

STRUCTURES ET ORGANISATIONS HOSPITALIERES GERIATRIQUES

Pr. O. Saint Jean
HEGP, Université Paris Descartes
Janvier 2014

Plan

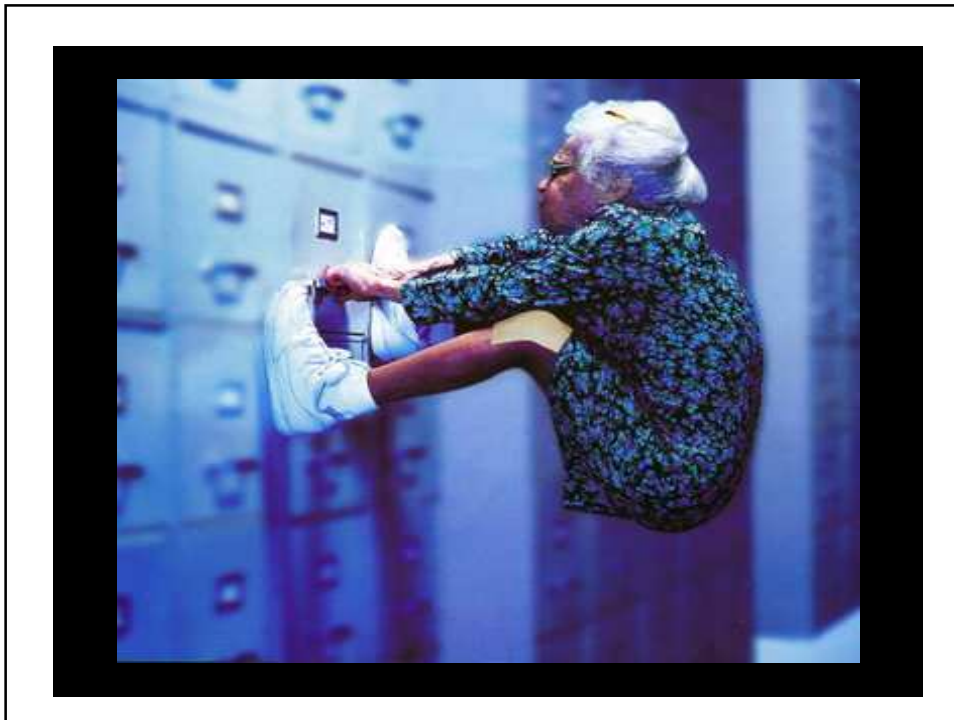
- Pourquoi un tel sujet
- Les différentes structures hospitalières
- L'impact des structures sur l'état de santé des malades âgés
- Pertinence de l'usage des structures hospitalières

En quoi est-ce essentiel ?

- Comment produire du progrès médical ?
 - Par l'amélioration de la « moyenne »
 - Mettre au point de nouvelles techniques médicales ou chirurgicales (chimiothérapie chirurgicale intra-péritonéale en hyperthermie contrôlée, ...)
 - Développer de nouvelles approches évaluatives pour guider le traitement (TEP dans le bilan et le suivi du cancer)
 - Par l'amélioration de la « variance »
 - Accès au soin égalitaire (dépistage cancer, ...)
 - Déploiement rapide des nouvelles techniques (chimiothérapie adjuvante des cancers colorectaux, ...)
 - Organisation optimisée des prises en charge (notamment dans les maladies chroniques)

Comment optimiser les prises en charge

- Divers axes possibles
 - Par le respect des bonnes pratiques
 - Par la coordination des intervenants
 - Par la surveillance et l'optimisation de plan de soins
 - Par la détection des signes d'alerte et la mise en œuvre rapide de la solution adaptée
- C'est-à-dire du « management » individuel dans une *démarche proactive*
 - D'un patient ayant une maladie unique que l'on cible : **disease management**
 - D'un patient ayant une polypathologie et un handicap : **case management**
- Pour un objectif qualitatif de soin
 - Non pour le profit de la compagnie d'assurance (HMO)
 - Non pour la fidélisation à un médicament (Industrie du médicament)
 - Mais centré sur le malade et requérant un partage de prérogatives (c'est-à-dire une organisation intégrée)



*« ... le soin gériatrique est comme
une chaine stéréo : le son dépend du
plus mauvais des éléments, non du
meilleur... »*

JP Bouchon, 1982

Richesses françaises...

- Une politique privilégiant la vie à domicile depuis les années soixante
- L'Assurance Maladie et l'ALD
- L'APA
- La richesse de l'offre médicale et médico-sociale (encore que ...)
- Le niveau de vie des Français âgés
- La vigueur des solidarités de famille et de voisinage

Des actions de coordination non abouties

- Des coordination partielles depuis les années 90
 - Des structures sanitaires (hospitalières) : les filières gériatriques
 - Des médecins : les réseaux
 - Des organismes médico-sociaux ambulatoire : les CLIC
- La reconnaissance d'un échec, d'où
 - Un modèle d'intégration volontariste : les MAIA du Plan national Alzheimer (2008)
 - Une coordination « bisounours » : les PAERPA (2013)

La diversité des structures

- Structures hospitalières
 - Court séjour
 - Equipe mobile
 - SSR
 - Soins de longue durée
 - Hôpital de jour
 - Consultation d'évaluation éventuellement spécialisée (mémoire, chute, tec...)
- Structures médico-sociales
 - EHPAD
 - Accueil de jour
 - SSIAD
- Structures de coordination
 - CLIC
 - Réseaux de santé
 - MAIA
 - Plateformes PAERPA
- Structures spécifiques Alzheimer
 - MAIA
 - PASA
 - Plateforme de répit
 - UCC
 - Equipe mobile Alzheimer

Les filières de soins gériatriques

Fruit de plusieurs circulaires (2002,
plan solidarité Grand Age, plans
Alzheimer, ...)

L'Hôpital : une étape clé dans le parcours de santé

- Une réputation douteuse « ... *tout le monde sait que l'hospitalisation est délétère pour un malade gériatrique* ... » Justifiée ?
- L'entrée dans la dépendance suit presque toujours une hospitalisation
- L'hôpital découpé en spécialité est mal organisé pour accueillir les malades âgés
- L'hôpital représente une part essentielle des dépenses de santé des malades âgés
- Le financement de l'hôpital au séjour pénaliserait les malades âgés (?)

