », elles découpent mieux et à meilleur escient la part du gâteau financier allouée à leur région entre les différents établissements publics et privés. N'est-ce pas faire affront aux ARH que de croire qu'elles sont si loin des réalités, qu'elles ont besoin de tant et tant d'informations quantitatives (et pas qualitatives) pour mieux répartir leur budget ? Quoi qu'il en soit, le plus important demeure bien évidemment la surface totale du gâteau, déterminée par l'Ondam, votée par le Parlement sur présentation du gouvernement.

Le PMSI, parfait, sauf pour... les personnes âgées !

L'objectif de cet outil était d'évaluer la « productivité » d'un établissement et donc la dotation globale qui devait lui revenir. On ne peut que constater dans les faits que les rééquilibrages budgétaires entre régions et hôpitaux sont, en dépit de toute cette gigantesque et fort coûteuse technologie informatique, restés extrêmement marginaux. La montagne aurait-elle finalement accouché seulement d'un souriceau, et encore mal formé ?

Pourquoi cet outil est-il si mal reçu par les gériatres ? Pour de nombreuses raisons. D'une part, il faut savoir que le corps médical, qu'il soit gériatrique ou non, a une sainte horreur du codage, sainte horreur contractée pour les plus âgés d'entre nous depuis l'externat des hôpitaux, car nous n'avons jamais pu constater que les heures consa-

crées au codage procuraient au final un quelconque effet sur les moyens dont disposaient nos services.

En revanche, nous avons pu constater, et c'est là que le corps gériatrique est en première ligne, que dans des services déjà sous-médicalisés (et personne ne songe à le contester), les temps de plus en plus prohibitifs passés à ces codages de plus en plus savants et quasi professionnels venaient se surajouter à toutes nos autres tâches, elles aussi en augmentation, avec pour corollaire une diminution du temps médical au lit du malade.

D'autre part, notre agacement est majoré par la grande ignorance que manifeste la CIM 10 (la bible du codage, dictionnaire d'une dizaine de centimètres d'épaisseur) à l'égard de nombreuses problématiques

spécifiquement gériatriques (on voit ainsi que, mondialement, il existe un grand désintérêt pour les personnes âgées de plus de 80 ans dont les pathologies et leurs formes cliniques sont souvent royalement ignorées). On comprend donc l'exaspération du gériatre qui, ayant terminé sa visite à 12 h 45, a encore une ou deux familles à rencontrer, doit ensuite désespérément feuilleter sa bible pour décrire au mieux la personne âgée polyopathologique dont il s'est occupé et, surtout, lorsqu'il a enfin trouvé les diagnostics qui semblent correspondre le mieux, ou le moins mal, doit trouver la meilleure permutation de ceux-ci afin d'espérer la meilleure production de points ISA, en privilégiant successivement telle ou telle pathologie dite « principale » : « Qu'est-ce que je mets : l'escarre sacrée ? la pneumo-

étude des gériatres

pathie? l'insuffisance cardiaque?» Drame cornélien de 13 h 25.

On voit donc la gymnastique intellectuelle à laquelle doit s'astreindre le gériatre pour déterminer le meilleur diagnostic principal du séjour et les comorbidités qui vont peut-être faire changer de GHM, ces fameuses comorbidités associées sévères, ou CMAS, à ne rater à aucun prix, qui vont booster ou non les points ISA. On est ici non plus dans la médecine mais en plein *war game*!

Et qu'on ne nous dise pas que nous refusons la transparence; nous souhaiterions simplement qu'on nous évalue avec des outils pertinents pour notre population, des outils simples et de routine et non quasi «de recherche» en routine!

Hélas, nouvel avatar, le PMSI court séjour ne valorise le patient en points ISA que le jour de sa sortie. Malheur donc à ceux qui ont de longues durées de séjour!

À la fin de l'année, ils n'auront pour le service qu'une production totale de points ISA dérisoire par rapport au brillant cardiologue où tout autre spécialiste dit «pointu» qui bénéficie de durées moyennes de séjour de 3,5 jours. Comment s'étonner surtout, quand sont ensuite énoncés en CME comme à la distribution des prix les scores ISA de chaque service, que le gériatre déteste cet outil qui le voue souvent à la vindicte de la collectivité médicale?

