



**EHESP**

---

**Directeur d'Etablissement Sanitaire  
et Social Public**

Promotion : **2007- 2008**

Date du Jury : **Décembre 2008**

---

**LA COUPE PATHOS EN COMPLEMENT  
D'AGGIR : UN OUTIL AU SERVICE DE  
LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE ?  
L'exemple du Centre de Long Séjour  
Intercommunal de Pontacq-Nay**

---

**Patricia FEREY**

---

# Remerciements

---

Je remercie très sincèrement Monsieur Jacques BASTIE, Directeur du CLSI, ainsi que son adjoint Jean-Pierre GARCIA pour leur ouverture à des approches nouvelles et leurs conseils avisés. Ils m'ont permis de vivre une expérience passionnante et enrichissante pour mon parcours de professionnalisation.

Je remercie également Mme Corinne TUC PERISSIE, médecin coordonnateur et Mme Maryse TASTET, Cadre de santé, et l'ensemble des agents de l'établissement pour leur disponibilité et leur contribution au bon déroulement du stage.

Je remercie l'ensemble des membres du groupe de travail de la FHF de leur accueil et de leur bienveillance ainsi que M. MELNITCHENKO, Directeur au Centre Hospitalier de Dax pour les portes qu'il m'a ouvertes et pour m'avoir permis de présenter mon expérience au sein de son établissement.

Je remercie Monsieur Olivier HERRBACH, Professeur des Universités de Toulouse et de Bordeaux pour ses conseils précieux dans l'élaboration du mémoire.

Je remercie toutes les personnes qui m'ont consacré du temps pour réaliser les entretiens et répondre à mes sollicitations et également celles qui ont effectué une relecture attentive et critique de mon mémoire.

Mes remerciements vont également à toutes les personnes qui m'ont soutenue dans ce travail.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 L'INTRODUCTION DE L'OUTIL PATHOS EN COMPLEMENT D'AGGIR : D'UN OUTIL DE DEFINITION DE LA PRISE EN CHARGE A UNE UTILISATION ESSENTIELLEMENT COMPTABLE ET FINANCIERE .....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 LE MODELE PATHOS OUTIL COMPLEMENTAIRE DU MODELE AGGIR : VERS UNE MEILLEURE DEFINITION DE LA PRISE EN CHARGE .....</b>	<b>5</b>
1.1.1 LE MODELE AGGIR .....	5
1.1.2 LE MODELE PATHOS .....	8
<b>1.2 UNE UTILISATION COMPTABLE ET FINANCIERE DES INDICATEURS AGGIR et PATHOS UNIFORME AU NIVEAU NATIONAL AVEC DES SPECIFICITES AU NIVEAU DU TERRITOIRE.....</b>	<b>11</b>
1.2.1 UNE UTILISATION FINANCIERE ET COMPTABLE UNIFORME AU NIVEAU NATIONAL .....	12
1.2.2 DES SPECIFICITES AU NIVEAU DU TERRITOIRE : L'EXEMPLE DES PYRENEES ATLANTIQUES .....	15
<b>2 LE CENTRE DE LONG SEJOUR INTERCOMMUNAL (CLSI) DE PONTACQ – NAY : ANALYSE DE LA SITUATION ET DU CONTEXTE EVOLUTIF .....</b>	<b>21</b>
<b>2.1 LA PRESENTATION DU CLSI DANS SON CONTEXTE :.....</b>	<b>21</b>
2.1.1 L'ORGANISATION DE LA STRUCTURE ET LE CONTEXTE DE REPROFILAGE :.....	21
2.1.2 LE PROFIL DE LA POPULATION ACCUEILLIE AU CLSI :.....	24
<b>2.2 L'ANALYSE DES RESULTATS ET LES ENSEIGNEMENTS TIRES DE LA COUPE TRANSVERSALE PATHOS.....</b>	<b>26</b>
2.2.1 L'ANALYSE DES INDICATEURS DE L'USLD ET DE L'EHPAD .....	26
2.2.2 L'IMPACT DE LA COUPE PATHOS ET LES REACTIONS QU'ELLE SUSCITE : UN DEBAT ENTRE ETHIQUE, EFFICIENCE ET QUALITE : .....	28

<b>3</b>	<b>LA COUPE PATHOS AU SERVICE DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES RESIDANTS : DES REALISATIONS CONCRETES ET DES PERSPECTIVES D'AVENIR.....</b>	<b>37</b>
<b>3.1</b>	<b>LA COUPE PATHOS AU SERVICE DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES RESIDANTS : LA CREATION D'OUTILS SPECIFIQUES .....</b>	<b>37</b>
3.1.1	LA MISE EN ŒUVRE D'UN TABLEAU DE BORD D'ACTIVITE ET DE QUALITE PAR SERVICE ET SA CONFRONTATION AVEC L'ORGANISATION D' ACTIONS DE QUALITE CIBLEES :.....	38
3.1.2	L'ORGANISATION D'UN RECUEIL DE DONNEES PATHOS DES L'ADMISSION : UN PREALABLE A LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DE NOUVEAUX ARRIVANTS : .....	44
<b>3.2</b>	<b>DES REALISATIONS CONCRETES QUI DEBOUCHENT SUR DES PERSPECTIVES D'AVENIR MAIS DES LIMITES ET DES EVOLUTIONS FUTURES A PRENDRE EN COMPTE:.....</b>	<b>45</b>
3.2.1	L'UTILISATION DU TBAQ COMME OUTIL MEDICO-ECONOMIQUE OPERATIONNEL ET STRATEGIQUE :.....	46
3.2.2	DES LIMITES INTERNES ET DES EVOLUTIONS REGLEMENTAIRES A ANTICIPER :.....	51
	<b>Conclusion.....</b>	<b>55</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>57</b>
	<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

AGGIR	: Autonomie Gérontologique des Groupes Iso-Ressources
AIG	: Activités d'Intérêt Général
ANGELIQUE	: Application Nationale pour Guider l'Evaluation Labellisé Interne à la Qualité pour les Usagers des Etablissements
APA	: Aide Personnalisée à l'Autonomie
ARGOSS	: Aide à la Réflexion en Gérontologie pour l'Organisation des Services et des soins
ARH	: Agence Régionale d'Hospitalisation
ARS	: Agence Régionale de Santé
CCI	: Chambre de Commerce et d'Industrie
CLSI	: Centre de Long Séjour Intercommunal
CME	: Commission Médicale d'Etablissement
CNAMTS	: Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Sociaux
CNSA	: Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CRAM	: Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CROSMS	: Comité Régional d'Organisation Sanitaire et Médico-Sociale
CRUQPC	: Commission des Relations des Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge.
CS	: Court Séjour
CSIRMT	: Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
CTE	: Comité Technique d'Etablissement
CVS	: Conseil de la Vie Sociale
DDASS	: Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DOMINIC	: Dotation MINImale de Convergence
DREES	: Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques du ministère de l'Emploi et de la Solidarité
DVD	: Digital Vidéo Disk
EHPAD	: Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPP	: Evaluation des Pratiques Professionnelles
EPS	: Etablissement Public de Santé
ERNEST	: Echantillon Représentatif National d'Etablissements pour Simuler la réforme de la Tarification
ETP	: Equivalent Temps Plein
EVA	: EVALuation externe

FHF	: Fédération Hospitalière de France
GALAAD	: Gérontologie Approche Logistique pour une Aide à l'Analyse et à la Décision
GIR	: Groupe Iso-Ressources
GMP	: Gir Moyen Pondéré
GMPS	: Gir Moyen Pondéré Soins
GPP	: Groupe de Patients Proches
HAS	: Haute Autorité de Santé
INSEE	: Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MARTHE	: Mission d'Appui de la Réforme de la Tarification de l'Hébergement en Etablissement
PAQUID	: Personne Agées QUID
PH	: Praticien Hospitalier
PLFSS	: Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale
PMP	: Pathos Moyen Pondéré
PSD	: Prestation Spécifique Dépendance
PUI	: Pharmacie Unique Intégrée
SMTI	: Soins Médico-Techniques Importants
SNGC	: Syndicat National de Gérontologie Clinique
SRoS	: Schéma Régional d'Organisation Sociale
SSR	: Soins de Suite et de Réadaptation
TAA	: Tarification A l'Activité ou T2A
TBAQ	: Tableau de Bord d'Activité et de Qualité
TBP	: Tableau de Bord Prospectif
USLD	: Unité de Soins de Longue Durée

## Introduction

Les Etablissements sociaux et médico-sociaux traversent actuellement une période de mutation consécutive aux réformes successives entreprises dans ce secteur à l'instar du secteur hospitalier. Ces réformes sont étroitement imbriquées principalement sur trois axes majeurs : la maîtrise des dépenses de santé au travers de la réforme de la tarification, la répartition des lits entre le sanitaire et le médico-social, ainsi que la mise en œuvre de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sanitaire et sociale. Elles entraînent des changements structurels profonds dans la gestion et l'organisation du travail institutionnel dont elles renforcent les modes de régulation technique et de pilotage.

Le vieillissement de la population et l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes conduisent, dès 1999, à la création d'une Mission d'Appui à la Réforme de la Tarification de l'Hébergement en Etablissement (MARTHE)<sup>1</sup>. Cette mission effectue une première étude auprès d'un échantillon représentatif de personnes âgées au niveau national baptisé « Ernest ». Les résultats ont permis une meilleure prise en compte de la dépendance à partir de la grille AGGIR.

La réglementation du financement a évolué en conséquence, passant d'une tarification binaire (hébergement et soin) à une tarification ternaire (hébergement, dépendance et soin). Cette réforme a été mise en œuvre par les décrets du 26 avril 1999 et du 4 mai 2001<sup>2</sup>, son principe avait cependant été posé par la loi du 24 janvier 1997<sup>3</sup> avec la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) devenu en 2001 Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA)<sup>4</sup>. Cette loi de 1997 prévoyait aussi la redéfinition des unités de soins de longue durée (USLD) et montrait déjà une volonté des pouvoirs publics de distinguer une composante sanitaire pure dans les USLD.

---

<sup>1</sup> Circulaire DAS/MARTHE/MES/CAB n° 99-294 du 21 mai 1999 et Circulaire MARTHE/DAS/DH-EO 4-AF 2 n° 99-345 du 15 juin 1999 relative à la réforme des unités et services de soins de longue durée et à la mise en œuvre de la réforme de la tarification dans les services hébergeant des personnes âgées dépendantes gérés par des établissements de santé (BO 99/22)

<sup>2</sup> Décret no 2001-388 du 4 mai 2001 modifiant les décrets no 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et no 99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ainsi que le décret no 58-1202 du 11 décembre 1958 relatif aux hôpitaux et hospices publics (JO 6/5/01). P 6175

<sup>3</sup> Loi n° 1997-60 du 24 janvier 1997 instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes (JO du 25/1/97) pp 1280-1290

<sup>4</sup> Loi no 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie (JO 21/7/01) p 11737

La loi n° 2002.2 rénovant l'action sociale et médico-sociale reprend ces objectifs et en introduit de nouveaux en replaçant l'utilisateur au cœur du dispositif. Elle favorise, au travers de l'expression des attentes et des besoins des usagers, la recherche d'une prise en charge la plus adaptée possible et conduit à prendre en compte l'appréciation du service rendu. Cette loi vise également à impliquer les professionnels dans cette démarche, dans l'élaboration d'outils et la prévention des risques de maltraitance institutionnelle tout en s'assurant de l'efficacité de l'allocation des ressources publiques.

Les textes réglementaires d'application de la loi 2002.2 prévoient la mise en œuvre d'indicateurs médico-sociaux économiques. « *Ces indicateurs doivent aboutir à l'élaboration d'outils de « pilotage » utiles aux directeurs d'établissements mais aussi aux financeurs. Leur mise en place permet de situer la structure par rapport aux établissements de même nature et d'allouer les moyens de manière plus objective en fonction des évolutions de l'activité* »<sup>5</sup>. La négociation de la convention tripartite des Etablissements avec les autorités de tarification s'effectue dans « *une optique de convergence tarifaire visant à obtenir la réduction progressive des inégalités dans l'allocation des ressources entre les Etablissements sociaux et médicaux sociaux : les écarts pouvant varier de 1 à 3 voire 5* »<sup>6</sup>.

A la demande de la mission MARTHE citée précédemment, le service médical du régime général d'Assurance Maladie réalise une nouvelle enquête à partir du même échantillon « Ernest »<sup>7</sup>. Cette enquête combine les besoins liés à la perte d'autonomie avec les besoins liés aux pathologies à l'aide du modèle PATHOS. Elle montre l'intérêt, pour les structures EHPAD et USLD, d'utiliser PATHOS dans le cadre du conventionnement tripartite pour défendre leur niveau de dotation en soins. Cette situation explique que l'utilisation de l'outil PATHOS est devenue plus quantitative que qualitative.

Le Centre de Long Séjour Intercommunal de Pontacq-Nay (CLSI) est actuellement confronté à l'ensemble de ces réformes. Structure bi-site de 210 lits regroupant un secteur sanitaire de type USLD et un secteur EHPAD. Le CLSI a signé sa convention tripartite pour l'EHPAD en 2004 et celle du long séjour en 2006. La première convention

---

<sup>5</sup> Note de service DGAS/5B n° 2004-527 du 5 novembre 2004 relative à l'arrêté du 26 octobre 2004 fixant les premiers indicateurs et leurs modes de calcul pris en application du 5° du I de l'article 16 et des articles 27 à 32 du décret n° 2003-1010 du 22/10/2003 (BO 2004/2) 12 p

<sup>6</sup> Note de service DGAS/5 B n° 2004-184 du 22 avril 2004 relative aux indicateurs du tableau de bord de l'article 27 et suivants en application du décret n° 2003-1010 du 22 octobre 2003, et à la mise en place d'une expérimentation. (BO 2004/20) p 233 - 302

<sup>7</sup> CNAMTS, DSM. Prévost P., Vuillemin C., Fender P. Etude Pathos sur l'échantillon « ERNEST ». Les soins de santé en maison de retraite, foyers logements et services de soins de longue durée au niveau national. Février 2003. 65 p

tripartite de l'EHPAD arrive à échéance. Son renouvellement doit logiquement être effectué à l'issue de la démarche qualité ANGELIQUE sur la base du nouveau calcul. L'enjeu financier n'est pas négligeable.

Dans le cadre de mon stage, j'ai été chargée principalement de la mise en œuvre de cette démarche qualité, de l'analyse de la coupe PATHOS 2006 et de la mise en œuvre d'une nouvelle coupe transversale.

Les résultats de la coupe transversale PATHOS 2006 du long séjour, issus du logiciel GALAAD, se présentent sous la forme de documents assez denses, établissant une description très fine de l'activité de l'établissement en matière de soins. Elle permet de connaître les différentes pathologies à partir de profils types des patients accueillis et ainsi de recenser les besoins les plus importants des résidents.

Dès lors, il semble légitime de s'interroger : la coupe PATHOS peut-elle être utilisée comme outil au service de la qualité de la prise en charge des résidents dans les Etablissements sanitaires et médico-sociaux ? Quelle va être son influence au sein de la structure ? Pour apporter des éléments de réponse, l'utilisation d'entretiens semi directifs apparaît la démarche la plus appropriée. Elle conduit, en effet, à recueillir des propos plus qualitatifs, centrés sur un thème précis, qui gagnent en richesse et précision.

En cours de stage, cette problématique initiale évolue et se complexifie sous l'effet conjugué de deux évènements successifs. En effet, Le CLSI est sollicité en novembre 2007 pour procéder à un redécoupage des lits sanitaires et médico-sociaux sur la base de la coupe transversale PATHOS de 2006. Cette négociation est cruciale pour la structure, car le reprofilage impacte les dotations soins et les moyens en personnel qui sont attribués différemment selon le secteur de prise en charge. La question de l'influence de PATHOS dans la structure face aux moyens et à la qualité de la prise en charge émerge alors dans 3 des 4 groupes constitués au niveau de la démarche ANGELIQUE.

Le second évènement est lié à la circulaire budgétaire du 15 février 2008<sup>8</sup> qui conduit à un questionnaire au niveau départemental et régional sur la coupe PATHOS devenue prégnante pour les établissements. Pour répondre à ces interrogations, un groupe de travail se constitue dans le cadre du Groupement de Réflexion Régional des

---

<sup>8</sup> Circulaire interministérielle N°DGAS/DSS/2008/54 du 15 février 2008 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2008 dans les établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées. 31 p

Etablissements sanitaires et médico-sociaux sous l'égide de la Fédération Hospitalière de France (FHF)<sup>9</sup>. J'ai intégré ce groupe<sup>10</sup> dès sa constitution.

Ma démarche d'entretiens semi-directifs se trouve donc enrichie par l'observation et le travail des différents groupes constitués, mais également complexifiée sur des aspects très intéressants mais connexes à ma problématique de départ.

Dans un premier temps, il apparaît indispensable de découvrir et de comprendre le modèle PATHOS, outil de prise en charge des soins complémentaire d'AGGIR, et d'appréhender son utilisation comptable et financière (I). Ces éléments de contexte permettront, dans un second temps, l'analyse de la situation du CLSI et de son évolution (II). Des propositions concrètes d'utilisation de la coupe PATHOS au service de la qualité de la prise en charge pourront ensuite être envisagées en tenant compte des limites et perspectives pour l'avenir (III).

---

<sup>9</sup> FHF. HOAREAU Virginie. Groupe de travail : Quels repères de négociation pour la filière gériatrique. 4/4/08 [en ligne] Disponible sur <<http://www.fhf.fr/dossiers/dossiers-fiche.php?id=2921&p=12&r=37>>

<sup>10</sup> Cf. annexe II. Composition du groupe régional FHF

# **1 L'INTRODUCTION DE L'OUTIL PATHOS EN COMPLEMENT D'AGGIR : D'UN OUTIL DE DEFINITION DE LA PRISE EN CHARGE A UNE UTILISATION ESSENTIELLEMENT COMPTABLE ET FINANCIERE**

Les gérontologues et les personnels soignants créent et utilisent des grilles d'évaluation de la personne âgée depuis de nombreuses années.