Définition des filières gériatriques

- Modalité d'organisation cohérente et graduée des soins gériatriques,
- sur un territoire donné
- ayant pour objectif de couvrir l'intégralité des parcours possibles
- En tenant compte du caractère évolutif des besoins de santé et du niveau de recours au plateau technique
- Soit une organisation quasi exclusivement hospitalière et sanitaire

Les grands besoins identifiés

- Les hospitalisations non programmable (court séjour gériatrique, SAU et équipes mobiles gériatriques)
- Les hospitalisations programmables (court séjour gériatrique, lits de médecine des hôpitaux locaux, lits de SSR)
- Les bilans à froid (HDJ, consultation, court séjour)
- L'avis gériatrique quel que soit le lieu d'hospitalisation (équipe mobile)
- Les soins palliatifs
- Quel critère de définition de la population : âge, « fragilité », perte d'autonomie, pronostic, ... ?

La filière comme organisation maître d'œuvre

- Rôle d'expertise
- Organise le réseau de santé
- Coordonne les partenariats
- Diffusion de la culture gériatrique
- Rôle de formation des professionnels
- Comporte au minimum, appartenant à un ou plusieurs établissements de santé (convention formalisant le lien)
 - Court séjour
 - Equipe mobile
 - Consultation et HDJ
 - Un ou plusieurs SSR
 - Un ou plusieurs SLD

L'établissement support

- Celui qui comporte le court séjour gériatrique
- Il doit être doté d'une équipe mobile, d'un HDJ et d'une consultation
- Il doit disposer d'un SAU (ou convention)
- Il peut lui-même disposer d'un SSR et/ou d'un SLD (ou convention)
- Il est doté de moyens spécifiques pour animer la filière

Partenariats à nouer

- Avec l'HAD
- Avec les médecins traitants ++++
- Avec le secteur médico-social
- Avec les associations d'usagers

- Et un contrat d'objectifs et de moyens avec les ARS

Les cahiers des charges de chaque maillon de la filière

L'unité de consultation et d'hospitalisation de jour gériatrique

- Situé à l'interface entre la médecine hospitalière et la médecine de ville
- Offre une prise en charge ambulatoire de prévention, de diagnostic, de traitement et d'évaluation
- HDJ : minimum 5 places, pour offrir au moins 120 journées d'HDJ pour 1000 habitants de plus de 75 ans
- 1 ETP médecin, 1,5 ETP soignant, 0,5 ETP d'Aide soignant, du temps de psychologue, d'assistante sociale, de diététicienne, de secrétariat, ...

Le court séjour gériatrique

- Prise en charge des pathologies aiguës chez des patients polypathologiques, avec ou à risque de dépendance, avec fréquemment une intrication de problèmes cognitifs et sociaux
- Réalisation si l'hospitalisation complète est nécessaire
 - de procédures diagnostiques
 - de séquences thérapeutiques
 - d'évaluation multidimensionnelle
- En prévenant les pathologies nosocomiales des malades âgés
 - perte des repères
 - perte d'autonomie
 - confusion, dépression, etc ...

Fonctionnement

- Doit comporter au moins 20 lits
- Pour offrir 25 séjours pour 1000 habitants de 75 ans et plus
- 2 ETP médecins
- 12 ETP d'IDE et 12 ETP d'AS
- Du temps de psychologue, travailleur social, etc....
- Doit privilégier l'admission directe sans passer par le SAU
- Doit avoir accès au plateau technique
- Indicateur de suivi : nombre de séjours, IP DMS, mode d'entrée

Financement

- Par l'Assurance Maladie dans le cadre de la tarification à l'activité basée sur les données PMSI
 - Morbidité principale et associée
 - Niveau de gravité
 - Actes lourds (chirurgie)
 - Durées exceptionnelles du séjour (très courte ou très longue)
- Débat autour de la problématique de la DMS en gériatrie
 - 1996 : 10 000 séjours en France pour déterminer les variables explicatives de la DSM en Gériatrie
 - GHM
 - Nombre de pathologies associées (césure à 2)
 - Nécessité d'une rééducation
 - Index de complexité sociale

Les équipes mobiles intra-hospitalières

- L'équipe mobile gériatrique intervient, à la demande, dans l'ensemble des services de l'établissement de santé, notamment dans la structure des urgences pour :
 - dispenser une évaluation gériatrique médico-psycho-sociale et un avis gériatrique à visée diagnostic et/ou thérapeutique,
 - contribuer à l'élaboration du projet de soins et du projet de vie des patients gériatriques,
 - les orienter dans la filière de soins gériatriques,
 - participer à l'organisation de leur sortie en s'articulant avec les dispositifs de soutien à domicile (CLIC, coordination gériatrique, services sociaux, SSIAD, réseau de santé
 - conseiller, informer et former les équipes soignantes.
- Financement par les ARS dans le cadre des Missions d'Intérêt Général (MIG)

Une posture complexe

- Entre soins et orientation
- Comment intégrer une évaluation dans un plan de soins ?
- A la « demande »
 - Dépend de la représentation du vieux et du gériatre (outil de screening ?)
 - Suppose une rencontre chaleureuse
- Actuel objet d'une réflexion institutionnelle (Ministère, ARS, APHP) non aboutie

Une réalité hétérogène : entre passion et mépris

- La pénétrance dans un service de spécialité est fonction du regard porté sur l'EMG
- Le lien avec les SAU est complexe
- Aucune méthodologie d'évaluation
- Objectifs APHP 2015 (?)
 - Exhaustivité dans une pathologie spécifique
 - Dans une spécialité

Les équipes mobiles extra-hospitalières

- Expérimentales (Paris depuis 2008) vers les EHPAD
- Missions diverses :
 - *Expertise gériatrique pluridisciplinaire*
 - *Régulation*
 - *Formation*
 - *Prévention*
 - *Veille sanitaire*
 - *Médiation*
- Evaluation positive et poursuite de l'expérimentation en 2010
- Semble d'autant plus active que la zone géographique est pauvre en ressources ou l'EHPAD en souffrance organisationnelle

Les structures ambulatoires

- Hôpitaux de jour (cf cours spécifique)
 - Une réalité hétérogène d'alternative à toutes les prises en charges hospitalières (Court séjour, SSR voire SLD)
 - Une tarification par l'Assurance Maladie en évolution
- Consultations hospitalières
 - Place ambiguë des consultations spécialisées

Soins de suite et de réadaptation

Missions des SSR

- Assurer les soins médicaux, curatifs ou palliatifs, la rééducation et la réadaptation pour limiter les handicaps physiques, sensoriels, cognitifs et comportementaux. Les actions de réadaptation comprennent notamment la restauration somatique et psychologique en particulier après un épisode aigu, la rééducation orthopédique et neurologique, la stimulation cognitive.
- Prévenir l'apparition d'une dépendance, maintenir ou redonner de l'autonomie,
- Assurer l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage dans des domaines tels que les troubles sensoriels et de l'équilibre, le diabète, la nutrition, la maladie d'Alzheimer,
- Assurer l'information et le soutien des aidants,
- Assurer la préparation et l'accompagnement à la réinsertion familiale, sociale.