Comment s'étonner également, et c'est beaucoup plus grave, que les personnes âgées, où qu'elles atterrissent, soient stigmatisées? Car si elles mobilisent beaucoup de moyens, elles rapportent fort peu de points ISA, demain «d'euros T2A», surtout si elles jouent les *bed-blockers* quelques semaines...

Rappelons également que la valorisation ISA ne tient aucun compte de l'importance des activités soignantes liées à la perte d'autonomie. Ici, seuls la maladie et ce qui se traduit aisément en actes interventionnels et médico-techniques comptent: une

pneumopathie est une pneumopathie à prix unique, de 7 à 97 ans. Nous savons pourtant tous qu'en matière de charge de travail, la pneumopathie à 97 ans est beaucoup plus lourde eu égard à la perte d'autonomie associée que chez un adulte

jeune présentant la même pathologie. On nous promet que ces actes non médicaux seront dans le futur inclus dans la CCAPS (classification complémentaire commune des actes de santé)... Le *war game* se complexifie encore!

Une couche de plus avec la T2A

Sur le terrain déjà miné du PMSI, voilà que s'annonce la T2A, pour laquelle il n'est d'ailleurs question ni de concertation ni de négociation. C'est ainsi et ce sera.

À la dotation globale va progressivement se substituer un financement à l'activité en plusieurs enveloppes (financement complet comprenant donc notamment les budgets d'investissement, de fonctionnement et financiers, avec intégration des déficits acquis) d'importances différentes selon le type et la taille des établissements:

- une enveloppe liée à l'activité MCO (PMSI, forfaits dont urgences, médicaments et dispositifs médicaux coûteux);
- une enveloppe liée au SSR et/ou à la psychiatrie;
- une enveloppe pour les mesures nouvelles;
- une autre enfin pour les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac).

Au niveau national, les chiffres de répartition budgétaires sont actuellement:

- MCO T2A: 84,57 %;
- Migac: 3,63 %;
- SSR: 5,72 %;
- Psy: 5,77 %;
- HAD: 0,28 %.

On nous annonce que la substitution va se faire progressivement de 10 % par an afin d'aboutir à un financement total par la T2A dans dix ans.

Le financement des activités hospitalières sera élaboré au forfait par patient, auquel correspondra un groupe homogène de séjours (ou un groupe homogène de sous?) se substituant au groupe homogène de malades. Chaque groupe homogène de séjours est censé avoir un tarif national avec différents correctifs. Parfait, et les personnes âgées là-dedans? Tout ce système repose encore, outre la codification PMSI dont nous avons vu plus haut les immenses défauts, sur une codification supplémentaire de tout acte médical pertinent effectué (ECG, EEG, scanner, endoscopie, etc.), bref une comptabilité analytique par patient durant son séjour, très proche de celle effectuée quand vous allez au restaurant où on vous présente la note à la fin du déjeuner, encore qu'ici chaque plat aura un prix unique national, qu'il soit bon ou mauvais, justifié ou non. Encore un tout petit peu plus de lourdeur «chronophage» par rapport au PMSI, et vous aurez compris pourquoi les gériatres voient d'un œil encore plus inquiet cette nouvelle invention. Par ailleurs, reste le problème des consultations longues de gériatrie, des hôpitaux de jour qui devraient être financés selon les mêmes principes mais avec des outils qui, apparemment aujourd'hui, ne sont pas encore ni créés ni au point... Que va-t-on nous sortir?

PMSI et T2A : la grande inquiétude

Reste le fourre-tout des Migac, que de nombreux médecins espèrent qu'il les concernera, regroupant le financement des activités d'enseignement, de recherche, des réseaux, de la qualité de soin, des missions transversales, des contrats d'objectif, des équipes mobiles de gériatrie ; bref, les gériatres comme beaucoup d'autres souhaiteraient que les financements au titre des Migac soient beaucoup plus conséquents en proportion très important et incluent une grande part de leurs activités. Pas de chance, il semble que, de son côté, le ministère

n'espère qu'une chose, que le Migac soit le plus faible possible! (Voir les répartitions données plus haut.)

Dans le cadre de l'Ondam, la répartition entre les deux enveloppes MCO-Migac sera révisée chaque année. Le 25 septembre 2003, le ministre des Finances a souligné que « les dépenses de l'assurance maladie en volume ne progresseront pas plus vite que le PIB moyen sur une longue période, soit 2,25 % par an », ce qui, à terme, risque de poser de graves problèmes de financement... Espérons un peu : le pire est à venir.