Dans un contexte de vieillissement de la population et d'accroissement de la demande de prise en charge, l'évaluation de la dépendance et de la prise en charge des pathologies est primordiale. Les décisionnaires, les soignants et au final les usagers doivent être sensibilisés à l'appréhension des coûts représentés par cette prise en charge

Le modèle AGGIR a été conçu dans cette optique mais il ne prenait en compte que les besoins en soins de base des personnes en perte d'autonomie. Dès lors, un outil complémentaire devenait nécessaire pour une définition plus complète de la prise en charge : le modèle PATHOS. La présentation de ces deux outils apparaît indispensable avant d'appréhender leur utilisation essentiellement comptable et financière.

## **1.1 LE MODELE PATHOS OUTIL COMPLEMENTAIRE DU MODELE AGGIR : VERS UNE MEILLEURE DEFINITION DE LA PRISE EN CHARGE**

Le modèle AGGIR ne peut refléter à lui seul le niveau de prise en charge des soins. Les modèles AGGIR et PATHOS sont complémentaires dans une meilleure définition de la prise en charge gériatrique. Il convient d'étudier ces deux modèles et les réalités qu'ils recouvrent.

### **1.1.1 LE MODELE AGGIR**

En France, les docteurs Robert LEROUX, Jean-Marie VETEL et Monsieur Jean-Marc DUCOUDRAY élaborent, dès 1994, un modèle destiné à prendre en compte le degré d'autonomie de la personne évaluée au travers des activités qu'elle effectue ou non : le modèle Autonomie Gérontologique et Groupes Iso Ressources (AGGIR).

## **A La présentation du modèle AGGIR :**

La grille AGGIR est devenue l'outil légal d'évaluation de la dépendance des personnes âgées dans le cadre de la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997. Elle a été publiée par décret n° 97-427 en Conseil d'Etat du 28 avril 1997.

Dans ce modèle, les diverses activités de la vie courante sont résumées par dix variables d'activités corporelles et mentales dites discriminantes (les huit premières servant au calcul du GIR) : cohérence, orientation, toilette, habillage, alimentation, élimination, transferts, déplacements intérieurs, déplacements à l'extérieur et communication à distance (les deux dernières évaluant l'isolement, surtout à domicile). Le modèle comporte également sept variables d'activités domestiques et sociales dites illustratives : gestion, cuisine, ménage, transports, achats, suivi du traitement et activités du temps libre. Ces dernières n'interviennent pas dans la définition du GIR qui mesure les besoins en soins de base. Les activités effectivement réalisées sont résumées dans une grille récapitulative<sup>11</sup>. Cette grille permet la classification de la personne âgée dans un Groupe Iso Ressources ou GIR. Une nouvelle grille « New Aggir » est en cours.

Le remplissage des grilles permet la construction d'indicateurs.

## **B Les indicateurs du modèle AGGIR :**

Les deux principaux indicateurs du modèle AGGIR sont les groupes iso-ressources (GIR) et le Gir moyen pondéré (GMP).

### Les groupes iso-ressources (GIR)

Chaque groupe iso-ressources correspond à des individus ayant des niveaux proches de besoins d'aides pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne. Un même groupe peut rassembler des personnes ayant des situations individuelles très différentes, mais qui nécessitent une surveillance et des aides identiques pour les actes essentiels de la vie. Il existe six groupes iso-ressources permettant une classification individuelle et collective

---

<sup>11</sup> Cf. annexe I. La grille récapitulative AGGIR

des individus. Toutefois, seuls les GIR 1 à 4 sont éligibles à l'APA. L'ensemble des GIR sont présentés ci-après :

<b>GIR 1</b>	Personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil et dont les fonctions intellectuelles sont gravement altérées, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.
<b>GIR 2</b>	Personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. Personnes âgées dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leur capacité de se déplacer (souvent dénommées les « déments déambulants »).
<b>GIR 3</b>	Personnes âgées ayant conservé leur fonctions intellectuelles, partiellement leur capacité à se déplacer mais qui nécessitent plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle.
<b>GIR 4</b>	Personnes âgées qui n'assument pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage. La grande majorité d'entre elles s'alimentent seules. Personnes âgées qui n'ont pas de problème pour se déplacer mais qu'il faut aider pour les activités corporelles ainsi que les repas.
<b>GIR 5</b>	Personnes qui assurent seules leurs déplacements à l'intérieur du logement, s'alimentent et s'habillent seules. Elles nécessitent une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
<b>GIR 6</b>	Personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie courante.

A chaque GIR correspond un coefficient de pondération permettant d'évaluer le temps quotidien de soins nécessaires en fonction du niveau de GIR

**TABLEAU de CALCUL DES TEMPS QUOTIDIENS EN SOINS / GIR<sup>12</sup>**

<b>GIR</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
Coefficients de pondération	1000	840	660	420	250	70
Temps quotidiens de soins nécessaires en minutes par personnes en fonction du GIR	210	176	139	88	53	15

A partir de ces coefficients, il est possible de calculer le Gir Moyen Pondéré, indicateur synthétique de besoin moyen en soins de base (aide-soignante) par individu dans une population.

Le GIR moyen pondéré (GMP) :

Pour les Etablissements sanitaires ou médico-sociaux, le classement des personnes âgées dans les différents GIR est effectué chaque année par

<sup>12</sup> CNAMTS. Dr PREVOST Patrice. *Aggir et pathos dans la planification gériatrique*. [En ligne] Septembre 2006. Disponible sur <[http://www.revuedegeriatrie.fr/4DACTION/SNGC\\_envoidoc/232](http://www.revuedegeriatrie.fr/4DACTION/SNGC_envoidoc/232)>

le médecin Praticien Hospitalier (PH) ou le médecin coordonateur de l'Etablissement au moyen de la grille AGGIR. Chaque classement donne lieu à une cotation en points. Le total des points dans les différents groupes de toutes les personnes hébergées divisé par le nombre de personnes hébergées donne la dépendance moyenne des résidents exprimée par le GIR Moyen Pondéré (GMP). Le GMP correspond donc à la charge moyenne en soins de base par individu ou pour une population accueillie en Etablissement.

Si AGGIR est l'outil au niveau de la perte d'autonomie, il faut considérer qu'une personne âgée peut présenter une perte d'autonomie sans pathologie aiguë ou chronique. De même, elle peut souffrir d'une ou plusieurs affections aiguës ou en poussée évolutive sans perte d'autonomie. Selon la DREES<sup>13</sup>, chez les personnes âgées et très âgées, l'association de pathologies est la règle. Ainsi, les résidents très dépendants (GIR 1 et 2) cumulent huit pathologies, contre six pour les personnes peu ou pas dépendantes (GIR 5 et 6) et la gravité des pathologies augmente également selon le niveau de dépendance.

Il est donc nécessaire de distinguer la charge en soins médicaux et techniques en lien avec la poly-pathologie des soins d'hygiène et de l'aide aux actes essentiels de la vie ou « soins de base ». Un nouvel outil est ainsi élaboré : le modèle PATHOS.

### 1.1.2 LE MODELE PATHOS

Système d'information sur les niveaux de soins nécessaires pour la prise en charge de la poly-pathologie des personnes âgées, le modèle PATHOS<sup>14</sup>, est élaboré en 2001 en partenariat avec le Syndicat National de Gérontologie Clinique (SNGC) et le service médical de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAMTS) à partir de l'échantillon « ERNEST »<sup>15</sup>.

---

<sup>13</sup> DRESS. DUTHEIL Nathalie, SCHEIDEGGER Suzanne. Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement. . Etude et résultats n° 494. Juin 2006. p 2

<sup>14</sup> CNAMTS et SNGC. DUCOUDRAY J.M., LEROUX R., PREVOST P., VETEL J.M., VUILLEMIN C., Le modèle PATHOS, janvier 2007. 47 p.

<sup>15</sup> CNAMTS et DSM.PREVOST P. VUILLEMIN C. FENDER P. Etude PATHOS sur l'échantillon ERNEST 2001. Les soins de santé en maisons de retraite, foyers logements et services de soins de longue durée au niveau national. 27 février 2003. 65 p

La présentation succincte du modèle PATHOS permet d'aborder les principaux indicateurs qui en découlent.

## **A Présentation du modèle PATHOS :**

Le modèle PATHOS requiert la réalisation d'une analyse transversale évaluant les niveaux de soins requis. A l'instar de l'outil AGGIR, il est basé sur une évaluation individuelle du résidant / patient à partir d'une grille recensant les 50 états pathologiques dont il souffre au jour de l'évaluation<sup>16</sup>. Cependant, l'état pathologique seul ne suffit pas à indiquer les moyens à mobiliser pour sa prise en charge. Ce sont 12 profils de soins possibles qui vont indiquer la « gravité » de la pathologie. Chaque profil est l'expression d'une démarche thérapeutique. Elle combine les soins médicaux, paramédicaux, pharmacologiques et les examens complémentaires nécessités par la gravité et l'évolution de la situation clinique.

### **Les 12 profils de soins (ou profils de stratégie thérapeutique)**

T1	Pronostic vital en jeu au quotidien
T2	Equilibration et surveillance rapprochée d'un état aigu ou instable
P1	Prise en charge psychiatrique d'un état de crise
P2	Prise en charge psychiatrique continue, soutien psychothérapeutique
R1	Rééducation fonctionnelle intensive, le plus souvent individuelle
R2	Rééducation fonctionnelle d'entretien, discontinuée ou allégée
CH	Soins locaux complexes et lourds (opéré récent, plaie importante)
DG	Pathologie froide non encore diagnostiquée
M1	Accompagnement d'un mourant lucide : soins palliatifs
M2	Accompagnement d'un mourant non lucide : soins de confort
S1	Surveillance épisodique programmée des affections chroniques
S0	Aucun soin médical ou technique

Au total, il est possible de rencontrer 240 couples « état pathologique / profil » pour décrire l'ensemble des situations cliniques pouvant être rencontrées en gériatrie. A partir de ces couples, des indicateurs synthétiques ont été mis au point.

---

<sup>16</sup> Cf. annexe I. La grille de codage PATHOS

## B Les indicateurs du modèle PATHOS :

Les principaux indicateurs du modèle PATHOS utilisés sont les soins médico-techniques importants (STMI), les groupes de patients proches (GPP), les postes de soins et le pathos moyen pondéré (PMP). Nous verrons successivement ces indicateurs.

### Les SMTI et les GPP :

Le 1<sup>er</sup> indicateur, le SMTI, correspond à un couple « état pathologique / profil » nécessitant une permanence infirmière 24h/24 et une surveillance médicale rapprochée pour assurer en toute sécurité une prise en charge optimale des pathologies lourdes, instables ou évolutives. Elle correspond à des personnes relevant d'une prise en charge sanitaire. Les SMTI sont ventilés en Groupes de Patients Proches ou GPP à partir des profils comme suit :

<b>SMTI :</b> GPP1 Pronostic vital en jeu au quotidien (profil T1) GPP2 Prise en charge psychiatrique de crise (profil P1, sans T1) GPP3 Rééducation intensive SMTI (certains profils R1, sans T1 ou P1) GPP4 Soins palliatifs (profil M1, quels que soient les profils associés) GPP5 Les autres situations SMTI
<b>Non SMTI :</b> GPP6 Les déments susceptibles d'être perturbateurs non SMTI GPP7 Les mourants non lucides (profil M2) GPP8 Les pathologies chroniques stabilisées (seuls profils S1 ou S0) GPP9 Les autres situations non SMTI

### Les postes de soins et le pathos moyen pondéré (PMP) :

Pour le 2<sup>e</sup> indicateur, les couples « état pathologique/profil » vont être répartis dans l'un des 8 postes de soins devant être mobilisés pour la prise en charge de la personne âgée.

#### **Les 8 postes de soins**

1	Soins médicaux gériatriques
2	Soins médicaux psychiatriques
3	Soins techniques infirmiers
4	Soins de rééducation - réadaptation
5	Soins de psychothérapie ordonnancés
6	Actes de biologie
7	Actes d'imagerie
8	Pharmacie et produits stériles

Pour la population accueillie, la somme des points dans ces huit postes de soins, pondérés par un coefficient variable selon les postes, est divisée par le nombre de résidents. Il en résulte le Pathos Moyen Pondéré ou PMP. Le PMP est donc un indicateur de la charge en soins médicaux et techniques d'un établissement.

Les modèles AGGIR et PATHOS mesurent des besoins. Ils ne sont pas concurrents, mais complémentaires. Leur intérêt réside dans la possibilité de décrire de façon synthétique l'état de santé d'un individu et/ou d'une population. Ils caractérisent le profil de la population accueillie d'une structure et définissent aussi les ressources devant être mobilisées. Les logiciels ARGOSS et GALAAD<sup>17</sup> développés en même temps, l'un par le SNGC et l'autre par le service médical de la CNAMTS, intègrent les modèles AGGIR et PATHOS. Toutefois, cette modélisation et les indicateurs – GIR - GMP – PMP – SMTI, etc. sont par essence réducteurs et comportent des limites. Leur choix a été déterminé en fonction de l'usage que les pouvoirs publics ont souhaité en faire ce qui n'est pas sans conséquence<sup>18</sup>.

Le GMP est entré dans le calcul de la dotation soin avec la réforme tarifaire de 1999. Le modèle PATHOS va devenir lui-aussi un outil à vocation comptable et financière.

## **1.2 UNE UTILISATION COMPTABLE ET FINANCIERE DES INDICATEURS AGGIR et PATHOS UNIFORME AU NIVEAU NATIONAL AVEC DES SPECIFICITES AU NIVEAU DU TERRITOIRE**

Le modèle AGGIR devient dès la loi de 1997 un outil d'éligibilité à la PSD puis à l'APA. Le Ministère a souhaité que ces deux indicateurs complémentaires que sont le GMP issu du modèle AGGIR et le PMP provenant de l'outil PATHOS soient intégrés dans le calcul du montant de la dotation de soins nécessaire à la prise en charge de l'ensemble des soins requis par l'état de santé des résidents. Il se servira également de l'outil PATHOS pour effectuer la répartition des lits entre le sanitaire et le médico-social.

Il est donc important d'examiner ces réformes nationales et de les confronter à la réalité du territoire, en l'occurrence sur le département des Pyrénées-Atlantiques.

---

<sup>17</sup> Cf. glossaire

<sup>18</sup> COLVEZ A. et al, Rapport du comité scientifique pour l'adaptation des outils d'évaluation de l'autonomie, janvier 2003. 50 p. p 8

## 1.2.1 UNE UTILISATION FINANCIERE ET COMPTABLE UNIFORME AU NIVEAU NATIONAL

A la base de la réforme de la tarification, le calcul de la dotation soin repose sur le GMP, issu de la grille AGGIR, qui recensait la charge de travail liée à la dépendance. En revanche, la charge en soins n'était prise en compte que de façon forfaitaire par ajout d'un nombre de points selon la classification des établissements. Avant d'aborder la répartition comptable des lits, nous examinerons les modalités de calcul de la dotation soin.

### **A L'utilisation des indicateurs dans les allocations de ressources : le Gir Moyen Pondéré soins (GMPS) dans la convention tripartite :**

Le calcul destiné à obtenir un Gir Moyen Pondéré Soins (GMPS) était effectué de la manière suivante :

- ❖ Pour les EHPAD et les foyers logements : GMP + 300 points forfaitaires
- ❖ Pour les USLD : GMP + 800 points forfaitaires

Cette dotation soin est « plafonnée » de manière à tendre à une convergence des ressources attribuées aux Etablissements, dénommée Dotation Minimale de Convergence ou DOMINIC<sup>19</sup>. Le système n'apparaît pas satisfaisant d'autant que les Etablissements pour personnes âgées sont confrontés, tant à l'alourdissement de la charge en soins techniques, qu'à l'augmentation des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, de pathologies apparentées ou de polyopathologies nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire.

*« L'enquête ERNEST menée en 1999, puis en 2001, avait montré que chaque point PMP devait être multiplié par 2,59 pour être transformé en équivalent GMP et ainsi entrer dans le calcul de la DOMINIC »<sup>20</sup>. Ce système a permis l'introduction du*

---

<sup>19</sup> Circulaire DGAS/MARTHE/DHOS/DSS n° 2000-475 du 15/09/2000 relative à la mise en œuvre de la réforme de la tarification dans les EHPAD. 20 p. p 4

<sup>20</sup> CNSA. Notice technique. Mise en œuvre des nouvelles règles tarifaires prévues par la circulaire DGAS/DHOS/DSS/CNSA n° 447 du 17 octobre 2006. Répartition des enveloppes de médicalisation. Encadré p 3

PMP dans le calcul de la dotation soin. La circulaire budgétaire de 2006<sup>21</sup> en prévoit les modalités pour les établissements ayant un GMP supérieur à 800.

Ainsi, la nouvelle formule de calcul du GMPS devient la suivante :

$$\mathbf{GMPS = GMP + (PMP \times 2.59) \times \text{valeur du point GMPS} \times \text{nombre de lits}}$$

Toutefois, « seuls les EHPAD ayant opté pour le tarif global avec Pharmacie Unique Intégrée (PUI) intègrent la quasi totalité des charges recensées par PATHOS. »<sup>22</sup> Ainsi, selon le choix du tarif - partiel ou global - et la présence ou non d'une PUI, le multiplicateur, c'est-à-dire la valorisation du point GMPS, retenu dans le calcul de la DOMINIC, est différent.