Moyens

- Offrir 1000 à 2600 journées d'hospitalisation de SSR gériatriques pour 1000 habitants de 75 ans et plus sur le territoire d'implantation de la filière de soins gériatriques,
- Au minimum unité de 20 lits avec
 - un équivalent temps plein de médecin gériatre,
 - huit équivalents temps plein d'infirmiers et douze équivalents temps plein d'aide soignants,
 - du temps de kinésithérapeute, d'ergothérapeute, d'orthophoniste, de podologue, de psychologue, de diététicien et d'assistant social.

Financement

- Par l'Assurance Maladie d'une manière complexe
 - Secteur privé lucratif : au prix de journée (tout compris) hors honoraires médicaux
 - Secteur public : dotation annuelle de fonctionnement
- avec l'hypothèse (incertaine) de l'introduction d'une tarification à l'activité en 201 ... ?

Hôpitaux de jour et centres de jour

L 'HJ MCO/D'EVALUATION

- Activité de bilan diagnostique
- Accès plateau technique
- Densité médicale (1.8 / 7 places) et paramédicale (5.0 / 7 places) notable
- Rotation importante :
 - 560 patients/an
 - 2 journées/patient/an
- Prix de journée # 600 €

L 'HJ SSR/THERAPEUTIQUE

- Activité de bilan diagnostique et de suivi
- Accès plateau technique
- Densité médicale (0.7 / 9 places) moindre, paramédicale (5.1 / 9 places) notable
- Moins de patients (148/an), mais plus de passages/patient/an sur une durée plus longue, selon l'indication :
 - MA et sd apparentés : 23 journées
 - Troubles de la marche : 16 journées
- Prix de journée # 250 €

33

L 'HJ GERONTOPSYCHIATRIQUE

- Appartenance au secteur psy
- Accès inconstante au plateau technique
- Densité médicale (0.6 / 14 places) et paramédicale (6.4 / 14 places) encore moindres
- Encore moins de patients (80/an), mais plus de passages/patient/an (43) sur une durée plus longue (10 mois)

34

Définition des accueils de jour

- Champ médico-social
- Plans Alzheimer
 - Accueil à la journée ou ½ journée
 - Une ou plusieurs journées par semaine
 - Pour personnes en perte d'autonomie vivant à domicile
 - Cahier des charges (*circulaire 16/04/2002 et 29/11/2011*)
 - Objectifs : (1) préserver l'autonomie par des activités ludiques à visée thérapeutiques ; (2) resocialiser, parallèlement au maintien à domicile ; (3) soutenir les familles

35

Les réseaux de soins ville-hôpital

Une solution idéale en théorie,
décevante dans la réalité, mouvante
dans l'esprit des décideurs

Un historique complexe

- Professionnels de ville
 - Centre de santé municipaux
 - Cabinet de groupe
 - Réseaux expérimentaux des années 80 (VIH, gérontologie, toxicomanie, ...)
- Institutions hospitalières
 - Partenariats d'établissement (maternité)
 - Regroupement à visée économique
- Financeurs et gestionnaires
 - La santé comme un marché à organiser (modèle des HMO)
 - Expérimentation Soubie 1996 à visée d'efficacité économique

Une tentative de typologie des réseaux

1. Réseaux d'établissement
2. Réseaux monothématiques de référence (hépatite C, diabète)
3. Réseaux expérimentaux à vocation économique
4. Réseaux de proximité thématiques sur les « grands sujets » de santé publique (malades âgés, précarité et psychiatrie, cancer, soins palliatifs) avec une mission ambiguë :
 - Apporter une compétence absente en ville et/ou
 - Coordonner les moyens existants ?

Les réseaux gérontologiques

- Il existe une Fédération Nationale des Réseaux Gérontologiques
- 124 réseaux en 2011
- Typologie d'organisation variable
 - Equipe d'intervention territoriale à point de départ hospitalier
 - Coordination des moyens de ville
 - Partie d'un réseau multi-thématique

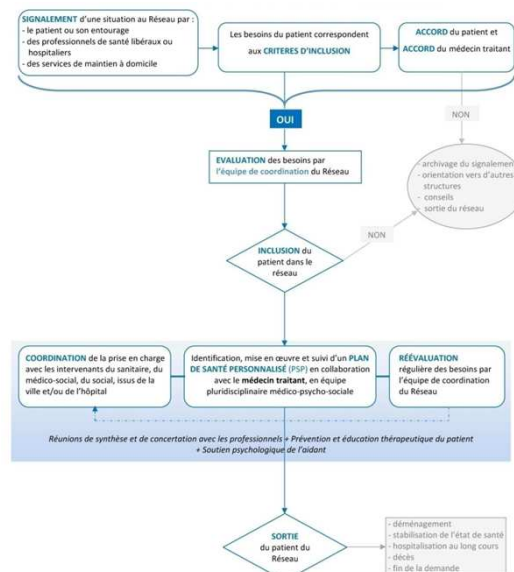
Réseau gérontologique 15-7

- Association Loi de 1901 financée par l'ARS depuis 2008 (au minimum, soit 220K€/an)
- Conseil d'administration à égalité entre
 - Hôpital (la filière labellisée)
 - Médecins généralistes
 - Les 2 CLIC du territoire
 - Les 5 SSIAD
- Un médecin TP, une IDE TP, une secrétaire mi-temps, un directeur administratif à 0.2TP
- Intervention à la demande/avec l'accord du médecin traitant, 180 à 200 malades/an : évaluation, établissement du plan d'aide, validation conjointe par le réseau et par le médecin traitant, accompagnement a minima de la mise en œuvre du plan d'aide
- Réunion hebdomadaire avec les 2 CLIC du territoire avec outil de triage entre action principalement sociale (CLIC) et requérant l'intervention sanitaire