En conclusion

Si le plan Hôpital 2007 nous inquiète déjà avec son volet « gouvernance » (dans lequel les gériatres ne savent pas à quelle sauce ils seront mangés et s'ils garderont ou non les rênes et l'éthique de leurs services ou si le court séjour, les soins de suite et le long séjour seront impitoyablement tronçonnés), le volet « organisation financière » de ce même plan apparaît lui aussi chargé de son lot de grandes inquiétudes concernant tant le surcroît de travail administratif qu'il va générer que les conséquences financières sur les services de personnes âgées.

Nous voyons surtout que la course à la durée moyenne de séjour va concerner toujours plus les services de court séjour, et que cela risque de conduire à des attitudes inéthiques, voire à des maltraitances au sens propre comme au figuré vis-à-vis des personnes âgées, qui risquent d'être « sorties, et vite » des services de court séjour pour faire plaisir à Sa Sainteté Point ISA. Les personnes âgées ne sont pas adaptées au fonctionnement du système hospitalier, il va falloir qu'elles s'y fassent !

Les services d'aval vont ainsi durement souffrir, car faute de pouvoir faire sortir les personnes âgées en ville, du fait de l'immense déficit national des différentes structures,

d'aides et de soins et d'établissements d'hébergement médico-sociaux, ce sont les services de soins de suite gériatriques qui assument et assumeront de plein fouet cette nouvelle pression en se voyant adresser « de force » des personnes âgées requérant encore des soins dans une phase aiguë, dont souvent l'ensemble des investigations n'est pas terminé et dont l'état de santé n'est objectivement pas compatible avec les moyens dont disposent les services de soins de suite.

Par-dessus le marché, au sens propre et au sens figuré, la décentralisation à tout va du secteur gérontologique de statut médico-social risque de cliver plus encore les prises en charge sanitaires et médico-sociales, alors qu'il me semble que la circulaire de la Dhos sur les filières gériatriques de 2002, de même que la canicule et la circulaire sur les Sross III de 2003, nous invitaient plutôt à une articulation plus prononcée encore ! Ne nous dites pas que vous n'êtes pas convaincus ! Si besoin en était encore, le cas clinique ci-dessous en est une illustration (si peu futuriste!).

En 2005, il ne fera pas bon avoir 80 ans et avoir besoin d'une hospitalisation, foi de gériatre !

Un cas

Fin 2004, une nuit, 22 h 10...

La gardienne de l'immeuble appelée au secours essaye en vain d'atteindre le médecin traitant du locataire du 5^e étage. Le répondeur lui apprend qu'il faut appeler le médecin de garde. En raccrochant le combiné, elle entend M. Paul s'étrangler dans une nouvelle quinte de toux. Par chance, il achète tous les jours le journal. Page 2 : « [...] pour la ville, faire le 02 43. » De nouveau un répondeur : « Appeler SOS médecin. » Voyons plus bas... Nouveau numéro, nouvel essai... : « Nous avons cinq heures d'attente. En cas d'urgence, faites le 15, on m'appelle sur une autre ligne », indique une voix féminine avant de raccrocher.

« Service 15 Samu, ici le Parm, donnez-moi votre nom et adresse, de qui s'agit-il ? D'un locataire : son nom et adresse. Que se passe-t-il ? » Après avoir écouté les explications de la concierge, le Parm émet un « Ne quittez pas, je vous passe le médecin régulateur [...]. Que vous arrive-t-il ? Ah, c'est votre locataire, expliquez-moi... ».

Après quelques questions, le médecin régulateur du centre 15 lui conseille de soulever l'oreiller du malade en attendant le médecin de garde qu'il envoie. Il est 0 h 03 lorsque celui-ci sonne à la porte de l'immeuble. M. Paul respire de plus en plus mal depuis un moment. « Quel est votre médecin ? Que prenez-vous comme médicaments ? » Pas de réponse. M. Paul, qui a près de 80 ans, entend mal. Ses appareils auditifs sont dans le tiroir de la table de nuit. Le médecin répète en lui criant dans l'oreille.

clinique

Remerciements à M. Fessler qui a corrigé ce cas clinique.
On ne saurait trop conseiller la lecture de l'ouvrage suivant :

Jean-Marie Fessler et Pierre Frutiger,

**La Tarification hospitalière à l'activité :
éléments d'un débat nécessaire et propositions, Lamarre, 2003.**

M. Paul essaye de parler, mais il manque d'air. La concierge sait vaguement qu'il a du cholestérol et de l'hypertension, mais elle ignore où il range ses ordonnances.