Les établissements éligibles à ce nouveau dispositif se trouvent soit dans la situation d'obtenir un effet mécanique leur permettant d'avoir une augmentation de leur dotation soin, soit dans la situation où ils ont une dotation supérieure. Dans ce cas, ils ont la possibilité de conserver leur dotation actuelle d'assurance maladie, sous réserve de s'engager contractuellement à accueillir des résidents plus lourdement dépendants ce que l'on appelle le clapet anti-retour.

La circulaire budgétaire pour l'année 2008 d'application du Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) 2008 est plus explicite. Le libellé du 1<sup>er</sup> chapitre est intitulé « *Achèvement de la réforme de la tarification et poursuite de la médicalisation des EHPAD* »<sup>23</sup>, comme celle de 2007, néanmoins elle introduit une date butoir définitive. Cette circulaire reprend les règles de tarification basées sur le GMPS et la formation à l'outil PATHOS. Elle précise également, les établissements pouvant prétendre au nouveau calcul du PATHOS et les formules de calcul.

Cependant, ce calcul n'a de sens que si la répartition entre les lits sanitaires et médico-sociaux est effectuée au niveau des longs séjours.

---

<sup>21</sup> Circulaire n° DGAS/DHOS/DSS/CNSA/2006/447 du 17 octobre 2006 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2006 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées. 40 p. Annexe I.

<sup>22</sup> CNSA. Notice technique. Mise en œuvre des nouvelles règles tarifaires prévues par la circulaire DGAS/DHOS/DSS/CNSA n° 447 du 17 octobre 2006. Répartition des enveloppes de médicalisation. p 3

<sup>23</sup> Circulaire interministérielle n°DGAS/DSS/2008/54 du 15 février 2008 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2008 dans les établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées. 26 p. p 2.

## B Un outil de partition entre le sanitaire et le médico-social :

Comme nous l'avons vu, depuis la loi sur la PSD de 1997, les pouvoirs publics ont affiché leur volonté d'identifier une composante sanitaire pure dans les longs séjours. Cette tentative de réforme a fait l'objet de vives polémiques de la part du secteur sanitaire. A l'automne 2005, le « dossier USLD » devient explosif. Il est alors impératif pour avancer la réforme de construire un outil permettant d'effectuer la partition. Dans cette optique l'étude nationale "USLD 2006"<sup>24</sup> avait pour objet d'analyser les populations prises en charge dans les unités de soins de longue durée à l'aide des outils AGGIR et PATHOS.

La redistribution des places dans ces structures, entre le sanitaire et le médico-social, s'effectue dans le cadre de la redéfinition des USLD prévue par l'article 46 de la loi de financement de la Sécurité Sociale de 2006 et sa circulaire d'application de mai 2007<sup>25</sup>. Cette nouvelle définition des USLD conditionne, en effet, la redistribution des lits et indique quelles sont les exigences en matière d'intensité et de continuité des soins : *"Les USLD accueillent et soignent des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une poly-pathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. Ces situations cliniques susmentionnées requièrent un suivi médical rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum"*<sup>26</sup>.

Le concept de SMTI caractérise donc parfaitement une prise en charge de type sanitaire. Rappelons sa définition : *"Un patient est SMTI quand il présente un ou plusieurs couples état pathologique - profil imposant une permanence infirmière 24 heures sur 24 et une surveillance médicale rapprochée pluri-hebdomadaire."*<sup>27</sup> Parmi les SMTI, le profil T2 caractérise des personnes relevant d'un court séjour ou d'un SSR et les personnes relevant des USLD redéfinies, selon qu'il s'agisse d'un état temporaire ou d'un état imposant un niveau de surveillance au long cours.

---

<sup>24</sup> CNAMTS et DRSM. Enquête nationale USLD 2006. Guide de recueil des données. Février 2006. 13 p

<sup>25</sup> Circulaire n° DHOS/O2/F2/DGAS/DSS/CNSA/2007/193 du 10 mai 2007 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la sécurité sociale pour 2006 modifiée concernant les unités de soins de longue durée. Soins de longue durée. Référentiel d'organisation des soins. 14 p. Annexe II

<sup>26</sup> Circulaire DHOS/O2/DGAS/2C n° 2006-212 du 15 mai 2006 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 concernant les unités de soins de longue durée. 59 p. p 3.

<sup>27</sup> Ibid. p 4.

Malgré les formations à l'outil PATHOS effectuées par le Dr VETEL dans toute la France en 2006, les coupes transversales effectuées dans tous les USLD et la circulaire de « pathosification » de la DOMINIC, la réforme semble avancer, reculer, puis s'enliser. Elle est cependant reprise en décembre 2006 dans l'article 84 du PLFSS de 2007. Car, du côté du Ministère, les négociations se sont poursuivies établissement par établissement avec le couperet de la première date butoir pour les signatures de conventions tripartites au 31 décembre 2007. Date qui sera d'ailleurs peu respectée.

L'article 69 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2008 et sa circulaire d'application du 15 février 2008 vont réaffirmer cette volonté. Elles prévoient que « *les partitions et transformations seront arrêtées conjointement par les ARH et les préfets de département au plus tard le 30 juin 2009, cette date constituant une date butoir*<sup>28</sup> ». Cette date s'entend comme définitive. Néanmoins, « *les propositions de partition des capacités tiennent compte au final de plusieurs éléments : les résultats de la coupe PATHOS, une taille critique suffisante, le respect des obligations de l'arrêté du 12 mai 2006, relatif au référentiel destiné à la réalisation des coupes transversales dans les USLD, les orientations du SROS ainsi que les divers taux d'équipement de la région* »<sup>29</sup>. Le contexte territorial est donc pris en compte.

Les établissements sont confrontés à des situations disparates en fonction du territoire d'implantation. Ces réformes ne se déroulent donc pas de façon homogène selon les régions et les départements. Dès lors, il convient de préciser le contexte du département des Pyrénées-Atlantiques et de la région Aquitaine dont dépend le Centre de Long Séjour Intercommunal (CLSI) de PONTACQ-NAY.

### **1.2.2 DES SPECIFICITES AU NIVEAU DU TERRITOIRE : L'EXEMPLE DES PYRENEES ATLANTIQUES**

Sur un plan global, les besoins de prise en charge des personnes âgées sont bien appréhendés au travers des modèles AGGIR et PATHOS. Ils constituent également des outils d'analyse précieux dans le cadre de la planification autour du grand âge sur un territoire. Ces modèles constituent une approche intégrant les

---

<sup>28</sup> Circulaire interministérielle n°DGAS/DSS/2008/54 du 15 février 2008 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2008 dans les établissements et services médicosociaux accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées. 26 p. p 12.

<sup>29</sup> DRSM. VERMORCI M., ARH Info n° 44. Le point sur la réforme des USLD. Rhône-Alpes. Novembre 2007.

besoins réels d'une population. Cependant, ils restent parfois réducteurs dans la prise en compte des spécificités locales. De ce point de vue, le Centre de Long séjour de PONTACQ-NAY doit être considéré dans un contexte territorial intégrant la situation géographique, la population et son évolution ainsi que l'environnement. Il est donc utile de reprendre ces éléments pour le département des Pyrénées-Atlantiques situé en région Aquitaine.

### A Le contexte départemental et régional du Centre de Long Séjour Intercommunal (CLSI) de PONTACQ – NAY :

Le Centre de Long Séjour Intercommunal (CLSI) est situé dans le département des Pyrénées Atlantiques (64) mais en bordure du département des Hautes-Pyrénées (65). C'est une structure bi-site composée de deux établissements équidistants de 15 kms. Le site de Pontacq se situe à 30 kilomètres de PAU (64), 15 kilomètres de TARBES et 12 kilomètres de LOURDES (65). Celui de Nay, par contre, est proche de l'agglomération Paloise.



#### La démographie du département

Le département des Pyrénées Atlantiques se situe au deuxième rang par rapport à la population régionale avec 630 998 habitants, selon les estimations INSEE. Elle se place juste derrière la Gironde. Les personnes âgées de plus de 60 ans sont au nombre de 157.719 soit près de 25 % de la population du département (cf. Tableau ci-après).

## POPULATION DE LA REGION AQUITAINE<sup>30</sup>

au 1<sup>er</sup> janvier 2006

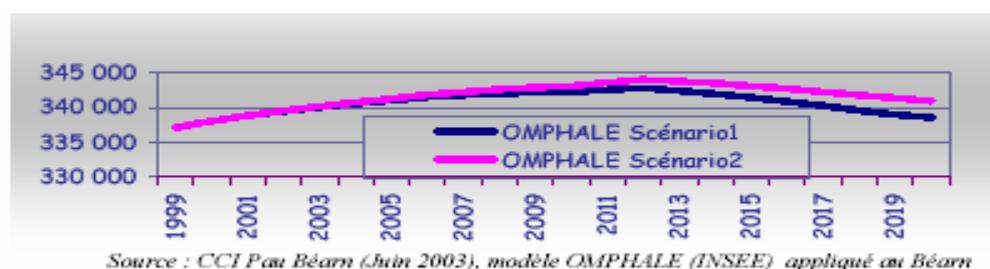
DEPARTEMENTS	POPULATION TOTALE	Part des 60 à 74 ans	Part des 75 ans et +
Gironde	1 386 996	170 783	115 898
Pyrénées Atlantiques	<b>630 998</b>	<b>93 413</b>	<b>64 306</b>
Dordogne	402 499	67 903	50 291
Landes	359 499	56 768	38 358
Lot et Garonne	318 999	51 963	37 242
<b>TOTAL REGION AQUITAINE</b>	<b>3 098 991</b>	<b>440 830</b>	<b>306 095</b>

Les projections de population laissent entrevoir une population croissante, d'ici à 2020, dans tous les départements aquitains, surtout en Gironde et, à un degré moindre, dans les Pyrénées Atlantiques et les Landes.

Elles sont estimées pour la région Aquitaine à 1.17 millions de personnes âgées de 60 ans et plus à l'horizon 2050, soit 1/3 de la population. Le nombre de personnes âgées de 85 ans et plus va doubler d'ici 2030. « D'après l'étude PAQUID, la maladie d'Alzheimer atteindrait en Aquitaine 17,8 % des personnes âgées de 75 ans et plus. La population à prendre en charge est estimée à 52 400 cas dont 35 000 maladies d'Alzheimer. En décembre 2003, seuls 11 685 cas étaient diagnostiqués et traités, soit 22,3 % des malades »<sup>31</sup>.

Selon l'étude démographique diffusée par la Chambre de Commerce et d'Industrie PAU-BEARN<sup>32</sup>, la population béarnaise devrait être caractérisée, à l'horizon 2010-2020, par un retournement de tendance démographique au-delà de 2012.

### PROJECTIONS DEMOGRAPHIQUES EN BEARN A L'HORIZON 2020



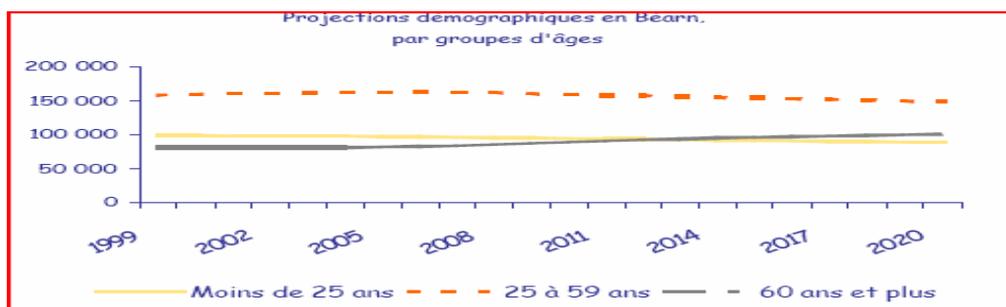
L'analyse fine des projections démographiques par classes d'âges révèle en fait un vieillissement de la population béarnaise et une baisse des catégories plus jeunes en concordance avec la pyramide des âges du bassin. Il est recensé dans le tableau ci-après

<sup>30</sup> INSEE. Estimations de population au 01/01/2006 (provisoires) et au 01/01/2005 (révisées)

<sup>31</sup> ARH Aquitaine. SROS 2006-2011. L'état des lieux. CD-Rom. Mars 2006

<sup>32</sup> CCI PAU/BEARN. Service Etudes et Aménagement du Territoire. Le Béarn à l'horizon 2010-2020. Projections démographiques. 4 p

## PROJECTIONS DEMOGRAPHIQUES EN BEARN PAR GROUPES D'AGES (février 2004)<sup>33</sup>



### Les équipements du département :

Le nombre de lits ou places pour les établissements publics ou privés comparés à la région et à la France métropolitaine permet de situer le département au niveau de l'ensemble des services offerts aux personnes âgées. Ils sont récapitulés dans le tableau ci-après.

**Accueil des personnes âgées**  
**Lits ou places installés au 1.01.2006 publics ou privés**  
*Source : DRASS - Enquête EHPA - FINESS - SAE*

Types d'accueil	AQUITAINE	Pyrénées-Atlantiques	FRANCE Métro
<b>Hébergement permanent</b>			
<b>Maison de retraite</b>			
nombre d'établissements	474	112	6 480
nombre de lits	27 724	6 126	443 387
<i>dont section de cure médicale</i>	2 834	1 046	41 316
<b>Logement foyer</b>			
nombre d'établissements	174	20	2 965
nombre de logements	7 825	816	153 006
<i>dont section de cure médicale</i>	90	47	3 510
<b>Dont EHPAD (en mr et foyer-logement)</b>			
nombre d'établissements	312	62	4 573
nombre de lits	22 362	4 016	350 184
<b>Hébergement temporaire nb lits</b>	242	86	7 782
<b>Accueil de jour nb de places</b>	55	38	3 476
<b>Services de soins à domicile</b>			
nombre de services	106	24	1 954
nombre de places	4 259	1 028	81 404
<b>Soins de longue durée</b>			
nombre de lits	2 405	629	71 724

On constate que sur les 112 établissements publics et privés, 62 sont des EHPAD et représentent 4016 lits sur le département soit 17,95 % par rapport à la région.

<sup>33</sup> CCI PAU/BEARN. Service Etudes et Aménagement du Territoire. Le Béarn à l'horizon 2010-2020. Projections démographiques.

Le taux d'équipement de ce département en structures d'hébergement complet comme en lits médicalisés soit 112 est inférieur à la région Aquitaine et à la moyenne française de 123 comme le montre le tableau suivant :

**Accueil des personnes âgées**  
Taux d'équipement au 1.01.2006 pour 1 000 habitants de 75 ans et plus  
Source : DRASS - Enquête EHPA - FINESS - SAE

EQUIPEMENTS	AQUITAINE	Pyrénées Atlantiques	France métrop.
Taux d'équipement en structures d'hébergement complet pour personnes âgées	120	<b>112</b>	123
Taux d'équipement en places de services de soins à domicile	14	16	17
<b>Taux d'équipement en lits médicalisés</b>	93	<b>92</b>	95

Extrait du STATISS 2007, Les régions françaises

Le département des Pyrénées Atlantiques nous le voyons est un département fortement peuplé mais il est déficitaire en nombre de lits sur l'ensemble du département. De plus, la répartition des lits est fortement déséquilibrée en faveur de la côte Basque.

Par ailleurs, la situation du département et de la région au niveau des indicateurs de type GMP et PMP mérite attention. A noter cependant que la connaissance de ces deux éléments permet de calculer la dotation soin des autres établissements. Dans un contexte de concurrence, le recueil s'est donc avéré assez difficile à obtenir sur le terrain. Certaines informations sur les GMP et PMP sont toutefois directement accessibles. D'autres sont fournies de manière officielle.

## **B La situation à l'égard des indicateurs GMP et PMP**

La moyenne nationale pour les indicateurs est facilement accessible par le biais du logiciel GALAAD. Il indique les moyennes nationales 2007 suivantes pour les USLD et les EHPAD<sup>34</sup> :

	<b>Moyenne SMTI</b>	<b>Moyenne PMP</b>	<b>Moyenne GMP</b>
<b>USLD</b>	40,07 %	222	860
<b>EHPAD</b>	/	125	564

<sup>34</sup> GALAAD est un logiciel qui donne le calcul des moyennes nationales pour les EHPAD et USLD.

### Les GMP des établissements publics :

Au niveau régional, la répartition effectuée en 2006 montre une moyenne à 865.<sup>35</sup> Pour les Pyrénées-Atlantiques, de source DDASS, les sept USLD du département ont un GMP 2007 qui s'échelonne entre 879 et 954.

En 2007, une enquête régionale anonymisée a été réalisée à l'initiative de la FHF au niveau des EHPAD publiques adhérentes. Elle situe le GMP entre 521 et 751<sup>36</sup>. Tous les établissements n'ont pas répondu. Néanmoins, cette étude permet de constater des écarts très importants.

### Les PMP nationaux et régionaux :

Les résultats de l'enquête nationale sur la répartition des lits d'USLD en 2006<sup>37</sup> montrent la situation de la région AQUITAINE au regard des autres régions et de la France métropolitaine. Ainsi, il est constaté un PMP moyen régional à 298 pour une moyenne nationale à 303 donc légèrement inférieur.

Toutefois, dans le même temps, un déficit en nombre de lits d'USLD redéfinis pour 1000 habitants de plus de 75 ans est enregistré. Une création de 826 lits d'USLD sur le territoire est prévue.

Il n'a pas été possible d'obtenir de données sur le PMP 2007 pour les établissements auprès de la CRAM ou de la DDASS.

Les EHPAD pour leur part ne disposent pas actuellement de coupe PATHOS validée.