Critères d'inclusion dans le réseau 15-7 (inclusion si score ≥ 6)

1. La personne vit seule
2. Absence d'aidant familial et de voisinage
3. Aidant informel ne peut plus continuer son aide
4. La personne a des difficultés pour prendre des décisions pour les tâches de la vie quotidienne (altération de ses facultés cognitives)
5. La personne apprécie sa santé comme « passable » ou « mauvaise »
6. La personne est essouffée pour l'accomplissement des tâches de la vie quotidienne ou au repos
7. La personne n'est pas autonome pour prendre son bain ou sa douche
8. La personne n'est pas autonome pour son hygiène personnelle (se coiffer, brosser les dents, maquiller, se laver et se sécher le visage...)
9. La personne n'est pas autonome pour habiller la partie inférieure de son corps
10. La personne ne marche pas seule.

Parcours du patient au sein du réseau



Réseaux gérontologiques en Ile de France



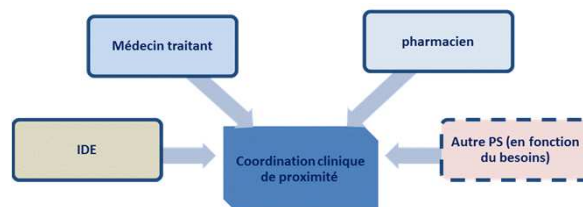
Le projet PAERPA

Origine du projet

- « Découverte » par le HCAAM de l'impact de la désorganisation des parcours de santé des sujets âgés et de leurs conséquences
- Identification de la problématique de non coordination
- Refus de l'intégration et de prendre en compte l'expérimentation MAIA (car « ... pour les seuls Alzheimer . »)

Une ode à la coordination

- Population cible : non définie
- Formaliser la mobilisation des professionnels de proximité : on ne sait pas comment



Une ode à la coordination

- Création d'une coordination territoriale d'appui, s'appuyant sur les coordinations existantes (CLIC, réseau, filières, MAIA)
- Mobilisation des établissements de santé et médico-sociaux
- Point positif : engagement dans une politique volontariste d'éducation thérapeutique
- Projets en cours

Des questions de fond

Performance des structures

Pertinence de l'utilisation des structures

Organisations intégrées

Quelle preuve de l'efficacité des
structures hospitalières gériatriques ?

Indissociable du CGA

Pertinence d'utilisation des
structures

Sujet complexe mais essentiel en cas
de ressources rares

Notion de pertinence hospitalière

- Repose sur une définition de l'hôpital pour des malades potentiellement en situation instable
 - Plateau technique non disponible ailleurs
 - Présence multidisciplinaire et multiprofessionnelle
 - Surveillance et action rapprochée
- Outil : Appropriatness Evaluation Protocol (AEP)
 - Existe sous deux formes
 - Pertinence des journées passées à l'hôpital
 - Pertinence d'une admission en urgence
 - Repose sur des critères liés aux soins médicaux, aux soins infirmiers et de réanimation et à l'état du malade

AEP « JOURNEES » EN COURT SEJOUR

La version princeps

24 CRITERES

- 10 liés aux soins médicaux
- 6 liés aux soins infirmiers et de réanimation
- 8 liés à l'état du malade

10 CRITERES DE SOINS MEDICAUX

- Procédure en salle d'opération ce jour (c'est-à-dire le jour où l'étude est réalisée)
- Procédure programmée en salle d'opération pour le jour suivant nécessitant une consultation ou une évaluation préopératoire extraordinaire
- Cathétérisme cardiaque ce jour
- Angiographie ce jour
- Biopsie d'un organe interne ce jour
- Procédure diagnostique invasive du système nerveux central ce jour
- Tout test ou examen nécessitant un contrôle nutritionnel strict
- Traitement nécessitant des ajustements fréquents de doses sous supervision médicale directe
- Surveillance médicale intensive par un médecin au moins trois fois par jour
- Journée postopératoire (après une intervention au bloc opératoire ou critères 3 à 6 plus haut)

6 CRITERES DE SOINS INFIRMIERS ET DE REANIMATION

- Assistance respiratoire continue ou intermittente (au moins trois fois par jour)
- Thérapie parentérale : liquide intraveineux de façon continue ou intermittent quelle que soit la supplémentation
- Monitoring continu des signes vitaux au moins toutes les demi-heures pendant au moins quatre heures
- Équilibre hydro-électrolytique
- Plaie chirurgicale majeure et soins de drainage
- Surveillance infirmière rapprochée, sur prescription médicale, au moins trois fois par jour

8 CRITERES LIES AU MALADE

- Arrêt des matières et des gaz ou absence de mouvement intestinal dans les dernières 24 h
- Transfusion liée à une perte de sang dans les dernières 48 h
- Fibrillation ventriculaire ou ischémie aiguë électrographique dans les dernières 48 h
- Fièvre supérieure à 38 °C dans les dernières 48 h si le patient a été admis pour une autre raison que la fièvre
- Coma : perte de conscience pendant au moins une heure pendant les dernières 48 h
- État confusionnel aigu dans les 48 dernières heures, non dû à un sevrage alcoolique
- Signes ou symptômes liés à des désordres hématologiques aigus dans les dernières 48 h
- Difficultés neurologiques aiguës et progressives dans les dernières 48 h

