



# ASSEMBLÉE NATIONALE

11ème législature

## centres de moyen et long séjour

Question écrite n° 29678

### Texte de la question

Mme Paulette Guinchard-Kunstler attire l'attention de M. le secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale sur l'inadaptation du PMSI (programme de médicalisation du système d'information des services) à la gériatrie. En court séjour, l'application du PMSI pose trois problèmes : seule est prise en compte la pathologie dite principale chez un patient polyopathologique ; il n'est pas tenu compte du fait que la durée de séjour ne peut être courte en gériatrie compte tenu de l'interaction des pathologies associées et d'éléments de complexité sociale ; la dépendance des personnes âgées n'est pas prise en compte alors qu'elle correspond à une part très importante de l'activité soignante. En soins de suite, le PMSI est mieux défini mais considérablement alourdi. A côté du temps prohibitif de recueil de données, on constate des incohérences techniques : refus de certains diagnostics « principaux » au motif que ces activités médicales sont des activités de court séjour, critères de cotation différents de ceux de la grille AGGIR utilisée pour évaluer la dépendance dans le cadre de la PSD. Le PMSI ne fait qu'évaluer (et ce très mal) l'activité effectuée avec des moyens historiquement alloués et variables d'un établissement à l'autre. Il lui demande quelles mesures il entend prendre pour adapter cet outil inapproprié aux patients âgés et fondé sur une logique de productivité dommageable à leur prise en charge.

### Texte de la réponse

L'âge des patients est pris en compte dans les classifications utilisées dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) de court séjour chaque fois que cela a un sens du point de vue médical ou du point de vue économique. Ainsi, dans la plupart des catégories majeures de diagnostic, des groupes homogènes de malades (GHM) distincts permettent de classer les séjours concernant les malades âgés de plus de soixante-dix ans. Pour parfaire cette approche, quatre GHM ont, par ailleurs, été récemment créés afin de prendre en compte le grand âge, le seuil d'admission dans ces nouveaux GHM étant fixé à quatre-vingts ans. C'est à partir des coûts réels, mesurés en permanence dans un groupe échantillon d'établissements publics et privés PSPH, que s'opère la valorisation des GHM (exprimée par un indice synthétique d'activité, dit « point ISA »). Lorsqu'ils existent, les surcoûts directement imputables à l'âge des patients apparaissent parfaitement : le même traumatisme est coté 1644 points ISA (GHM 123) pour un malade ayant soixante-dix ans et plus contre 577 points ISA (GHM 124) chez celui dont l'âge est inférieur à soixante-dix ans. La durée plus longue du séjour de la personne âgée explique, bien entendu, une bonne part des différences des valorisations des GHM en points ISA, comme cela ressort des éléments recueillis dans l'échantillon précité. On voit donc que les effets de l'interaction des pathologies associées ne sont pas ignorés par le modèle de PMSI de court séjour utilisé actuellement, même si des améliorations devront être apportées. Quant au PMSI-SSR, relatif aux soins de suite ou de réadaptation, il convient de rappeler que le recueil des informations a débuté depuis moins d'un an dans lesdits services (qui ne représentent, au demeurant, que 92 000 lits contre 642 000 pour les places en structures d'hébergement des personnes âgées) et qu'il est légitime d'espérer, à l'image de ce qui a pu être observé lors de la mise en place du PMSI en court séjour, que, après une inévitable phase de rodage de quelques mois, les tâches concernant la saisie et le codage des données s'intègrent plus facilement dans l'organisation des services. Par ailleurs, l'unité médico-économique retenue en PMSI-SSR (le groupe homogène de journées ou

GHJ) en fait un instrument distinct à la fois du PMSI de court séjour et de la grille de dépendance AGGIR, en raison des éléments qui caractérisent les séjours en SSR (finalité de la prise en charge, morbidité, actes réalisés, score de dépendance). Il convient de souligner, d'une part, que les médecins gériatres ont été largement associés à l'élaboration des classifications mises en oeuvre et que, d'autre part, 25 % des patients soignés dans les services de SSR, et donc concernés par ce dispositif, n'ont pas soixante ans. Quoi qu'il en soit, s'agissant d'un système ouvert et évolutif, il est évident que, comme pour le court séjour, des améliorations régulières viendront affiner les descriptions et permettront de rendre mieux compte des soins apportés aux différentes catégories de patients relevant des soins de suite ou de réadaptation, dont les personnes âgées.

## Données clés

**Auteur :** [Mme Paulette Guinchard](#)

**Circonscription :** Doubs (2<sup>e</sup> circonscription) - Socialiste

**Type de question :** Question écrite

**Numéro de la question :** 29678

**Rubrique :** Établissements de santé

**Ministère interrogé :** santé et action sociale

**Ministère attributaire :** santé et action sociale

## Date(s) clé(s)

**Question publiée le :** 10 mai 1999, page 2796

**Réponse publiée le :** 5 juillet 1999, page 4193