La compréhension des indicateurs AGGIR et PATHOS comme la connaissance du cadre réglementaire et territorial sont indispensables. Elles conditionnent l'analyse de la situation et du contexte du Centre de Long Séjour Intercommunal de Pontacq-Nay. Cette analyse interviendra à l'issue d'une brève présentation de la structure.

---

<sup>35</sup> Source : DHOS/02/CB. Répartition régionale des lits d'USLD 2006

<sup>36</sup> Source : FHF questionnaire anonyme non publié. Taux de réponse 46 établissements sur 72

<sup>37</sup> Source : DHOS/02/CB. Répartition régionale des lits d'USLD 2006

## **2 LE CENTRE DE LONG SEJOUR INTERCOMMUNAL (CLSI) DE PONTACQ – NAY : ANALYSE DE LA SITUATION ET DU CONTEXTE EVOLUTIF**

Avant d'analyser la situation de la structure et de son environnement à l'égard de l'outil PATHOS, il convient d'effectuer une brève présentation du Centre de Long séjour de Pontacq-Nay au niveau de son organisation et de son fonctionnement

### **2.1 LA PRESENTATION DU CLSI DANS SON CONTEXTE :**

Le Centre de Pontacq est un ancien pensionnat religieux « Saint Joseph », transformé en hospice public départemental en 1960. A partir du 1<sup>er</sup> août 1978, le Centre de Pontacq exploite les immeubles de l'ancien « l'Aérium de l'Immaculée » de Nay situé à 17 kms dont il procède à l'acquisition en 1985. La transformation juridique des lits d'hospice en « Centre de Long Séjour » est fixée par arrêté ministériel en date du 26 décembre 1988. L'Etablissement évolue donc dans un statut d'hôpital local sans en avoir le titre.

Avant d'aborder le profil des personnes âgées accueillies au sein du CLSI, l'organisation actuelle et le contexte particulier de la structure mérite d'être évoqués pour comprendre l'évolution du fonctionnement.

#### **2.1.1 L'ORGANISATION DE LA STRUCTURE ET LE CONTEXTE DE REPROFILAGE :**

La capacité du CLSI est de 208 lits d'hébergement permanent, de 2 lits d'hébergement temporaire. La structure exploite 8 places d'accueil de jour réparties sur les 2 sites. Le découpage s'effectue comme suit :

##### Site de Pontacq :

- 98 lits d'EHPAD sur 3 services (Cols, Lacs, Vallées),
- 40 lits de Long séjour sur un service (Fleurs)
- 2 lits d'hébergement temporaire
- 8 places d'accueil de jour ouvertes les mardis et jeudis

##### Site de Nay :

- 70 lits de long séjour répartis sur 2 pavillons non dénommés,
- 8 places d'accueil de jour ouvertes les lundis, mercredis et vendredis.

Le Centre de Long Séjour de Pontacq – Nay est une structure particulièrement dynamique et ambitieuse en matière de projets.

Le site de Pontacq a été réhabilité en totalité en juin 2005 avec un projet architectural adapté à la prise en charge de personnes atteintes de démences de type Alzheimer ou apparentées. Il bénéficie d'un jardin thérapeutique intérieur au centre de la structure bordé de couloirs vitrés et ouverts, propices à la déambulation. Les jardins thérapeutiques extérieurs créés autour de la structure offrent une sécurisation totale. Le site de Nay est en cours de reconstruction complète sur le même modèle. Les travaux s'achèveront en juin 2009.

De plus, une extension de l'accueil de jour à 8 places sur ces deux sites est en attente de financement.

Parallèlement, un projet de construction d'une nouvelle structure médico-social de 84 lits avec une unité Alzheimer, un accueil de jour et un hébergement temporaire sur le site de Jurançon près de PAU passera en CROSMS en septembre 2008. Le démarrage des travaux est programmé fin 2009. Le CLSI prépare également un projet de création de logements sociaux sous maîtrise d'ouvrage de la Mairie de Pontacq. Enfin, il est envisagé de proposer une filière complète incluant des services de court et/ou moyen séjour gériatrique ainsi que du SSR pour accéder au reclassement en hôpital local.

L'organisation du CLSI, son évolution et les moyens dont il dispose doivent être détaillés.

#### *L'organisation du CLSI et les moyens en personnel :*

Le CLSI est un Etablissement public de santé (EPS). Le fonctionnement et l'organisation de la structure est hybride, à la fois sanitaire et médico-social. Les instances de l'établissement sont identiques à celle d'un Centre Hospitalier ou d'un hôpital local pour la partie sanitaire. A ce titre, elle dispose d'un Conseil Exécutif, d'une Commission médicale d'Etablissement (CME), d'une Commission des soins infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique (CSIRMT). Les différentes instances à la fois du médico-social et du sanitaire comme le Conseil de la Vie Sociale (CVS) et le Comité de Relation avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) se réunissent régulièrement.

L'établissement emploie environ 190 agents représentant 151,5 Equivalents Temps Plein (ETP), tous statuts confondus. Les moyens attribués

aux soins sont répartis de la manière suivante à novembre 2007 (hors mensualités de remplacement) :

SECTEUR	SERVICES	Cadres	IDE	AS/ASH	TOTAL
<b>LONG SEJOUR</b>	Fleurs	1	4	13.2	<b>17.2</b>
	Nay	1	9.85	32.25	<b>42.10</b>
<b>EHPAD</b>	Lacs – Vallées - Cols	1	9.5	27.5	<b>37.00</b>
<b>TOTAL</b>	<b>210 lits</b>	<b>3</b>	<b>23.35</b>	<b>72.95</b>	<b>96.30</b>

### L'évolution de l'organisation du CLSI et le contexte de reprofilage

Le Centre de Long Séjour Intercommunal de Pontacq - Nay adopte jusqu'en septembre / octobre 2007, un fonctionnement de type purement sanitaire malgré le secteur EHPAD. La structure ne fonctionne qu'avec des praticiens hospitaliers. Cette situation est due à la personnalité de l'un des PH, chef de service, en opposition avec la direction et peu enclin à l'ouverture de la structure aux médecins traitants. Son départ et le recrutement d'un médecin coordonnateur va profondément retentir sur le fonctionnement de la structure et permettre une mise en conformité avec la réglementation.

Dès l'arrivée du médecin coordonnateur, une réunion est proposée à l'ensemble des médecins traitants des 2 cantons afin de leur ouvrir la structure. Depuis, 15 médecins traitants interviennent dans le secteur EHPAD. Les inquiétudes ou appréhensions des équipes soignantes et des résidents au niveau organisationnel se sont rapidement apaisées devant la constatation du réel service rendu. Pourtant, la charge de travail s'est notablement amplifiée pour les infirmières.

C'est dans ce contexte qu'en novembre 2007, une négociation s'établit avec le Ministère et la DDASS pour effectuer un reprofilage à 70 lits de la section USLD au profit du secteur EHPAD. Une négociation s'est engagée dans la précipitation sur la base de la seule coupe PATHOS 2006 du long séjour et aboutit finalement au passage de 30 lits d'USLD en médico-social, soit la conservation de 80 lits d'USLD.

Il m'a alors semblé intéressant de proposer de réaliser une nouvelle coupe PATHOS sur l'ensemble de la structure pour avoir une base sur le secteur EHPAD qui n'en avait pas bénéficié. Cette coupe a également vocation à vérifier l'évolution du PATHOS sur le long séjour.

Avant d'analyser finement cette coupe transversale, il est opportun de définir le profil des personnes âgées accueillies au sein de l'établissement.

## 2.1.2 LE PROFIL DE LA POPULATION ACCUEILLIE AU CLSI :

La structure accueille les populations des Pyrénées Atlantiques et dans une moindre mesure celle des Hautes-Pyrénées sur le site de Pontacq et une population plus urbaine issue de l'agglomération paloise pour le site de Nay.

Le profil des résidents est particulièrement marqué par la zone d'attraction géographique de l'établissement et son statut de long séjour, mais également par les réseaux de recrutement du CLSI qui influencent directement l'activité de l'établissement. En effet, un tiers des personnes hébergées sont principalement issues de l'hôpital psychiatrique de Pau ce qui confère une spécificité reconnue à la structure.

Il convient de décrire les résidents de l'EHPAD et les patients du Long séjour en terme d'autonomie et de spécificité de la population accueillie.

### A Le profil des résidents de l'EHPAD :

L'accueil en section EHPAD d'une population en provenance principale du Centre Hospitalier des Pyrénées de Pau, Etablissement psychiatrique, implique à l'évidence une prise en charge particulièrement lourde pour le personnel. Cette caractéristique doit être corrélées avec le profil de dépendance des résidents comparé au profil national moyen des maisons de retraites ci-dessous :

#### PROFIL DE DEPENDANCE DES RESIDANTS ACCUEILLIS EN SECTION EHPAD AU 31/12/2004<sup>38</sup> (- de 60 ans exclus)

Groupes	% de la population CLSI	% National des maisons de retraite	Différence
GIR 1 / 2	47 %	39 %	+ 8
GIR 3 / 4	40 %	38 %	+ 2
GIR 5 / 6	13 %	23 %	- 10

Les moyennes de dépendance sont très supérieures à celles constatées au niveau national avec une tendance à l'augmentation de la perte d'autonomie particulièrement nette sur l'EHPAD avec 148 points depuis 2000, comme l'indique le tableau ci-après :

---

<sup>38</sup> Source : Extrait du Projet d'établissement 2005 – 2010 du CLSI.

**PROGRESSION DU GMP PAR SECTIONS TARIFAIRES  
(GMP validés par les services de la DDASS et de la DSD)**

	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	Moyenne nationale
<b>EHPAD</b>	696	674	620	641	603	566	526	548	<b>564</b>

A noter que 9 résidents psychiatriques vieillissants sont âgés de moins de 60 ans et ne sont donc pas girés.

**B Le profil des patients de long séjour :**

Le profil de dépendance des patients de la section long séjour enregistre 92 % de Gir 1 et 2. Il est conforme à la population qu'elle est sensée accueillir avec un degré légèrement supérieur à celui constaté au niveau national pour ce type d'unités soit 82 %. Néanmoins, les patients sont particulièrement lourds dans la prise en charge du fait de la présence de déments souvent grabataires.

La dépendance des patients s'est également alourdie, elle a augmenté de 19 points entre 2006 et 2007. Elle dépasse la moyenne nationale de 61 points.

**PROGRESSION DU GMP PAR SECTIONS TARIFAIRES  
(GMP validés par les services de la DDASS et de la DSD)**

Années	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	Moyenne nationale
<b>Long séjour</b>	921	902	913	904	907	898	845	843	<b>860</b>

Les besoins en soins réels ont été évalués avec l'outil PATHOS en 2006 conformément à la réglementation. Ce point sera évoqué dans l'analyse qui sera effectuée à l'égard du PATHOS. La coupe transversale PATHOS 2006 a été réalisée sur le secteur sanitaire du long séjour uniquement.

Pour effectuer une nouvelle coupe transversale sur la totalité de la structure en 2007, il s'est avéré que seul le médecin chef de service a été formé à l'outil PATHOS pour les médicaux, et qu'il avait effectué cette coupe transversale 2006 seul. Pourtant, deux cadres de santé formés à l'outil étaient disponibles, même si l'un d'entre eux possède une formation assez ancienne.

La nouvelle coupe transversale PATHOS a été réalisée par ces 2 cadres et le médecin PH dont la formation n'est prévue qu'en juin 2008. Elle a néanmoins permis une analyse et un comparatif avec 2006. Elle a aussi suscité de nombreuses réactions dans les groupes de travail internes et externes qu'il convient de détailler.

## **2.2 L'ANALYSE DES RESULTATS ET LES ENSEIGNEMENTS TIRES DE LA COUPE TRANSVERSALE PATHOS**

L'analyse transversale 2007 de l'ensemble de la structure a été réalisée sur une période de 2 semaines sur les 2 sites avec une volonté de réaliser une coupe pathos fiable et fidèle à la réalité des besoins en soins des personnes accueillies. Dès réception des résultats de GALAAD, le médecin de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM) a indiqué qu'elle ne serait pas validée au motif qu'il n'avait pas d'instruction dans ce sens.

Cette coupe transversale constitue cependant un point d'évolution sur le long séjour et une base pour l'EHPAD que l'on examinera successivement. Elle a aussi servi de support aux entretiens semi-directifs et alimenté la réflexion des groupes de travail.

### **2.2.1 L'ANALYSE DES INDICATEURS DE L'USLD ET DE L'EHPAD**

La réalisation de deux tableaux, l'un comparatif de la situation de l'USLD avec les résultats de la coupe PATHOS 2006 et 2007, le second de l'ensemble de la structure avec la coupe PATHOS 2007 (bien que non validée par la CRAM), permet de mettre en lumière certains enseignements.

#### **A L'unité de soins de longue durée (USLD) :**

On constate une perte d'autonomie accrue sur le long séjour entre 2006 et 2007 avec une augmentation de 10 points GIR pour Pontacq et 15 pour Nay. Le GMP se trouve au dessus de la moyenne nationale sur les 2 sites.<sup>39</sup>

---

<sup>39</sup> Cf. annexe V. Tableaux d'analyse

Le PMP s'accroît sur Pontacq de 77 points mais semble en nette diminution sur Nay de 119 points. Ce résultat paraît surprenant bien que les 2 sites restent supérieurs à la moyenne nationale. En fait, à l'époque de réalisation de la coupe pathos, une série de 4 décès de personnes parmi les plus lourdes au niveau de la pathologie ont fait considérablement chuter l'indicateur. Il est donc essentiel d'être particulièrement vigilant à la période à laquelle on envisage d'effectuer cette analyse transversale. A cet égard, la tenue d'un tableau mensuel des décès sur plusieurs années facilite le repérage de la période la plus stable.

Tandis qu'ils progressent sur le site de Pontacq, les SMTI sont en régression sur le site de Nay pour les mêmes raisons invoquées précédemment. Le déficit apparaît important sur le GPP 3 - Rééducation fonctionnelle intensive au bénéfice du GPP 5 – autres situations de SMTI qui offrent peu de lisibilité et nécessitent une analyse supplémentaire.

L'étude PATHOS de 2007 n'a pas été effectuée sur un logiciel équivalent. Certains items n'ont pas pu être analysés pour rester sur la même base que 2006. Cette situation est dommageable car elle avait montré en 2006 une proportion de 32 lits relevant du court séjour (CS) gériatrique ou de soins de suite et de réadaptation (SSR), soit 29 %. L'équivalent en 2007 aurait pu confirmer que le CLSI propose une filière complète et relève plutôt d'une classification en hôpital local.

En fait, l'analyse fine : SMTI et proportion de CS ou de SSR, ne peuvent être effectuées qu'avec l'aide d'un médecin coordonateur formé à l'outil. Par manque de disponibilité de ce dernier, mais aussi parce qu'il n'avait pas participé à la coupe transversale réalisée avant son arrivée, ce travail n'a pu aboutir.

## **B L'EHPAD**

Le résultat de l'analyse transversale du secteur médico-social est atypique. En effet, L'EHPAD qui bénéficie d'une première coupe pathos présente un PMP à 277 pour une moyenne nationale située à 125. Le nombre de SMTI est de 25 soit 25,5 %.

Il apparaît très important sans que l'on puisse avoir le recul d'une coupe en 2006.<sup>40</sup> Dès lors, une question s'impose : Est-ce que le reprofilage de l'USLD aurait-il été négocié différemment avec les résultats de la coupe PATHOS de l'EHPAD ?

Si l'on considère que pour une unité reprofilée de 80 lits un taux de 20 % de non SMTI est normal, cela suppose que 64 patients soient SMTI dans l'USLD reprofilée. Hors, on compte au total 67 personnes classifiées en SMTI pour la structure et le décès de 4 patients relevant de SMTI auraient pu augmenter ce nombre à 71. Dans ce cas, la négociation aurait pu porter sur davantage de lits conservés en secteur sanitaire. On peut toutefois considérer, si on prend en compte qu'une partie des SMTI soit ponctuelle, que la négociation se révèle au final assez juste bien que réalisée « en aveugle ».

Cette analyse permet de mettre en évidence des points de vigilance au niveau de la réalisation de la coupe PATHOS. En effet, une formation des acteurs médecins et cadres soignants à l'outil PATHOS conditionne la réalisation et la qualité du codage. L'importance du rôle du médecin coordonnateur mérite d'être soulignée tout comme l'association des équipes. Ce thème sera repris dans l'analyse des entretiens. Enfin, une attention particulière doit être apportée à la période de réalisation de la coupe PATHOS qui peut impacter parfois fortement les résultats et donc figer les dotations soins pour une période de 2 ans<sup>41</sup> sur une borne basse. A l'inverse, les médecins CRAM ont intérêt à privilégier des périodes moins favorables.

Ces éléments d'analyse sont utilement complétés par les entretiens réalisés et l'observation des groupes de travail.

## **2.2.2 L'IMPACT DE LA COUPE PATHOS ET LES REACTIONS QU'ELLE SUSCITE : UN DEBAT ENTRE ETHIQUE, EFFICIENCE ET QUALITE :**

Sur un plan méthodologique, 14 entretiens semi-directifs ont été menées sur un public soignant diversifié interne et externe<sup>42</sup>. L'analyse qui en a été faite<sup>43</sup>,

---

<sup>40</sup> Cf. annexe V. Tableaux d'analyse du pathos.

<sup>41</sup> Circulaire interministérielle n°DGAS/DSS/2008/54 du 15 février 2008 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2008 dans les établissements et services médicosociaux accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées. 26 p. p 9

<sup>42</sup> Cf. annexe III. Guide d'entretien et public interrogé.

<sup>43</sup> Cf. annexe IV. Tableau d'analyse des entretiens semi-directifs.

ainsi que l'observation et la participation aux groupes de travail<sup>44</sup> de la démarche qualité et de la Fédération Hospitalière de France (FHF) permettent d'éclairer un débat devenu complexe au niveau des enjeux.