Pertinence des journées en gériatrie de court séjour

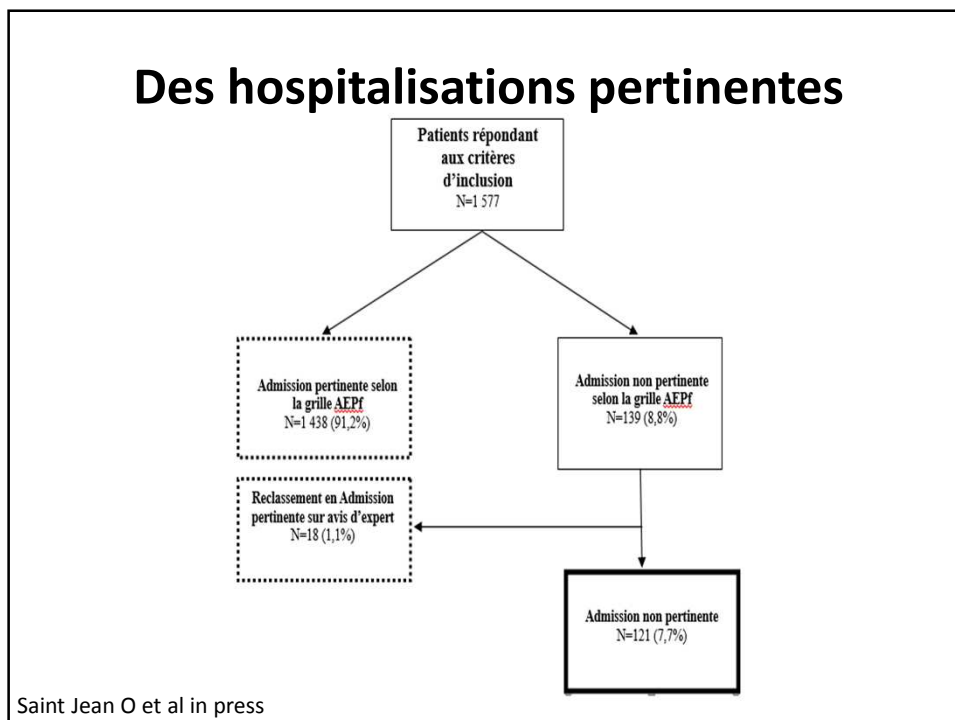
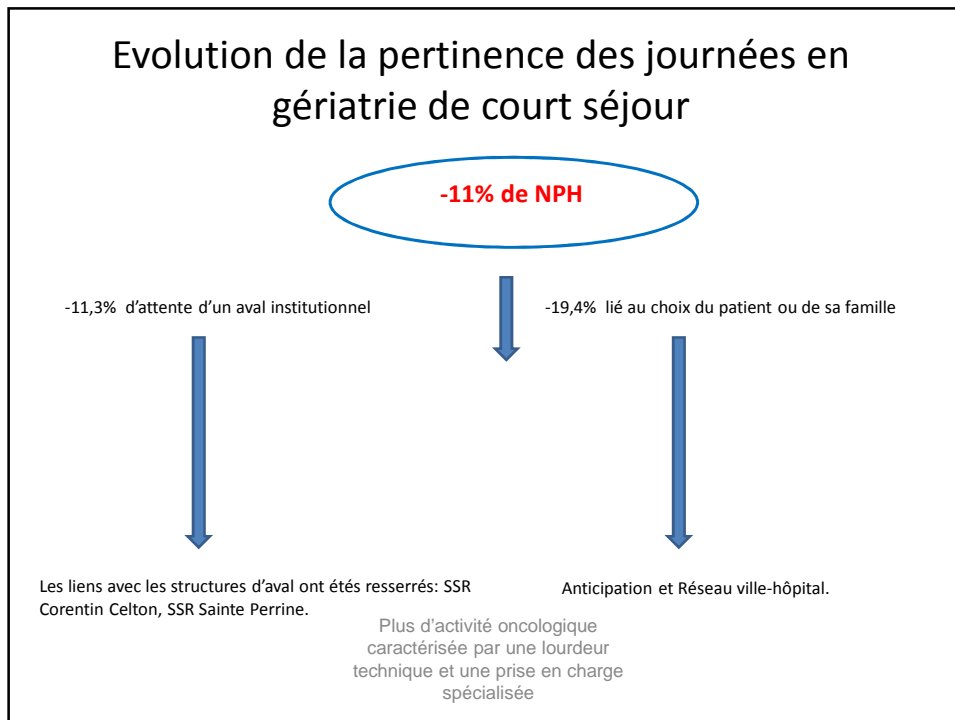
- 60% de journées pertinentes
- 40% de journées non pertinentes:
 - 30% de journées entièrement non-pertinentes
 - 10% de journées appropriées, classées NPH en référence à l'étude de 2007

Somme D et al Rev Med Int 2005

Evolution de la pertinence des journées en gériatrie de court séjour

TABLEAU 6 : Comparaison de la répartition des causes de NPH en 2003 et 2009 à l'HEGP

Libellé	2003 en %	2009 en %	Evolution en %
Journées non pertinentes	51,2	40,2	-11,0
Attente d'un aval institutionnel	55,6	44,3	-11,3
NPH liée au choix du patient ou de sa famille	25,1	5,7	-19,4
NPH selon l'outil mais observation diagnostique ou risque de rechute ou d'aggravation	9,2	14,3	5,1
NPH liée à l'attente d'une prestation à l'hôpital	8,0	21,4	13,4
NPH liée à l'attente d'une prestation hors hôpital	0,5	0,0	-0,5
NPH liée à l'organisation du service	1,3	0,0	-1,3