À l'auscultation, des râles bulleux, ronflants. « *Il a besoin d'un traitement énergétique, on ne peut pas le laisser seul dans son appartement. Je vais appeler une ambulance pour les urgences de l'hôpital* », annonce le médecin.

1 h 05 : M. Paul passe les portes des urgences. Son état s'est encore détérioré au cours des dernières minutes du transport en ambulance, heureusement assez court.

Les urgences sont saturées, les boxes sont pleins, deux patients gravement blessés sont annoncés par le Samu. Les entrées de la soirée ont rempli les lits. Une infirmière examine rapidement M. Paul. Par chance, il reste un lit en soins intensifs cardiologiques. M. Paul peut être rapidement dirigé dans le service. « *Domage que ce monsieur ne soit pas arrivé avant qu'il ne décompense, j'aurais pu le mettre en unité simple* », se dit le cardiologue, peu satisfait d'utiliser son dernier lit vacant. Il doit à peine donner ses instructions, les infirmières parfaitement rodées s'activent : scope, oxygène, diurétique à haute dose, sonde urinaire, voie d'abord...

Le lendemain matin, l'état de M. Paul s'étant déjà amélioré, il quitte les soins intensifs. Trois jours après, bilan de sa cardiopathie hypertensive : pour le médecin, il doit quitter le service.

Cependant, bien des problèmes appa-

raissent avec acuité : M. Paul ne suit pas le traitement prescrit par son médecin traitant, ni le régime hyposodé. En fait, M. Paul n'a plus toute sa tête et souffre vraisemblablement d'une maladie d'Alzheimer de forme modérément sévère ; il va être difficile de le renvoyer vivre seul à son domicile.

Il y a encore quelque temps, on cherchait une place en maison de retraite pour personnes âgées dépendantes et on attendait le temps requis une place : on ne peut tout de même pas mettre les personnes âgées à la rue !

Depuis l'introduction de la tarification à l'activité (T2A), le directeur financier de l'hôpital est particulièrement soucieux de l'équilibre entre le montant facturé pour chaque patient et les dépenses engagées.

Afin d'être en position de prévenir les dérapages budgétaires, les médecins de chaque patient doivent coder les résumés de soins dès le troisième jour d'hospitalisation (diagnostics principal et associés).

Chaque matin, une cellule composée de quelques médecins, dont le président de la CME, et de membres de la direction dispose de la liste de patients dont les dépenses engagées approchent le seuil toléré par le calcul T2A.

Donc, ce matin, l'agent de la cellule de surveillance de la rentabilité ACSR se renseigne auprès du médecin du service de cardiologie. Aucune complication permettant une facturation plus importante n'étant survenue, il convient de mettre fin au plus vite au séjour de

M. Paul qui a déjà dépassé d'une journée le séjour tolérable.

Heureusement, grâce à une nouvelle étude (ou bidouillage ?) du codage en cardiologie et une amélioration de cas standard, le médecin responsable de M. Paul a finalement pu changer le diagnostic principal.

Le code I 50.1 « Insuffisance ventriculaire gauche incluant l'œdème aigu du poumon avec mention de maladie cardiaque sans autre indication ou insuffisance cardiaque » générant le groupe tarifaire 1 666 rapportant 1 875 points de tarif forfaitaire, soit 3 066,65 euros, le point étant valorisé à 1,63, euros s'était transformé dans l'intérêt de la cardiologie, de l'hôpital et du patient en J 81 « Œdème pulmonaire incluant l'œdème pulmonaire aigu » qui affecte le séjour au groupe 1 120 qui rapporte 3 145 points, soit 5 083,22 euros...

La différence de 2 016,57 euros ne peut laisser indifférent l'agent ACSR passionné par ce *business game* !

M. Paul pourra donc attendre vingt-quatre heures supplémentaires. Un organisme est contacté : une aide à domicile veillera une fois par jour à ses médicaments, à sa toilette et fera un peu de ménage deux fois par semaine deux heures. Mais avec sa tête « dans les nuages », passera-t-il l'été qui s'annonce à nouveau caniculaire ? Qu'importe s'il est réhospitalisé dans huit jours, il reproduira de bons petits points ISA, des GHS et des euros... Tout le monde sera malheureusement content ! Sauf l'intéressé, ça va de soi. ■