## **A Les enjeux liés à la coupe transversale pathos**

Les enjeux peuvent être analysés par catégories d'acteurs, on trouve en effet des points de vue assez marqués en fonction de la place qu'ils occupent.

### *L'enjeu médical*

L'ensemble des médecins considère que la prise en charge médicale se complexifie avec l'élévation du GIR et/ou du PATHOS. D'où le risque d'une inadéquation entre les besoins d'un résident/patient et les possibilités de soins notamment en l'EHPAD. La conséquence se situe dans les hospitalisations plus fréquentes, toujours très déstabilisantes pour le résident et/ou patient et coûteuses pour la collectivité. A cet égard, le rôle du médecin coordonnateur est fondamental mais limité car les vacations restent trop souvent insuffisantes au regard de l'ampleur des missions et du statut qui l'oblige à ajuster sa place vis-à-vis des médecins traitants prescripteurs. Mme TP le confirme face à la répartition de son temps entre le long séjour et l'EHPAD du CLSI.

Même si son rôle est de mieux en mieux cerné et reconnu, le métier de médecin coordonnateur reste toujours vécu comme peu attractif car délicat, emprunt de diplomatie, de ténacité, parfois frustrant et peu rémunérateur. Tous les médecins interrogés insistent sur ce point.

L'utilisation de la coupe pathos fait souvent craindre aux médecins de perdre davantage d'autonomie en étant contraints par la direction de recruter des patients d'un certain profil dans une optique purement financière. Pour les médecins coordonnateurs, cette situation est vécue comme un facteur aggravant pour l'attractivité du métier et les inciterait à réfléchir à un changement de voie. L'actuelle difficulté de beaucoup de directeurs d'établissement à recruter un médecin coordonnateur serait alors amplifié.

---

<sup>44</sup> Cf. annexe II. Composition des groupes de travail.

Au niveau des médecins, l'enjeu se situe clairement sur le versant qualitatif à la fois du codage et de la prise en compte des besoins requis pour la personne âgée (et non pas des besoins réellement dispensés) face au contrôle du médecin CRAM. Beaucoup d'exemples ont été relatés en la matière : M. S., médecin coordonnateur indique qu'un médecin conseil a supprimé le codage des besoins en kinésithérapie au motif qu'il n'y a pas de professionnel installé sur le secteur. Pourtant, le Dr VETEL rappelle que « *chaque situation clinique doit être évaluée avec du bon sens. Ce qui compte c'est ce qu'il faudrait faire (et pas forcément ce qui a été prescrit qui n'est pas ni forcément légitime ni forcément suffisant)* »<sup>45</sup>.

Le codage est intimement lié à la bonne tenue du dossier médical par le médecin traitant. Il est nécessaire de « *rappeler que le dossier médical et/ou infirmier doit contenir des informations qui pourront aider à juger de la situation et du besoin de soins du patient (antécédents, pathologies en cours, traitement, transmissions IDE écrites permettant de vérifier l'état du patient (troubles du comportement, épisodes aigus, décompensations..., leur sévérité, leur fréquence, les mesures appliquées [.] Une information très succincte peut conduire à coder avec l'hypothèse basse* »<sup>46</sup>.

De nombreuses difficultés sont rencontrées à ce niveau avec les médecins traitants, même si leur rôle n'est pas remis en question et même jugé indispensable comme réponse au libre choix de la personne accueillie. La multiplicité des intervenants est pointée comme un frein à une harmonisation des pratiques Mme B souligne que dans certaines structures près de grandes villes entre 30 et 40 médecins interviennent quelquefois pour 1 ou 2 résidents chacun.

Des risques de différence dans la manière de considérer la prise en charge d'une personne âgée peut alors se traduire par des manques de :

- disponibilité en fonction de l'activité libérale parfois importante,
- exhaustivité dans le remplissage du dossier médical, des antécédents et du diagnostic rarement posé,
- implication : il est alors pratiqué un simple renouvellement d'ordonnance ou il est observé une certaine fatalité dans la prise en charge en l'absence de formation gériatrique,
- estimation correcte des besoins : il est constaté une sous-estimation ou au contraire une surestimation du recours à des spécialistes conduisant à des hospitalisations répétées et coûteuses.

---

<sup>45</sup> CNAMTS, VETEL JM., Harmonisation du codage pathos 2008.15 janvier 2008. 5 p. p 1

<sup>46</sup> Ibid.

Globalement, il est relevé que dans ces conditions, même s'ils peuvent être associés à l'élaboration de la coupe PATHOS, il revient au médecin coordonnateur d'en être le « chef d'orchestre ». La question reste cependant posée pour les Directeurs qui n'en disposent pas.

Enfin, un seul médecin coordonnateur sur l'ensemble des personnes rencontrées a été formé à l'outil PATHOS. Si l'on considère que cette formation a été effectuée sur la région Midi-Pyrénées, on arrive à la conclusion qu'aucun des médecins interrogés n'a bénéficié d'une formation en région Aquitaine. Une formation avec le Pr VETEL a pourtant été programmée en juin 2008 pour les directeurs et médecins qui renouvellent leur convention, dont le CLSI. La demande d'élargissement à d'autres médecins a été refusée. La formation à l'outil PATHOS est jugée capitale par l'ensemble des médecins.

### L'enjeu pour les cadres et les soignants

Les cadres soignants se positionnent d'emblée comme les pivots de la mise en œuvre de l'analyse transversale PATHOS. Il leur semble indispensable d'informer et d'associer l'équipe au remplissage des grilles. Ce point a été confirmé par les cadres soignants internes comme externes au CLSI. Pourtant, cela ne s'est pas traduit sur le terrain et les équipes soignantes le revendiquent de manière assez vive : « *les cadres nous interrogent uniquement quand ils ne savent pas quoi mettre, mais nous sommes les mieux placés pour savoir ce qui est nécessaire. On doit être associés comme pour AGGIR* <sup>47</sup> ».

Paradoxalement, les soignants croient assez peu à l'obtention de moyens supplémentaires en personnel qui constitue pourtant leur principale motivation. Pour la plupart, il sera nécessaire de « faire avec » et tenter de pallier le manque de ressources par une optimisation de l'organisation des soins.

Les résultats de l'analyse transversale pathos du service sont globalement jugés très intéressants, même si on s'aperçoit que moins le personnel a été associé, moins il retrouve l'image de son service. La coupe est perçue comme un instrument permettant de réorienter les activités de soins et mettre en exergue la qualité de certaines prises en charge « *là au moins on voit qu'on est bons sur les escarres, on nous dit toujours ce qui ne va pas* <sup>48</sup> ». Pour la plupart des agents,

---

<sup>47</sup> Propos de Mme S infirmière au cours d'un entretien

<sup>48</sup> M. T, aide-soignant au cours d'un entretien

l'information et l'implication du personnel soignant sont de nature à faciliter l'utilisation de l'outil d'un point de vue qualitatif.

#### L'enjeu pour les résidents / patients :

Dans l'ensemble, une majorité des interviewés soignants ne voit pas de changements notables pour les résidents. Curieusement les équipes soignantes pensent que l'élaboration de la coupe pathos va obliger les médecins à donner une information médicale ce que ces derniers ne relèvent pas forcément.

Le principal obstacle se situe au niveau des admissions et de la modification des critères d'admission dans les services. L'inquiétude des équipes relaye celle des résidents sur la crainte d'un déménagement des personnes âgées d'un service à l'autre en fonction du profil pathos. Il s'est avéré difficile d'interroger les résidents eux-mêmes. Les questions posées par certains: « *je vais pas être obligé de changer de chambre ?* », « *on ne va pas me renvoyer à Pau ?* » montraient une situation trop angoissante.

#### Des enjeux à géométrie variable pour les Directeurs :

L'intérêt commun pour les directeurs se trouve dans l'augmentation des moyens alloués aux établissements. Cependant, on constate une volonté de rationaliser les moyens et de partager les ressources notamment pour certaines catégories de personnel (ergothérapeute, psychologue, diététicien.)

Les enjeux sont très hétérogènes en fonction des situations des établissements :

- Les établissements qui ont signé très tôt la convention tripartite de première génération ont bénéficié de moyens incitatifs souvent importants et risquent de voir leur dotation soin diminuer ou se retrouver en clapet anti-retour. L'obligation de recrutement de patients ou résidents plus lourds est vécue comme difficile à faire passer aux équipes qui vont subir un alourdissement de la prise en charge sans moyen supplémentaire.
- Les établissements qui viennent de signer une convention tripartite récemment sur la base d'une DOMINIC + 35 et qui souhaitent bénéficier d'une coupe PATHOS sont pénalisés par le conventionnement à 5 ans. Les directeurs sont alors très demandeurs d'un avenant qui leur est refusé par les autorités de tarification.

- Les établissements qui n'ont pas signé de convention tripartite souhaitent également établir leur premier conventionnement sur la base de la coupe PATHOS ce qui leur est refusé compte-tenu de l'application de la circulaire qui stipule qu'elle est prise en compte au renouvellement de la convention tripartite. Cette situation est perçue comme une sanction pour n'avoir pas signé la première convention.
- Les Etablissements qui ont une section USLD et EHPAD sollicités pour un reprofilage sont également en demande d'une coupe transversale PATHOS pour l'EHPAD afin d'avoir une meilleure base de négociation.

En dehors des établissements pour lesquels le passage à une tarification « pathos » n'apporte pas de moyen supplémentaire ou au contraire les place en clapet anti-retour, l'utilisation de l'outil PATHOS est mobilisateur. Quelques soient les enjeux, le modèle PATHOS suscite un large débat.

## **B Un débat constructif qui conduit à l'action :**

Chacun des acteurs a alimenté un débat constructif qui a permis l'émergence d'une synergie de groupe productive.

### *Un débat éthique qui a conduit à une synergie de groupe :*

Un groupe de travail est constitué au sein du Groupement Régional de Réflexion des Etablissements Sanitaires et Médico-sociaux sous l'égide de la FHF<sup>49</sup>. Les échanges, très enrichissants, ont conduit à des points de convergences.

La question du recrutement des résidents a provoqué un débat éthique animé sur la question de savoir jusqu'ou aller dans la logique financière ? Les Etablissements vont-ils se spécialiser sur des pathologies ? Recruter au détriment de la proximité ? Reconstituer les anciens hospices ? Les EHPAD vont-ils devenir les USLD de demain mais avec des ratios moindres ?

---

<sup>49</sup> FHF. HOAREAU Virginie. Groupe de travail : Quels repères de négociation pour la filière gériatrique. 4/4/08 [en ligne] Disponible sur <<http://www.fhf.fr/dossiers/dossiers-fiche.php?id=2921&p=12&r=37>>

L'hétérogénéité des situations des établissements et la diversité des intérêts parfois contradictoires pour les acteurs révèlent une véritable complexité. Comme le souligne Edgar MORIN « *la complexité appelle la stratégie* »<sup>50</sup>. La complexité a, en effet, des capacités étonnantes à faire avancer collectivement, interagir et relever des défis. Cela s'est traduit par l'émergence d'une construction de valeurs communes permettant de donner du sens et d'envisager des actions à mener.

Le groupe régional s'est fixé des objectifs qu'il présentera à la prochaine réunion FHF fin septembre 2008. Ils traduisent les prémices d'une volonté forte de synergie des structures publiques face aux futures négociations avec les organismes tarificateurs. Les objectifs qui seront proposés à la FHF et à l'ensemble des membres du groupe régional FHF sont les suivants :

- Proposer à l'ensemble du groupe régional de définir des principes éthiques en matière d'utilisation de la coupe PATHOS qui évite la logique purement financière dans le recrutement des résidents.
- Demander à la FHF de relayer une demande conjointe des établissements à bénéficier de la formation à l'outil PATHOS au niveau régional. Cette demande est appuyée parallèlement par les médecins coordonnateurs et l'association des médecins coordonnateurs Béarn-Soule,
- Prendre contact avec les médecins coordonnateurs ayant déjà participé à une validation CRAM de leur coupe PATHOS afin de mesurer les problèmes rencontrés à ce niveau. Ce point sera assuré par les médecins coordonnateurs du groupe de travail.
- Tester simultanément sur deux établissements volontaires la réalisation d'une coupe sur l'EHPAD et mesurer les impacts et les difficultés rencontrées. Ces coupes seront effectuées sur la période la plus favorable soit septembre 2008. Il est enregistré moins de décès en septembre. De plus, cette période coïncide avec la période budgétaire et permet donc d'en effectuer la préparation avec des bases réalistes
- Effectuer une coupe PATHOS simultanée de tous les établissements adhérents de la FHF à la même date pour préparer la négociation.

---

<sup>50</sup> MORIN Edgar. Le défi de la complexité. Revue CHIMERES. 18 p. p 16. [En ligne] Disponible sur [http://www.revue-chimeres.fr/drupal\\_chimeres/files/05chi05.pdf](http://www.revue-chimeres.fr/drupal_chimeres/files/05chi05.pdf)

Analyser chaque coupe PATHOS pour faciliter la demande de certains moyens en commun (psychologue, ergothérapeute par exemple).

- Négocier les conventions tripartites à un niveau collectif sous l'égide de la FHF entre établissements, Conseil Général et les services DDASS ou les futures Agences Régionales en Santé (ARS)

L'accueil qui sera réservé à ces propositions par les établissements qui n'ont pas participé à la dynamique de groupe sera intéressant. Il est toujours plus difficile d'adhérer et de s'intégrer dans une dynamique dont on est absent à l'origine. Il faudra dans ce cas faire preuve d'une grande force de persuasion, notamment avec les directeurs de Centres Hospitaliers ou d'hôpitaux locaux qui sont mobilisés par les enjeux de Tarification A l'Activité (T2A).

#### Des leviers et des freins au niveau interne et externe :

Cette expérience m'a permis de retenir quelques enseignements importants pour l'exercice d'une fonction de direction en termes de leviers internes et externes d'une part, et de freins d'autre part.

#### Des leviers internes et externes :

L'une des composantes essentielles au fonctionnement optimal d'une structure est d'avoir un trinôme cohérent Directeur – Médecin coordonnateur – Cadre soignant. Dès qu'une faiblesse apparaît à ce niveau, l'établissement est en difficulté.

Par ailleurs, l'adhésion des personnels soignants est facilitée par l'utilisation d'une démarche projet qui transcende les métiers au profit d'une transversalité et permet l'innovation.

Enfin, les structures doivent se regrouper à l'instar des groupes du secteur privé qui négocient à un niveau supérieur en terme de poids<sup>51</sup>. La mutualisation ne doit pas être uniquement celle des moyens à exploiter en commun mais aussi celle des stratégies de négociation face aux autorités de tarification.

---

<sup>51</sup> LE MENSUEL DES MAISONS DE RETRAITE. La vie des Etablissements. Les groupes et l'avenir du secteur. Top 20. Janvier 2006. **[en ligne]**. Disponible sur <[http://www.senioractu.com/Maison-de-retraite-le-classement-2006-du-Mensuel-des-Maisons-de-Retraite-est-paru\\_a6662.html](http://www.senioractu.com/Maison-de-retraite-le-classement-2006-du-Mensuel-des-Maisons-de-Retraite-est-paru_a6662.html)>.

Des prémices de stratégie de groupe émergent comme le montrent les récents articles de la Revue Hospitalière de France.<sup>52</sup>

C'est aussi le cas des associations de médecins coordonnateurs comme celle de Béarn-Soule qui lui assure une représentativité vis-à-vis de la CRAM.

On peut aussi souligner quelques écueils.

#### Les écueils :

La principale difficulté réside dans la capacité à concilier les logiques contradictoires des parties prenantes. On peut d'ailleurs s'interroger sur le positionnement des conseils généraux qui apparaissent très en retrait sur ces questions alors qu'ils interviennent dans le système de tarification.

De plus, même si l'on s'aperçoit que la qualité de la prise en charge est un thème fédérateur qui permet un consensus, la logique économique et financière reste prégnante et affleure dans les réflexions. Cette situation risque de conduire à des stratégies de repli ou d'accord de principe sans action réelle dès lors que les intérêts particuliers sont en jeu.

Enfin, le levier principal réside dans le fait d'avoir des médecins coordonnateurs formés à l'outil PATHOS, ce qui n'est pas le cas actuellement. A priori, il n'est envisagé qu'une formation des médecins des établissements dont la convention tripartite arrive à échéance ce qui annihile toute possibilité d'action commune ou concertée.

La situation du CLSI de Pontacq Nay, l'analyse des entretiens et l'intérêt observé dans les différents groupes de travail démontrent le rôle majeur de la coupe transversale PATHOS pour l'avenir des structures. Par ailleurs, il est démontré la possibilité d'établir une convergence des intérêts dès lors que l'objectif se situe sur le plan de la qualité de la prise en charge des personnes âgées même si la logique financière reste très prégnante.

Ce constat conforte donc l'intérêt de l'utilisation de la coupe transversale PATHOS dans une optique de qualité et permet de formuler des propositions concrètes d'utilisation de l'outil PATHOS mais aussi d'exploiter des pistes pour l'avenir.

---

<sup>52</sup> REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE n° 520. Stratégie de groupe : comment agir ? Février 2008. p 8 - 28.

### **3 LA COUPE PATHOS AU SERVICE DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES RESIDANTS : DES REALISATIONS CONCRETES ET DES PERSPECTIVES D'AVENIR**

L'utilisation de la coupe transversale PATHOS comme indicateur d'activité au service de la qualité est novatrice. Elle implique donc que des acteurs, ceux qui produisent la qualité, acceptent d'envisager une approche nouvelle.