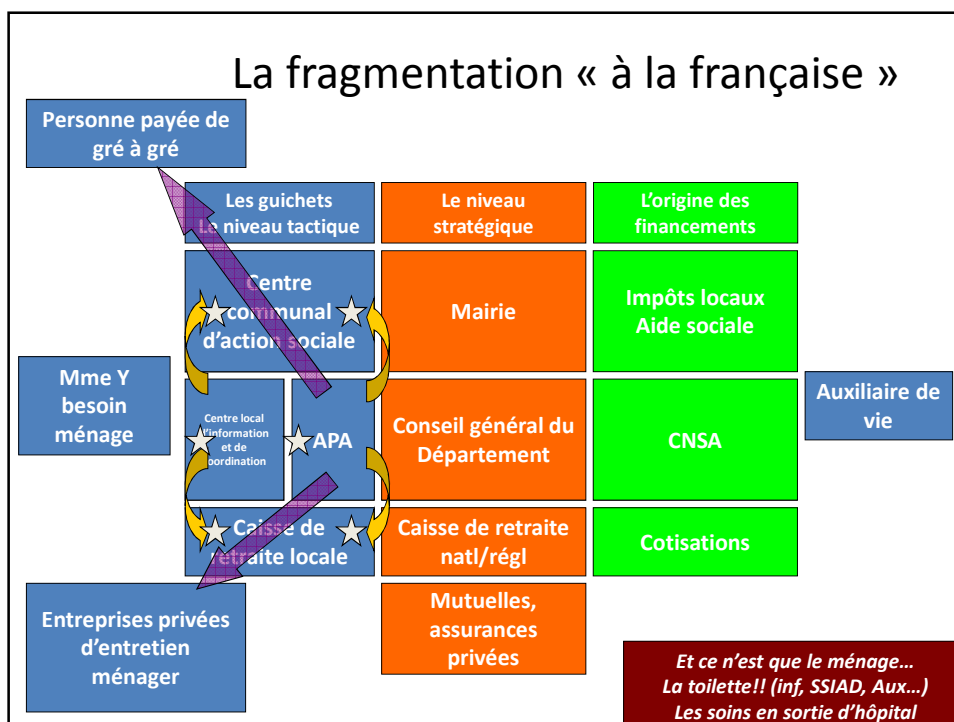


Les organisations intégrées

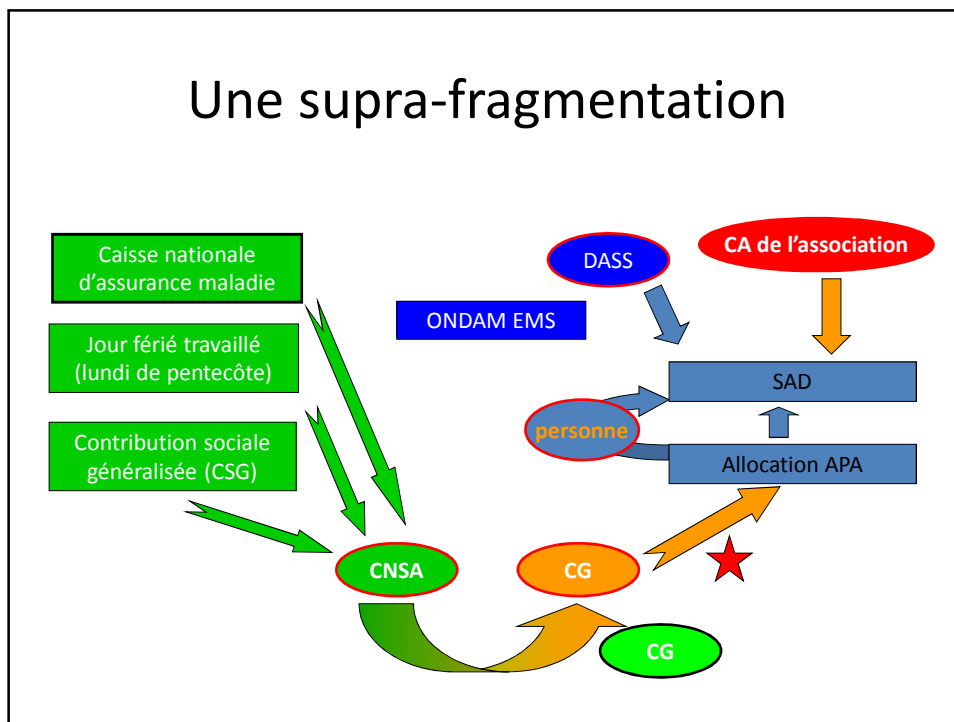
Pourquoi intégrer ?

La littérature

L'intégration à la Française



Une supra-fragmentation



Intégration

- Un modèle organisationnel
 - basé sur des structures partenariales
 - pour que les partenaires assurant une part de l'intervention auprès des personnes mettent en œuvre la coordination, la coopération puis la co-responsabilisation
 - afin que les personnes âgées aient vis-à-vis du système un vécu de continuité, de diversification, de flexibilité et d'adaptation aux changements de leurs besoins,
 - dans le respect de leur autonomie mais sans qu'ils soient laissés à eux-mêmes

Continuité

- Relationnelle: la personne identifie le professionnel qui lui apporte l'aide (médecin traitant). Dimension la plus valorisée
- D'approche: les professionnels ont la même compréhension de la situation et de l'intervention
- Informationnelle: les informations appropriées aux interventions circulent

Un programme de recherche-action PRISMA

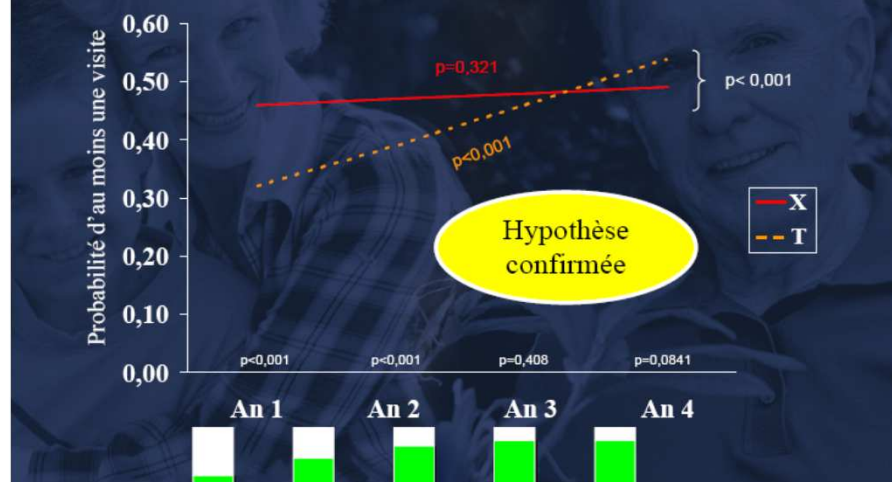
- Etude de cohorte contrôlée dans trois cantons du Québec
- Un programme en 6 points
 - [La concertation](#) de tous les acteurs à tous les niveaux,
 - l'utilisation d'un processus de [gestion de cas](#),
 - la mise en place d'un [guichet unique](#),
 - [Le partage d'informations cliniques](#),
 - l'utilisation d'un [outil d'évaluation multidimensionnel standardisé](#),
 - l'utilisation de [plans de services individualisés](#).
- Relation effet-dose entre l'implantation du modèle et les résultats

Effet du réseau intégré avec gestion de cas

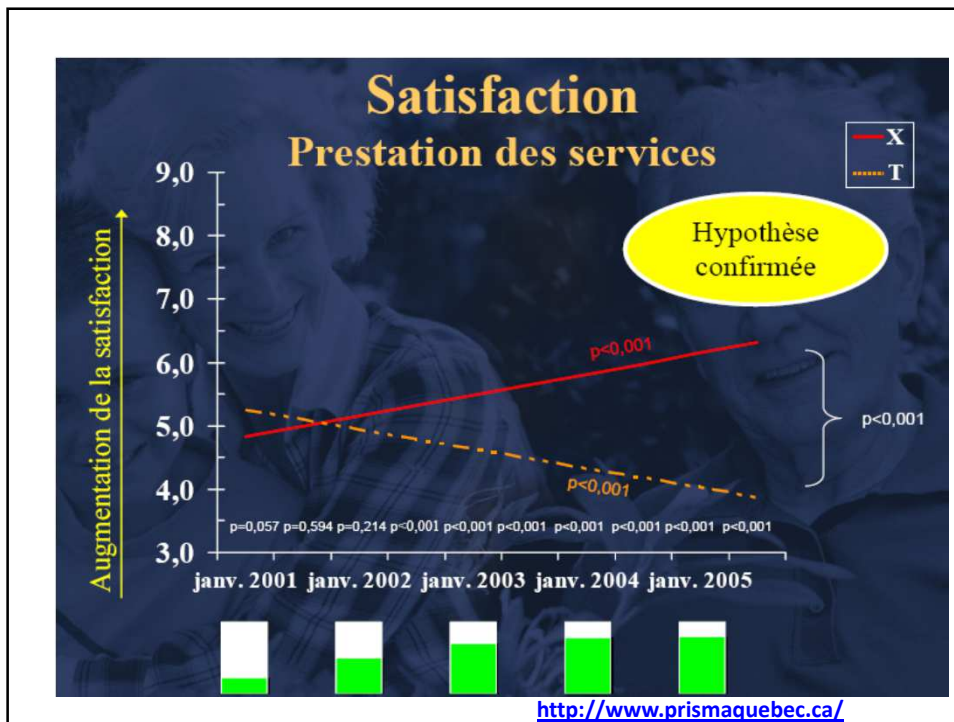
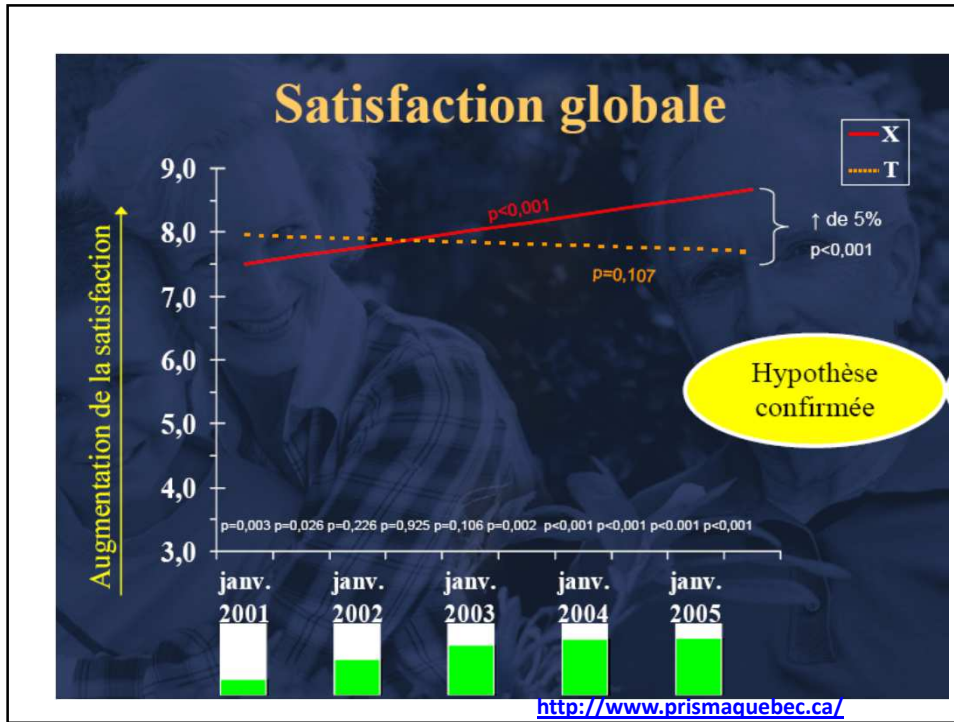
- Pas d'effets sur 4 ans sur décès et institutionnalisation
- Réduction de 7% de la perte d'autonomie
- Réduction de 14% de l'incidence de la perte d'autonomie dans la 4e année
- Effet + sur les recours au SAU
- *Effet + sur la satisfaction et l'autonomisation*