Dans un contexte où les professionnels soignants sont en nombre restreint et fortement sollicités, cette quête pouvait se révéler risquée.

Dès lors, la réussite implique le respect de deux principes fondamentaux «*pour que ce processus soit efficace et ne débouche pas sur une instrumentation de gestion inutilisable ou inutilisée [...] :*

- *travailler au plus près des utilisateurs de l'information, car eux savent ce dont ils ont besoin et sous quelles formes*
- *Directement ou indirectement, l'information doit fournir une valeur ajoutée à l'usager. »*<sup>53</sup>

La perspective d'implication et l'utilisation d'une démarche projet se sont révélés être vecteurs d'une dynamique de changement. Elles ont débouché sur la réalisation concrète d'outils au service de la qualité de la prise en charge. Cette première évolution permet d'envisager de nouvelles perspectives pour l'avenir.

#### **3.1 LA COUPE PATHOS AU SERVICE DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES RESIDANTS : LA CREATION D'OUTILS SPECIFIQUES**

L'utilisation de La coupe transversale PATHOS dans une optique de qualité de la prise en charge et d'optimisation de l'organisation des soins a pris corps à l'issue de l'analyse des entretiens.<sup>54</sup> Devenue concrète lors de l'évocation des perspectives et des contraintes ou moyens, elle s'est affinée au cours des échanges dans les groupes de travail.

---

<sup>53</sup> DUCALET Philippe, LAFORCADE Michel. Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales. 2<sup>e</sup> édition 2004. Seli Arslan. 335 p. p 182/183

<sup>54</sup> Cf. annexe IV. Tableau d'analyse des entretiens semi-directifs.

Elle a débouché dans les groupes qualité sur le projet de construction d'un outil de pilotage médico-économique<sup>55</sup> en faveur des personnes âgées actuellement dans la structure et sur une meilleure orientation de la personne âgées pour les admissions futures

### **3.1.1 LA MISE EN ŒUVRE D'UN TABLEAU DE BORD D'ACTIVITE ET DE QUALITE PAR SERVICE ET SA CONFRONTATION AVEC L'ORGANISATION D'ACTIONNEMENTS DE QUALITE CIBLEES :**

Dans les groupes « qualité »<sup>56</sup>, l'actualité du reprofilage a fait débat. Un consensus s'est dessiné sur la nécessité de disposer d'un outil de pilotage médico-économique offrant une représentation synthétique de l'activité du service. Les entretiens semi-directifs l'ont également confirmé. Dès lors, l'établissement d'un tableau de bord est apparu comme une évidence. Cette mise en place a conduit à soumettre cet outil à l'épreuve d'une utilisation réelle d'un point de vue qualitatif et décisionnel.

#### **A L'élaboration d'un tableau de bord d'activité et de qualité (TBAQ) pour l'EHPAD**

Comme nous l'avons vu, le projet d'élaboration du tableau de bord d'activité et de qualité pour l'EHPAD suit l'actualité du reprofilage. Cependant, il est également fortement lié à un besoin de (re)connaissance et d'objectivation de l'activité des services. Les agents ont en effet le sentiment que leurs actions ne sont pas visibles et mal connues / reconnues. Il est alors devenu utile de formaliser ces objectifs et de s'accorder sur la méthode d'élaboration du tableau de bord.

##### Les objectifs du TBAQ :

L'objectif visé dans l'élaboration de ce tableau de bord par les équipes est à la fois de disposer d'un outil d'information, de motivation et d'engagement dans une amélioration de la qualité du service rendu. Mais également d'obtenir une reconnaissance de l'activité fournie et de faciliter le dialogue avec la direction

---

<sup>55</sup> Cf. annexe VI. Fiche projet incluant la mise en œuvre du TBAQ.

<sup>56</sup> Cf. annexe II. Composition des groupes qualité.

### Le choix de la méthode :

La problématique principale était celle du choix de la méthode pour réaliser des actions qui puissent avoir du sens au niveau stratégique et opérationnel.

L'utilisation d'une démarche projet pour le pilotage de la démarche qualité ANGELIQUE m'est apparue la plus appropriée. Car, « *l'organisation par projets consiste à mobiliser sur un même objectif et pour une durée déterminée, des hommes et des moyens habituellement consacrés à d'autres tâches.*<sup>57</sup> ». Ce recours à l'organisation par projets est adapté et fréquemment utilisé pour résoudre des problèmes ou conduire des changements importants. La rédaction d'une fiche projet permet également d'avoir une meilleure lisibilité et un suivi de la démarche.<sup>58</sup> Cette démarche projet « *est une excellente illustration de la modélisation systémique : on focalise sur un objectif toutes les compétences utiles pour construire une représentation nouvelle, la plus pertinente possible, de la chose désirée [...] L'organisation par projets présente un intérêt manifeste lorsqu'on recherche avant tout l'innovation.*<sup>59</sup> » Elle a été adoptée d'emblée par les groupes sans difficulté.

### La déclinaison de la démarche :

La démarche d'élaboration du TBAQ est la suivante :

1. A partir de l'enquête menée dans le cadre de ce mémoire : réfléchir en équipe aux indicateurs d'activité, de performance ou de résultats et à la leur pertinence et ensuite les sélectionner,
2. Déterminer la régularité de production du tableau de bord d'activité
3. Proposer une présentation adaptée et synthétique permettant au tableau d'être un outil de communication, d'information et d'aide au pilotage.
4. Effectuer une analyse des tendances constatées avec éventuellement des propositions d'actions.
5. Faire valider le tableau de bord d'activité par la Direction.

### Le choix des indicateurs et leur périodicité de production :

Les indicateurs sont utiles pour résumer certains aspects de la situation d'une personne au niveau de son évaluation individuelle, ou pour approcher une

---

<sup>57</sup> GENELOT Dominique. Manager dans la complexité. Réflexions à l'usage des dirigeants. Editions INSEP Consulting. 3<sup>e</sup> édition 2001. 357 p. p.232.

<sup>58</sup> Cf. Fiche projet intégrant la construction d'un outil de pilotage médico-économique.

<sup>59</sup> Ibid. p 235

tendance dans une évaluation collective à l'échelle d'un service ou d'une structure. Selon le Ministère de la Santé, « *l'utilisation des indicateurs d'activité, de résultats, de performance, complémentaires à ceux fixés par le cadre réglementaire, trouvera un sens dans la démarche globale d'amélioration de la qualité. Il s'agit dans ce cas d'un mode d'objectivation et de quantification d'un processus donné, qui peut être utilisé dans un temps limité pour disposer de mesures. Les indicateurs sont en général choisis par les équipes en fonction de leur pertinence vis-à-vis du processus à observer ou à améliorer* »<sup>60</sup>

Toutefois, ils doivent être choisis en fonction de l'usage escompté en tenant compte de leurs limites. Ils sont, en effet, par essence réducteurs. Il est nécessaire de sélectionner des indicateurs choisis par les équipes en fonction de leur pertinence vis à vis des objectifs. Ils doivent être fiables, fidèles, objectifs, simples et en nombre restreint. Les indicateurs issus de la coupe transversale PATHOS ne peuvent cependant pas à eux seuls refléter l'activité d'un service. Ils ne constituent qu'une partie des éléments du profil des résidents au même titre que le degré de dépendance et doivent être mis en regard des moyens affectés en effectifs.

Les entretiens ont contribué à préfigurer les éléments jugés les plus pertinents, utiles et parlants pour les personnes interviewées au niveau de la coupe PATHOS<sup>61</sup>. Les autres éléments ont été choisis en équipe. Par ailleurs, la régularité de production de ces tableaux de bord recueille un fort assentiment pour une fréquence trimestrielle soit 4 par an (en période de croisière) en cohérence avec celle de la grille AGGIR. Il est prévu de passer en mode trimestriel progressivement, une nouvelle coupe sera effectuée fin 2008, puis à 6 mois pour roder le codage.

#### La présentation du tableau de bord d'activité de l'EHPAD :

La réalisation d'une « maquette » reprenant les indicateurs cités dans les interviews<sup>62</sup> a constitué, pour les groupes, une première base de travail. Elle a servi à vérifier que le tableau ainsi constitué est à la fois simple tout en étant explicite et rigoureux, compte tenu de sa valeur stratégique, et à ajuster les indicateurs retenus tout en proposant une présentation attractive.

---

<sup>60</sup> Note d'information DGAS/5B n°2004/96 du 03/03/04 relative aux actions favorisant l'évaluation et l'amélioration continue de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux. Février 2004. 30 p. p 24.

<sup>61</sup> Cf. annexe IV. Grille d'analyse des entretiens.

<sup>62</sup> Idem.

### L'analyse du tableau de bord par les équipes et sa validation :

Le tableau de bord ainsi obtenu offre une photographie de l'activité du service à un moment donné. En lui-même, il est un outil d'information, de communication, de comparaison avec d'autres services ou à l'ensemble de la structure. Toutefois, ces indicateurs ne servent que par l'analyse réalisée par les acteurs de terrain et par les actions qu'ils génèrent. D'un autre côté, l'analyse par les équipes n'est réalisable que si une information sur la coupe transversale PATHOS est dispensée à l'ensemble des personnels soignants. C'est à cette seule condition qu'ils pourront se l'approprier et le faire vivre.

La première analyse a été effectuée en août 2008 avec le médecin coordonnateur et le cadre de santé et intégrée au TBAQ<sup>63</sup> avant sa présentation aux équipes. Elle a été particulièrement intéressante en termes de dialogue et de comparaison entre les moyens et les pratiques. Parallèlement, quatre sensibilisations et informations sur l'outil PATHOS ont été dispensées par DVD au personnel soignant. Faute de temps, la présentation du TBAQ aux instances n'a pas pu être menée à terme avant la fin de mon stage. Le déroulement de la démarche se poursuit et doit conduire à sa prochaine validation.

Il me semble cependant judicieux de confronter dès à présent le TBAQ tant à son utilisation possible au niveau opérationnel que dans les choix et décisions à mettre en œuvre.

### **B La confrontation des indicateurs du TBAQ avec la mise en place des actions de qualité ciblées et les difficultés rencontrées**

Le tableau de bord analysé par les équipes, bien qu'en attente de validation, peut être mis en regard des démarches qualité de l'établissement. Cette confrontation permet ensuite d'identifier les obstacles à prendre en compte.

### Les indicateurs PATHOS à l'épreuve des démarches qualité :

La certification version 2 (V2) de la Haute Autorité de Santé (HAS) a été conduite par le Directeur adjoint du CLSI avec l'aide d'un consultant chargé

---

<sup>63</sup> Cf. Annexe VII. Tableau de Bord d'Activité et de Qualité de la prise en charge en EHPAD

d'apporter une aide méthodologique dans le choix et la construction des démarches d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP).

La certification concerne le secteur sanitaire du long séjour. Bien entendu, l'ensemble de la structure bénéficie des évaluations entreprises. Dans le même esprit, la démarche qualité ANGELIQUE réalisée en EHPAD génère des actions au profit de l'ensemble du CLSI.

L'important est donc de vérifier si le choix des EPP correspond aux résultats de la coupe PATHOS. Autrement dit, la coupe transversale permet t'elle d'objectiver le choix des EPP ou aurait-elle pu en être le support ?

Certaines évaluations des pratiques professionnelles choisies par les services sont les suivantes :

- Réf. 40 : Evaluation de la pertinence des pratiques
  - Pertinence de la pose des protections anatomiques
- Réf. 41 : Risques liés aux soins
  - Prévention des risques d'agressivité pendant la toilette
- Réf. 42 : Evaluation de la prise en charge d'une pathologie ou d'un problème de santé
  - Etablissement d'un diagnostic précoce de dénutrition.

L'indicateur de prévalence des dix principaux états pathologiques corrobore effectivement les choix d'EPP au niveau du long séjour. L'examen des 10 états pathologiques les plus importants sur le site de Nay recensés dans le tableau ci-après en est l'illustration.

#### **PREVALENCE DES 10 ETATS PATHOLOGIQUES DU LONG SEJOUR DE NAY**

1	Incontinence	97.14 %
2	Syndrome démentiel	80.00 %
3	Insuffisance rénale	67.14 %
4	Dénutrition	61.43 %
5	Syndromes abdominaux	58.57 %
6	Etat grabataire, trouble de la marche	58.57 %
7	Hypertension artérielle	52.86 %
8	Etats dépressifs	45.71 %
9	Troubles chroniques du comportement	35.71 %
10	Accidents vasculaires cérébraux	32.86 %

L'EPP relatif à la pertinence des protections anatomiques répond au taux d'incontinence de 97.14 % des patients, celle sur le diagnostic précoce de nutrition au 61.43 % de patients dénutris. A l'évidence, la coupe PATHOS objective ce choix d'EPP. Elle peut donc en être également le support.

Pour le secteur médico-social les EPP apparaissent moins évidents au premier abord étant donné que leur orientation est centrée prioritairement sur le long séjour. Ces 10 états pathologiques peuvent néanmoins être corrélés à d'autres éléments, comme les postes de soins. Ainsi, en EHPAD, les soins nécessaires au niveau de la psychothérapie ordonnancée ainsi que les soins médicaux psychiatriques, et la prévalence des principaux états pathologiques du tableau de bord<sup>64</sup> ont conduit à des actions de qualité ciblées. Ils justifient le projet du groupe 3 de la démarche qualité ANGELIQUE de pratiquer une évaluation du service rendu aux résidents par certaines conventions notamment celle de l'intervention du psychiatre et de l'équipe mobile psychiatrique. Cette évaluation est actuellement en cours. Elle a fait l'objet d'un questionnaire élaboré par le groupe de travail et validé par la commission de validation.

Ce premier résultat encourageant ne doit cependant pas masquer les obstacles rencontrés.

#### Les obstacles rencontrés :

L'écueil provient le plus souvent du codage de la grille PATHOS. On peut citer deux exemples : le codage peut faire basculer le patient ou le résident dans l'item « autres pathologies » et les besoins en soins perdent en lisibilité. Les besoins requis doivent alors être décryptés résident par résident ou patient par patient. De plus, au niveau des GPP 6<sup>65</sup> de l'EHPAD, le nombre de « déments susceptibles d'être perturbateurs » est nul, pourtant, la majorité des résidents sont concernés. La reprise des éléments de codage montre qu'ils se trouvent basculés dans « autres situations non SMTI » par certaines pathologies.

Cette situation renforce le constat d'une part, qu'au-delà des résultats, l'analyse faite au niveau opérationnel reste primordiale, et d'autre part, que l'implication de l'encadrement et des médecins est capitale pour la réussite du projet.

Le TBAQ intègre le suivi de la qualité de la prise en charge des résidents Il démontre l'importance de la connaissance du PATHOS du résident et de la qualité du codage pour les résidents ou patients actuellement accueillis. Ces données sont également indispensables en amont, dès l'admission, pour optimiser leur orientation.

---

<sup>64</sup> Cf. Annexe VII. TBAQ. Prévalence des 10 états pathologiques et niveaux de soins.

<sup>65</sup> Cf. Annexe V. Tableau d'analyse du pathos sur l'ensemble de la structure (EHPAD).

### **3.1.2 L'ORGANISATION D'UN RECUEIL DE DONNEES PATHOS DES L'ADMISSION : UN PREALABLE A LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DE NOUVEAUX ARRIVANTS :**

La mise en place d'un recueil de données au stade de l'admission ou de la pré-admission est une préoccupation pour tous les acteurs. Il est jugé essentiel à plusieurs niveaux, d'une part pour garantir à la personne accueillie une prise en charge correspondant à ses besoins, d'autre part, pour fiabiliser et faciliter le codage de la coupe PATHOS. Par ailleurs, il impacte les moyens alloués aux Etablissements.

#### **A La mise en place d'un recueil de données à l'admission :**

La bonne orientation de la personne âgée en long séjour ou en EHPAD dès le stade de l'admission est primordiale. Le changement de service des résidents ou patients en fonction de leur passage en SMTI est difficilement envisageable pour les personnes âgées. Elles ont, en effet, leurs repères, leurs habitudes et acceptent rarement un changement de chambre ou de service.

D'un autre côté, il faut s'assurer que la personne reçoive les soins appropriés à son état et déterminer si elle relève de soins médico-techniques importants au long cours ou ponctuels au moment de la coupe PATHOS. La fiabilité du codage PATHOS implique une exhaustivité des éléments médicaux au niveau du dossier de chaque patient y compris au moment de l'admission. Ce n'est pas le cas actuellement. En effet, des manques sont constatés au niveau des antécédents pour de nombreux patients / résidents ou l'absence d'un diagnostic posé. A noter que l'informatisation du dossier médical est prévue à l'horizon 2010. A ce titre, une exhaustivité du dossier est indispensable et constitue un pré-requis pour optimiser le passage à l'informatique.

Pour faciliter l'orientation, un outil de recueil de données à l'admission a été ébauché à partir d'un document existant dans un Etablissement du groupe de travail régional. Il constitue une base d'autant plus intéressante qu'elle est opérationnelle dans l'EHPAD concerné

Toutefois, la mise en place du projet n'a pas pu aboutir avant le terme de mon stage.

## **B La survenue d'un obstacle :**

La difficulté rencontrée est externe à la structure. L'établissement avait participé au niveau départemental à la rédaction d'un dossier d'admission commun téléchargeable sur le site du Conseil Général.

A partir de ce moment, il fallait vérifier que les items de ce dossier départemental offrent une lisibilité sur le « PATHOS » de la personne âgée. Bien que peu satisfaisant sur ce point, l'évolution du dossier imposait une concertation avec l'ensemble des acteurs départementaux qui en sont à l'origine. Ces acteurs sont nombreux et proviennent de tous les réseaux de recrutement en Etablissement et à domicile.

Le projet n'a pas été abandonné, mais il ne pouvait pas être réalisé dans les temps impartis. La possibilité d'une utilisation en interne seulement est envisagée en attendant de revoir le dossier « départementalisé ».

La réalisation du projet TBAQ s'est révélée constructive et motivante. Les équipes sont restées mobilisées et fortement attachées à leur tableau de bord considéré comme un outil de reconnaissance et de valorisation du travail accompli dans le service.

Ce TBAQ conduit à explorer de nouvelles applications possibles au niveau opérationnel et stratégique dans l'avenir en tenant compte des limites internes et externes et des évolutions réglementaires futures.

### **3.2 DES REALISATIONS CONCRETES QUI DEBOUCHENT SUR DES PERSPECTIVES D'AVENIR MAIS DES LIMITES ET DES EVOLUTIONS FUTURES A PRENDRE EN COMPTE:**

Après la réalisation de ces outils spécifiques avec les équipes. Il devenait nécessaire de s'extraire du terrain pour se situer dans une vision plus large. Le TBAQ de l'EHPAD constitue un outil médico-économique opérationnel intéressant. A mon sens, il doit également se transformer en outil stratégique et d'aide à la décision.

### 3.2.1 L'UTILISATION DU TBAQ COMME OUTIL MEDICO-ECONOMIQUE OPERATIONNEL ET STRATEGIQUE :

A terme, chaque service bénéficiera de son tableau de bord d'activité et de qualité. Ces différents tableaux peuvent également être consolidés et refléter l'activité et la qualité pour l'ensemble de la structure. Cette situation permettrait d'envisager tous les aspects de gestion. Dans une vision plus large et prospective, les tableaux de bord par service et le tableau consolidé peuvent devenir des outils de pilotage et de contrôle mais aussi d'aide à la décision.

#### A Un outil de pilotage et de contrôle opérationnel :

Le TBAQ de l'EHPAD a vocation à s'étendre aux deux services de long séjour et au futur EHPAD de Jurançon. Ainsi, chaque service pourra bénéficier de son TBAQ et faire l'objet de comparaisons. Toutefois, il faut rester prudent dans les comparatifs. Ainsi, ils sont possibles à secteur équivalent : entre les deux services de long séjour et entre l'EHPAD de Pontacq et le futur EHPAD de Jurançon.

Des données identiques à celles contenues dans le TBAQ mais consolidées pour toute la structure sont disponibles dans le logiciel GALAAD. Un tableau de bord général des données sur l'ensemble de la structure peut donc être créé et conduire à une étude détaillée. Ce tableau pourrait d'ailleurs être enrichi de données plus stratégiques en termes de coûts ou de données sensibles.

Pour rester sur les indicateurs PATHOS proprement dits, le tableau de bord consolidé peut soulever des problématiques de gestion. Il conduit à enquêter sur de nombreux points, par exemple:

- Par rapport aux 8 postes de soins : on obtient des indications sur les niveaux et spécialités nécessaires à l'intérieur de la structure qui éclairent pour.
  - orienter les recrutements de professionnels destinés à améliorer la qualité du service rendu.
  - Objectiver la présence d'un temps de psychologue au sein de l'EHPAD ou d'un besoin de formations spécifiques nécessaires à une meilleure prise en charge psychothérapique.

- Appuyer les compétences utiles. Par exemple le recrutement d'aides-médico-psychologiques notamment sur les services accueillant des personnes atteintes de démences ou d'un ergothérapeute.
  - Corrélées avec les différentes pathologies observées, elles guident également vers la signature d'une convention liée aux Activités d'Intérêt Général (AIG) ou autre, adaptés aux besoins de la structure.
- Par rapport aux 10 états pathologiques les plus importants sur l'établissement, d'autres questionnements existent sur chaque poste :
- L'incontinence très importante dans la structure interroge sur le niveau qualitatif de prise en charge et le type d'incontinence : institutionnelle ? Liée à la pathologie ? Comme au plan économique sur le rapport coût / qualité des protections anatomiques.
  - La dénutrition est-elle antérieure à l'admission ? Est-elle interne, liée à la pathologie, à la qualité nutritionnelle ? Peut-elle être corrélée avec l'enquête de satisfaction sur les repas. Le recrutement d'une diététicienne est-il justifié ?
  - Les états psychiatriques ou dépressifs : quel est l'impact de ces pathologies au niveau des médicaments ? Quels effets iatrogènes ? Le personnel a-t-il la formation adaptée à leur prise en charge ? Quel est leur traduction économique ?

Globalement, l'ensemble des éléments donne un éclairage supplémentaire qui doit être corrélé avec les coûts qu'il génère dans une recherche d'efficience. Sans être le seul élément à prendre en compte, le tableau de bord suscite l'analyse d'éléments de gestion. Il faut cependant être prudent en gardant à l'esprit que « *le contrôle de gestion est condamné à l'échec si les opérationnels n'ont aucun intérêt personnel à le voir bien fonctionner* »<sup>66</sup>. Il doit donc être perçu comme un outil capable d'apporter une amélioration du service rendu au patient / résidant au niveau des services.

Enfin, le TBAQ reprend des indicateurs (coupe pathos, GIR...) validés respectivement par la CRAM et le Conseil Général. L'argumentation qu'il induit devient, par conséquent, difficilement contestable par les autorités de tarification.

---

<sup>66</sup> BOUQUIN Henri. Le contrôle de gestion. Editions Gestion PUF. 8<sup>e</sup> édition. 2008. 526 p. p 479

Le TBAQ peut devenir un outil incontournable dans la négociation des objectifs de qualité inclus dans la convention tripartite et des moyens qui en découlent.

Il gagnerait aussi, à terme, à s'inscrire dans un dispositif stratégique plus large visant à anticiper les choix et les décisions qui engagent l'avenir.

## **B Un outil au service des choix et des décisions stratégiques :**

Selon la devise de Léonard de Vinci, « *Ne pas prévoir, c'est déjà gémir* ». Dans le contexte actuel, l'anticipation des orientations est essentielle pour toute structure. La mise en place d'une stratégie est primordiale. Pourtant, dans la réalité, on constate que les organisations sont rarement en cohérence avec la stratégie. Cette difficulté peut être contournée par l'utilisation d'un tableau de bord prospectif (TBP) conduisant à transformer la stratégie en processus continu.

Dans cette optique, le TBAQ, intégré dans un tableau de bord prospectif, pourrait participer à cette approche plus stratégique pour un directeur en termes de choix et de prises de décisions.

Après avoir vu les aspects qui plaident en ce sens, nous évoquerons les grandes lignes du fonctionnement de ce tableau de bord prospectif.

### *Les aspects en faveur de l'utilisation d'un tableau de bord prospectif*

La question de la pertinence d'utilisation d'un outil alliant l'activité et la qualité dans une approche médico-économique peut se poser. Celle-ci apparaît si l'on accepte les idées suivantes :

- « *la qualité devient un moyen de créer un avantage concurrentiel centré sur le contrôle des coûts ou sur une image de différenciation acquise par la maîtrise des processus de production de soins et d'information visant à offrir des prestations répondant aux évolutions de l'état de dépendance de la population* »<sup>67</sup>.

---

<sup>67</sup> BERTEZENE Sandra. XIIème Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique. Les enjeux stratégiques de la qualité dans les établissements médico-sociaux : le cas des établissements d'accueil pour personnes âgées. Les Côtes de Carthage. 3, 4, 5 et 6 juin 2003. p 4.

- le système PATHOS s'apparente à une tarification à la pathologie et « *une observation continue minutieuse de la qualité des prestations est [...] nécessaire en cas de passage à un système de tarification à la pathologie, afin de [...] s'assurer que l'effet qui pourrait éventuellement être observé sur les coûts ne correspond pas à un moindre niveau de qualité plutôt qu'à un approfondissement de l'effet de gestion* ». <sup>68</sup>
- Le pilotage doit se faire sur deux niveaux, le niveau opérationnel lorsque l'on connaît le résultat à atteindre et le niveau stratégique lorsque l'on souhaite se projeter dans une vision plus large d'évolution. Ces deux niveaux de pilotage doivent s'articuler pour être efficaces.

Ces éléments montrent l'intérêt de la transformation d'un TBAQ en tableau de bord prospectif. Celui-ci ne peut toutefois intervenir qu'au terme d'un processus engageant les acteurs internes dans la mise en place d'un management stratégique. Cela suppose, par ailleurs, l'appropriation des outils récemment mis en place avant d'aller plus avant.

#### Le tableau de bord prospectif

Le tableau de bord prospectif (Balanced scorecard en anglais) a été lancé par Robert S. Kaplan et David Norton en 1992. Il vise à mesurer les activités des entreprises en termes de performances passée et future en s'attachant aux éléments financiers et aux facteurs humains. Le but est d'orienter les organisations vers l'avenir et leur intérêt à long terme.

La mise en place d'un tableau de bord prospectif implique une démarche rigoureuse et une remise en cause des pratiques. Elle inclut 4 processus :

- Traduire la stratégie en termes opérationnels,
- Communiquer cette vision et la décliner en performance individuelle
- Planifier l'activité
- Feedback et apprentissage, puis réajuster la stratégie en fonction des résultats

---

<sup>68</sup> HENRIET D. Mission tarification à l'activité. Paiements prospectifs. Tarification à la pathologie. Concurrence par comparaison. Université de la Méditerranée. 14 p. p 7

Elle induit également une méthode de gestion qui repose sur 5 principes que l'on retrouve dans le schéma de l'organisation orientée stratégie<sup>69</sup> ci-dessous :



Figure 1-3. Les principes de l'organisation orientée stratégie

Le tableau de bord d'activité et de qualité peut donc s'intégrer dans un tableau de bord prospectif pour s'allier à la stratégie. Il permettrait ainsi d'optimiser les choix et les prises de décisions stratégiques.

Il faut rappeler que la prise de décision constitue l'essence du management. Elle impose une analyse méthodique en fonction de la complexité du problème, de la hauteur des enjeux et du niveau de risque accepté. Dans tous les cas, elle requiert un recueil exhaustif des informations et un approfondissement de cette analyse pour éviter toute subjectivité même si la rationalité absolue n'existe pas.

En ce sens, le tableau de bord participe à une veille stratégique visant à créer des opportunités et réduire les risques liés à l'incertitude dans les décisions.

Quelque soit l'utilisation des outils, il importe de tenir compte des limites internes et externes et des évolutions réglementaires futures.

<sup>69</sup> KAPLAN R.S, NORTON D.P., Comment utiliser le tableau de bord prospectif. 1<sup>ère</sup> édition. Editions d'organisation. 2001. 424 p. p10.

### 3.2.2 DES LIMITES INTERNES ET DES EVOLUTIONS REGLEMENTAIRES A ANTICIPER :

L'ensemble des projets concrétisés dans la structure sont encourageants et conduisent, comme nous l'avons vu, à proposer de nouvelles pistes pour l'avenir. Avant d'envisager cette éventualité, il convient d'appréhender les contraintes et limites liées au TBAQ au niveau interne mais aussi d'anticiper les évolutions qui se profilent pour l'avenir.

#### **A Les contraintes et/ou les limites au niveau interne :**

La mise en place d'un TBAQ dans un Etablissement implique de prendre en compte les contraintes ou limites existantes au niveau interne.

##### *L'existence d'une coupe pathos validée en EHPAD :*

La création du tableau de bord a été possible parce que la coupe transversale PATHOS, même non validée par la CRAM, a été réalisée sur l'EHPAD. Il faut garder à l'esprit que la majorité des EHPAD ne bénéficient pas de coupe PATHOS. Lors des études faites en 2001, tant par les médecins CNAMTS que par les professionnels, cette problématique était apparue : *«une estimation correcte de la situation dans les structures d'hébergement ne peut être faite qu'à partir d'une étude PATHOS spécifique dans ces structures, qui reste à faire.*

*Les SMTI sont-ils les mêmes qu'en USLD ? Les populations actuelles sont-elles les mêmes qu'en 2001 ? Certaines situations SMTI peuvent-elles être assumées par ces structures et avec quels moyens ? Les problèmes rencontrés sont-ils les mêmes dans toutes les régions ? Etc.*

*Faut-il maintenir une frontière, souvent décriée, entre sanitaire et médico-social, c'est-à-dire est-ce aux patients de s'adapter aux différentes structures en place ou aux structures de s'adapter aux populations qu'elles hébergent ? Ce qui suppose une adaptation des moyens à allouer aux besoins réels, évalués, des personnes prises en charge. »<sup>70</sup>*

---

<sup>70</sup> CNAMTS. Dr PREVOST Patrice. *Aggir et pathos dans la planification gériatrique.* [En ligne] Septembre 2006. Disponible sur <[http://www.revuedegeriatrie.fr/4DACTION/SNGC\\_envoidoc/232](http://www.revuedegeriatrie.fr/4DACTION/SNGC_envoidoc/232)>

Ces interrogations persistent aujourd'hui et alimentent toujours la réflexion. Elles justifient de réaliser une coupe transversale et d'étudier finement l'activité de la structure, des personnes classées en SMTI et du type de SMTI, au long cours ou non, afin d'organiser les soins de manière optimale, et les confronter à l'organisation en place.

Cette coupe ne peut être réalisée que si les personnels soignants ont une formation à l'outil PATHOS.

#### Au niveau de la connaissance de l'outil et de la formation

Comme nous l'avons vu, l'exhaustivité des éléments du dossier médical et/ou infirmier conditionne la qualité du codage. Les équipes soignantes comme les médecins traitants doivent donc percevoir l'importance de leur contribution. Les équipes soignantes, demandeuses de participation à l'élaboration de la coupe transversale PATHOS à l'instar de la grille AGGIR, doivent avoir une information sur l'outil. Cette situation sera de nature à faciliter leur implication. Cette perception est réelle pour les personnes impliquées dans le projet actuel. Elle doit aussi le devenir pour les autres collègues ou d'autres structures.

La formation au modèle PATHOS est indispensable au niveau médical et soignant mais aussi au niveau des directeurs. Le Directeur pourra ainsi adopter un langage médico-économique commun, améliorer sa connaissance de l'activité de l'établissement avec un premier niveau de « contrôle » d'un secteur souvent laissé exclusivement à la prééminence médicale et soignante. Le Directeur n'a pas vocation à devenir un spécialiste des pathologies du vieillissement, mais il se doit de contrôler l'adéquation entre son activité et les moyens attribués, ou tout de moins d'avoir optimisé l'organisation mise en place.

Enfin, certaines limites sont inhérentes au TBAQ lui-même.

#### Au niveau du tableau de bord:

Le nouveau tableau de bord mis en place dans le cadre de la démarche qualité ANGELIQUE pour l'EHPAD n'a pas encore bénéficié d'une évaluation. Pour les agents porteurs du projet, l'évolution qualitative est évidente et illustre parfaitement qu'« *une organisation apprenante, qui valorise ses expériences et ses connaissances acquises, à plus de chance de produire une amélioration de la qualité de ses prestations qu'une organisation statique et rythmée par des*

*activités de routine* »<sup>71</sup> . Après l'attrait de la nouveauté, un temps est néanmoins nécessaire pour vérifier l'utilité du TBAQ et son appropriation par l'ensemble des équipes sur le long terme.

La présentation de ce tableau de bord aux cadres de santé des services de long séjour sera, à cet égard, déterminante. Elle constituera une évaluation propice au recueil des observations et à l'amélioration éventuelle des tableaux de bord. Ceci avant sa validation par les instances. Une comparaison entre les services de long séjour ne sera envisageable qu'à ce moment.

En dehors de ces contraintes internes à l'établissement, il est indispensable d'intégrer les évolutions futures.

## **B Les évolutions de l'environnement à prendre en compte :**

L'environnement externe est en perpétuelle mutation et influe fortement sur l'avenir des Etablissements. Il convient donc d'anticiper au maximum ces changements pour prendre les orientations nécessaires à la pérennité de la structure.

Des évolutions réglementaires se dessinent au niveau des démarches qualité mais aussi en lien avec le contexte environnemental des établissements sanitaires et médico-sociaux.

### *Au niveau de la qualité : L'extension des prérogatives de la HAS en matière médico-économique*

L'évaluation qualitative de la prise en charge est contrôlée par la HAS en secteur sanitaire par évaluation externe. Elle le sera prochainement pour les EHPAD (on peut citer par exemple le référentiel EVA<sup>72</sup>) dans un alignement continu sur le sanitaire.

Les prérogatives de l'HAS viennent d'être étendues. La loi de finances de la sécurité sociale pour 2008 modifie le Code de la Sécurité sociale en prévoyant

---

<sup>71</sup> DUCALET Philippe, LAFORCADE Michel. Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales. 2<sup>e</sup> édition, 2004. Seli Arslan. 335 p. p 182 - 183

<sup>72</sup> GERONTEVAL a développé un outil d'évaluation externe, dénommé EVA, pour les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.

dans son article 41 que la Haute Autorité de Santé puisse désormais émettre des recommandations et des avis médico-économiques sur les stratégies de soins, de prescriptions ou de prises en charges les plus efficaces.

La certification version 3 (V3) reposera donc sur les capacités de la direction à conduire un management médico-économique. On peut donc penser que ces tableaux de bord, dont c'est la vocation, seront précurseurs en la matière. Il est d'ores et déjà nécessaire d'anticiper ce changement dans les organisations.

Les évolutions réglementaires impactent également l'environnement des Etablissements. Les conséquences doivent, dans la mesure du possible, être anticipées.

#### *Au niveau de l'environnement des établissements :*

Progressivement, les établissements médico-sociaux entrent dans le système de financement de la dotation soin au travers de l'outil PATHOS au rythme des renouvellements de convention tripartite.