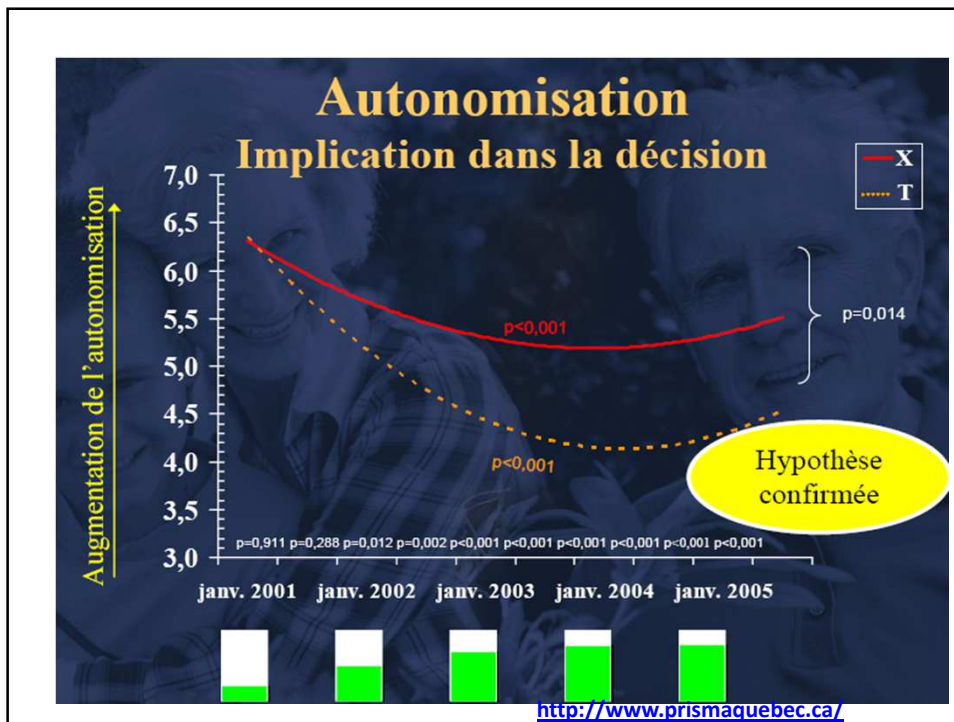
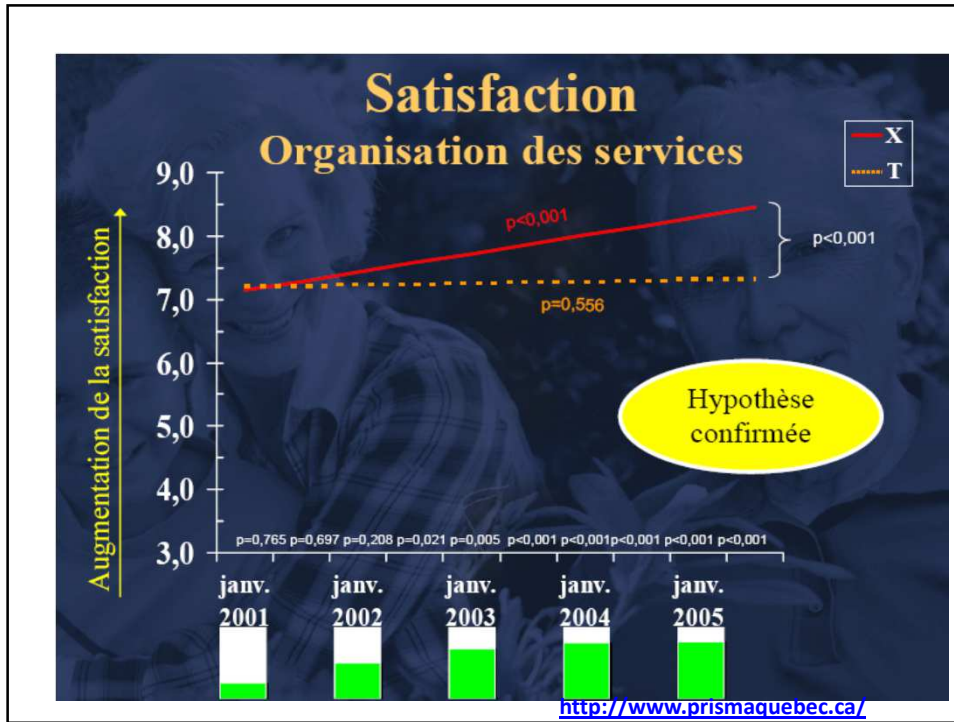
<http://www.prismaquebec.ca/>

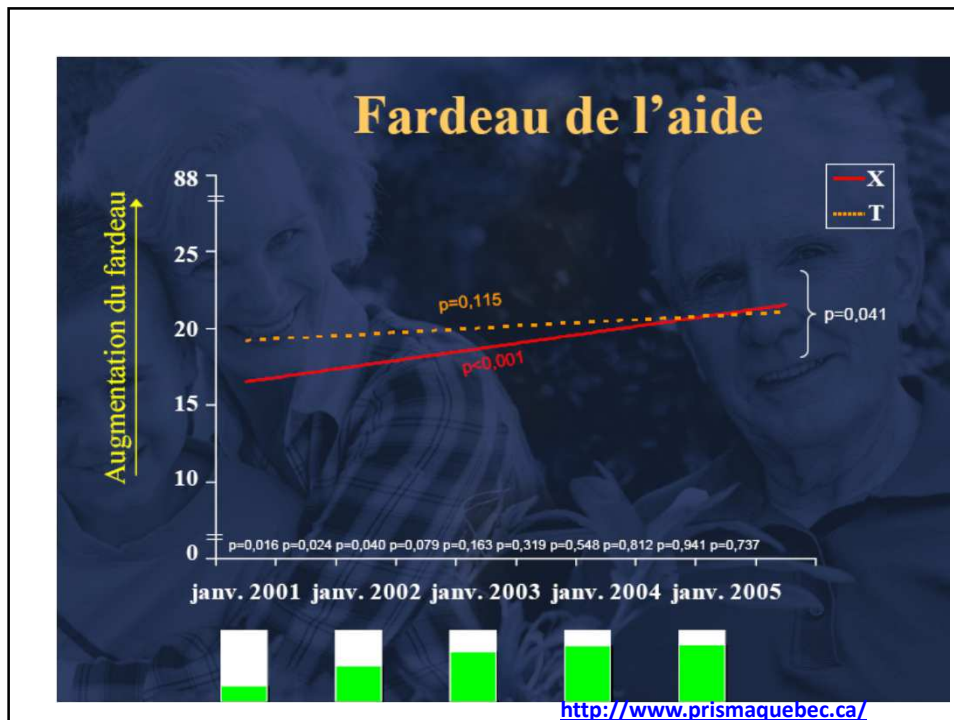
Au moins une visite à l'urgence



<http://www.prismaquebec.ca/>







PRISMA France / MAIA

- PRISMA France
 - Programme expérimental sur trois sites (méga-urbain, urbain et rural) pour des patients âgés polypathologiques, handicapés en situation complexe (psycho-cognitive)
 - Reprenant les six points essentiels du modèle canadien
 - [La concertation](#) de tous les acteurs à tous les niveaux,
 - l'utilisation d'un processus de [gestion de cas](#),
 - la mise en place d'un [guichet unique](#) et d'une [intégration des organisations](#) avec partages des prérogatives, concrétisée entre autre par la rémunération des GC
 - [Le partage d'informations cliniques](#),
 - l'utilisation d'un [outil d'évaluation multidimensionnel standardisé](#),
 - l'utilisation de [plans de services individualisés](#) .
- MAIA
 - Principale innovation du Plan National Alzheimer
 - Déploiement progressif soutenu par une équipe projet et des chercheurs
 - Chaque étape est un combat complexe

Une estimation des besoins en GC pour la France

- 800 000 malades porteurs d'un déclin cognitif
- 1 000 000 allocataires de l'APA
- Une population éligible à la GC : 100 000 sujets vivant à domicile (soit 2% des 75 ans et plus)
- Un nombre de GC estimé à 2500
- **Soit une masse salariale de 150 M€ (dépenses annuelles pour les inefficaces traitements symptomatiques de la démence : 240 M€/an)**