Les établissements se retrouveront donc, à terme, dans une situation similaire ; chacun étant rémunéré en fonction de ses besoins en soins. A ce moment, les intérêts seront convergents. Il est donc particulièrement intéressant de suivre les progrès du groupe de travail régional sur les repères de négociation pour la filière gériatrique.

Enfin, la transformation des Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) en Agences Régionales de Santé (ARS) est également à surveiller car elle accélérera probablement le regroupement des interlocuteurs auprès de cette nouvelle instance.

La coupe transversale PATHOS a conduit à la création d'outils médico-économiques au service de la qualité de la prise en charge des résidents. Dispositif de dialogue entre Directeur, médecins, cadres et équipes soignantes, le tableau de bord est devenu le vecteur d'une dynamique dans la structure. Il importe dans l'avenir de procéder à son évaluation. L'orientation de la structure vers une analyse médico-économique à visée stratégique serait un plus. Il apparaît également indispensable d'intégrer dès à présent les limites internes concernant l'outil, son utilisation et son avenir, ainsi que les évolutions futures auxquelles seront confrontés les établissements.

## Conclusion

La France compte 10,3 millions de personnes âgées au 1<sup>er</sup> janvier 2007 et selon les projections démographiques, en 2050, le nombre de personnes de plus de 75 ans ou plus doublerait et celui des 85 ans ou plus serait multiplié par quatre.<sup>73</sup> L'évolution démographique, les enjeux économiques, l'exigence de qualité imposent d'analyser le fonctionnement des structures et d'évaluer le service rendu aux personnes âgées. Toutefois, il ne faut pas oublier qu'au-delà de la nécessaire maîtrise des dépenses, le vieillissement « *peut être aussi porteur d'innovations et d'emplois* » comme le rappelle le rapport de stratégie publique 2008.<sup>74</sup>

Depuis 2001, l'enquête nationale « ERNEST » a conduit à une meilleure prise en charge au travers des indicateurs : le modèle AGGIR permet de mesurer la perte d'autonomie, le modèle PATHOS évalue le niveau de soins nécessaires pour la prise en charge polypathologique des personnes âgées. Cette étude mesure d'une part la dimension économique au travers de la modulation des dotations soins, et d'autre part la dimension qualitative de la prise en charge.

La volonté d'adéquation entre la qualité et le coût permet de concilier les logiques contradictoires entre la vision financière et médicale. Les nouvelles prérogatives de la Haute Autorité de Santé en matière d'analyse médico-économiques pour le secteur sanitaire tendent vers cette logique d'efficience. L'alignement continu du médico-social sur le sanitaire conduira certainement à une démarche similaire en EHPAD. L'efficience est un thème porteur. Toutefois, pour se développer durablement et devenir efficaces, les structures ont besoin de valeurs, de sens et de projets dans lesquels les agents se reconnaissent. Une démarche projet apparaît indiquée à ce niveau, car elle favorise l'implication des équipes et permet l'innovation.

L'écueil principal réside dans la prééminence de la seule logique financière, comptable et d'objectifs purement économiques, même s'ils sont nécessaires. En effet, une comparaison entre les établissements à qualité égale doit permettre d'analyser des écarts parfois injustifiés. Ce comparatif devient essentiel dans un contexte de difficulté pour les résidents et leurs familles à assumer les frais de prise en charge.

---

<sup>73</sup> INSEE-REFERENCES. *Tableaux de l'économie française*. Edition 2007. 204 p. p 12

<sup>74</sup> SECRETARIAT D'ETAT CHARGE DE LA PROSPECTIVE ET DE L'EVALUATION. FRANCE 2025. Diagnostic stratégique. Etat des lieux 2008. Partie 4. Vivre ensemble. Quelles stratégies publiques pour faire face au vieillissement. Avril 2008. 267 p. p 141

Le modèle PATHOS est, à mon sens, incontournable. Il répertorie l'activité de la structure et favorise un raisonnement médico-économique propice à l'échange entre Direction / médecin coordonnateur / et cadres de santé. Il tend également à étayer la négociation de la convention tripartite avec les autorités de tarification. Cette approche est novatrice et risque de rencontrer des réticences, par manque de connaissance, car nous l'avons vu les formations à l'outil PATHOS sont insuffisantes. De plus, cet aspect devra nécessairement s'inscrire à terme dans une négociation collective qui tarde à se mettre en place. Ces controverses ne doivent cependant pas devenir un frein à l'action : « *Un manager doit avoir ses idées, son projet personnel et sa stratégie préférentielle ; mais il suit avec souplesse son cap, sans attendre d'affronter des contraintes majeures avant de les contourner, et passer par les voies qui s'ouvrent, même si les routes ne sont pas forcément droites en apparence.* »<sup>75</sup>.

Enfin, il faut garder à l'esprit que les indicateurs des modèles AGGIR et PATHOS n'incluent pas la totalité de la prise en charge. L'apport du modèle SOCIOS de complexité sociale est fréquemment mentionné<sup>76</sup>. Il n'est pas intégré dans le modèle français<sup>77</sup>. Il en est de même pour les temps consacrés aux réunions ou transmissions. D'autres pays, comme la Belgique<sup>78</sup> ou la Suisse<sup>79</sup>, ont pourtant, au travers de plusieurs études, adapté nos modèles français en intégrant cette possibilité démontrant ainsi qu'il est possible d'aboutir à une modélisation complète de la prise en charge.

Ces exemples européens seront-ils précurseurs d'une nouvelle réforme ?

---

<sup>75</sup> TOUTUT Jean Philippe. Management éthique en pratique dans les établissements sociaux et médico-sociaux. Une définition constructiviste du management. Seli Arslan 2007. 159 p. p 138

<sup>76</sup> Closos MC, Habimana L, Swine C, Laokri S, Bayens Jp, Neiryck I: Apport du modèle AGGIR PATHOS SOCIOS en complément des APR-DRGs pour expliquer la charge et la durée moyenne de séjour en gériatrie aiguë. Revue de Gériatrie 2006 ; 31 ; numéro spécial février 2006 : 21-30. Le modèle AGGIR PATHOS SOCIOS: un instrument potentiel pour le financement, la programmation et la gestion interne des services de gériatrie et de réadaptation. Revue de Gériatrie 2006 ; 31 ; numéro spécial février 2006 : 31-40

<sup>77</sup> CNAMTS et SNGC. DUCOUDRAY J.M., LEROUX R., PREVOST P., VETEL J.M., VUILLEMIN C., Le modèle PATHOS, janvier 2007. 47 p. p 5

<sup>78</sup> KCE – Financement du programme de soins pour le patient gériatrique dans l'hôpital classique. Définition et évaluation d'une patiente gériatrique. Fonction de liaison et évaluation d'un instrument pour un financement approprié. 18 janvier 2008. 262 p. **[En ligne]**. Disponible sur <<http://www.kce.fgov.be/Download.aspx?ID=1000> >

<sup>79</sup> Hôpitaux universitaires de Genève et Hospices et CHUV. PATHOS : 1ers résultats du projet PRG (psychiatrie – réadaptation – gériatrie) VD-GE pour la réhabilitation. 34 p. **[En ligne]** Disponible sur <[http://www.isesuisse.ch/fr/conferences/e\\_061117-assimacopoulos.pdf](http://www.isesuisse.ch/fr/conferences/e_061117-assimacopoulos.pdf)>

---

## Bibliographie

---

- MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES. Loi n° 1997-60 du 24 janvier 1997 instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes. (JO du 25/1/97) pp 1280-1290
- MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Loi no 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie. (JO du 21/7/01) p 11737
- MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Décret no 2001-388 du 4 mai 2001 modifiant les décrets no 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et no 99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ainsi que le décret no 58-1202 du 11 décembre 1958 relatif aux hôpitaux et hospices publics (JO du 6/5/01) p 6175
- MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE. Arrêté du 4 juin 2007 relatif aux indicateurs nationaux de référence et à leur prise en compte dans le cadre de la tarification des besoins en soins requis dans certains établissements relevant du I de l'article L 313-12 du code de l'action sociale et de la famille. (JO du 21/6/07)
- MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Circulaire DAS/MARTHE/MES/CAB n° 99-294 du 21 mai 1999 relative aux premières dispositions à prendre pour préparer la mise en œuvre de la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. (BO 99/22)
- MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Circulaire MARTHE/DAS/DH-EO 4-AF 2 n° 99-345 du 15 juin 1999 relative à la réforme des unités et services de soins de longue durée et à la mise en œuvre de la réforme de la tarification dans les services hébergeant des personnes âgées dépendantes gérés par des établissements de santé. (BO 99/27)
- MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Circulaire DGAS/MARTHE/DHOS/DSS n° 2000-475 du 15/09/2000 relative à la mise en œuvre de la réforme de la tarification dans les EHPAD. (BO 2000/40)
- CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE. MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. MINISTERE DELEGUE A LA SECURITE SOCIALE, AUX PERSONNES AGEES, AUX PERSONNES HANDICAPEES ET A LA FAMILLE. Circulaire n°DGAS/DHOS/DSS/CNSA/2006/447 du 17 octobre 2006 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2006 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées. 9 p
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire n° DHOS/O2/F2/DGAS/DSS/CNSA/2007/193 du 10 mai 2007 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la sécurité sociale pour 2006 modifiée concernant les unités de soins de longue durée. Soins de longue durée. Référentiel d'organisation des soins. 14 p
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire DHOS/O2/DGAS/2C n° 2006-212 du 15 mai 2006 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de

financement de la sécurité sociale pour 2006 concernant les unités de soins de longue durée. 59 p

- MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE. MINISTERE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA FONCTION PUBLIQUE. Circulaire Interministérielle n°DGAS/DSS/2008/54 du 15 février 2008 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2008 dans les établissements et services médicosociaux accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées. 31 p
- CNSA .Notice technique : mise en œuvre des nouvelles règles tarifaires prévues par la circulaire DGAS/DHOS/DSS/CNSA n° 447 du 17 octobre 2006. Répartition des enveloppes de médicalisation. 7 p
- Note de service DGAS/5B n° 2004-527 du 5 novembre 2004 relative à l'arrêté du 26 octobre 2004 fixant les premiers indicateurs et leurs modes de calcul pris en application du 5° du I de l'article 16 et des articles 27 à 32 du décret n° 2003-1010 du 22/10/2003 (BO 2004/2) 12 p
- Note de service DGAS/5B n° 2004-184 du 22 avril 2004 relative aux indicateurs du tableau de bord de l'article 27 et suivants en application du décret n° 2003-1010 du 22 octobre 2003, et à la mise en place d'une expérimentation (BO 2004/20) p 233 – 302
- MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Note d'information DGAS /5B n° 2004/96 du 03/03/04 relative aux actions favorisant l'évaluation et l'amélioration continue de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux. (BO 2004/18) p 221 - 250

#### **OUVRAGES :**

- DRUCKER Peter. La pratique de la direction des entreprises. Editions d'organisation. 1977. 430 p
- GENELOT Dominique. Manager dans la complexité. Réflexions à l'usage des dirigeants – Editions INSEP CONSULTING. 3<sup>e</sup> édition. 2001. 357 p
- BRAMI Gérard. La nouvelle tarification dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées. Berger-Levrault. 2001. 398 p
- DUCALET Philippe, LAFORCADE Michel. Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales. 2<sup>e</sup> édition. 2004. Selim Aslan. 335 p
- VILLEZ Alain. Adapter les établissements pour personnes âgées : besoins, réglementation, tarification. Paris : Dunod. 2005. 392 p
- BOUQUIN Henri. Le contrôle de gestion. Editions Gestion PUF. 8<sup>e</sup> éd. 2008. 526 p
- TOUTUT Jean Philippe. Management éthique en pratique dans les établissements sociaux et médico-sociaux. Une définition constructiviste du management. 2007. Selim-Aslan ; 159 p
- INSEE-REFERENCES. Tableaux de l'économie française. Edition 2007. 204 p
- MULLER JL, MINNAERT MF. Management hospitalier : un nouvel exercice du pouvoir. 2<sup>e</sup> édition. Masson. Collection Encadrer à l'hôpital. 138 p
- KAPLAN R.S, NORTON D.P. Le tableau de bord prospectif. Pilotage stratégique : les 4 axes du succès. Paris. 1996. Les Editions d'Organisation. 311 p.

## **RAPPORTS et ETUDES :**

- CNAMTS, DSM. Prévost P., Vuillemin C., Fender P. Etude Pathos sur l'échantillon « ERNEST ». Les soins de santé en maison de retraite, foyers logements et services de soins de longue durée au niveau national. 27 février 2003. 65 p
- CNAMTS et DRSM. Enquête nationale USLD 2006. Guide de recueil des données. Février 2006. 13 p
- CNAMTS. Dr PREVOST Patrice. Aggir et pathos dans la planification gériatrique. Septembre 2006. [en ligne] Septembre 2006. Disponible sur <[http://www.revuedegeriatrie.fr/4DACTION/SNGC\\_envoidoc/232](http://www.revuedegeriatrie.fr/4DACTION/SNGC_envoidoc/232)>
- CNAMTS et SNGC. DUCOUDRAY J.M., LEROUX R., PREVOST P., VETEL J.M., VUILLEMIN C., Le modèle PATHOS. Janvier 2007. 47 p
- Dr VETEL et CNAMTS. Harmonisation du codage pathos 2008. 15 janvier 2008. 5 p
- MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. DHOS. Mission tarification à l'activité. Paiements prospectifs. Tarification à la pathologie. Concurrence par comparaison. HENRIET D. Université de la Méditerranée. 14 p
- SECRETARIAT D'ETAT CHARGE DE LA PROSPECTIVE ET DE L'EVALUATION, FRANCE 2025, DIAGNOSTIC STRATEGIQUE. Etat des lieux 2008. Partie 4. Vivre ensemble : Quelles stratégies publiques pour faire face au vieillissement. Avril 2008. 267 p
- ANAES. Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé : principes généraux. Mai 2002. 39 p
- FMSH, CENTRE D'ANALYSE STRATEGIQUE. L'EHPAD pour finir de vieillir. Tome I. 256 p et Tome II. 12 p. Juin 2006
- Closon MC, Habimana L, Swine C, Laokri S, Bayens Jp, Neiryck I: Apport du modèle AGGIR PATHOS SOCIO en complément des APR-DRGs pour expliquer la charge et la durée moyenne de séjour en gériatrie aiguë. Revue de Gériatrie 2006. numéro spécial février 2006. p 21 - 30
- Closon MC, Habimana L, Swine C, Laokri S, Bayens Jp, Neiryck I. Le modèle AGGIR PATHOS SOCIO: un instrument potentiel pour le financement, la programmation et la gestion interne des services de gériatrie et de réadaptation. Revue de Gériatrie 2006. numéro spécial février 2006. p 31 - 40
- KCE – Financement du programme de soins pour le patient gériatrique dans l'hôpital classique. Définition et évaluation d'un patient gériatrique, fonction de liaison et évaluation d'un instrument pour un financement approprié. 18 janvier 2008. 262 p
- Hôpitaux universitaires de Genève et Hospices et CHUV. PATHOS : 1ers résultats du projet PRG (psychiatrie – réadaptation – gériatrie) VD-GE pour la réhabilitation. 34 p

## **REVUES :**

- DRESS. DUTHEIL Nathalie, SCHEIDEGGER Suzanne. Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement. Etude et résultats n° 494. Juin 2006. 8 p
- DRESS. DUTHEIL Nathalie, SCHEIDEGGER Suzanne. Pathologies et perte d'autonomie des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées. Etude et résultats n°515. Août 2006. 8 p
- DRSM. VERMORCI M. ARH Info n° 44. Le point sur la réforme des USLD. Novembre 2007
- CCI PAU/BEARN. Service Etudes et Aménagement du Territoire. Le Béarn à l'horizon 2010-2020. Projections démographiques. 4 p
- INSEE. Estimations de population [en ligne] Disponible sur <[http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=99&ref\\_id=CMRSOS02137](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=99&ref_id=CMRSOS02137)>
- MORIN Edgar. Le défi de la complexité. Revue CHIMERES. 18 p. p 16. [En ligne] Disponible sur [http://www.revue-chimeres.fr/drupal\\_chimeres/files/05chi05.pdf](http://www.revue-chimeres.fr/drupal_chimeres/files/05chi05.pdf)
- LE MENSUEL DES MAISONS DE RETRAITE. La vie des Etablissements. Les groupes et l'avenir du secteur. Top 20. Janvier 2006. [en ligne]. Disponible sur <[http://www.senioractu.com/Maison-de-retraite-le-classement-2006-du-Mensuel-des-Maisons-de-Retraite-est-paru\\_a6662.html](http://www.senioractu.com/Maison-de-retraite-le-classement-2006-du-Mensuel-des-Maisons-de-Retraite-est-paru_a6662.html)>.

## **ARTICLES :**

- BEVERNAGE F. La grille AGGIR : un enfer pavé de bonnes intentions ? La revue du généraliste et de la gériatrie n° 42. Février 1998
- REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE n° 520. Stratégie de groupe : comment agir ? Février 2008. pages 8 à 28
- FHF. HOAREAU Virginie. Groupe de travail : Quels repères de négociation pour la filière gériatrique. 4/4/08 [en ligne] Disponible sur <<http://www.fhf.fr/dossiers/dossiers-fiche.php?id=2921&p=12&r=37>>

## **CONFERENCES :**

- BERTEZENE Sandra. XIIème Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique. Les enjeux stratégiques de la qualité dans les établissements médico-sociaux : le cas des établissements d'accueil pour personnes âgées. Les Côtes de Carthage. 3, 4, 5 et 6 juin 2003

---

## Liste des annexes

---

ANNEXE I: Grille récapitulative AGGIR et grille de codage PATHOS

ANNEXE II Composition des groupes de travail

ANNEXE III: Guide d'entretien et détail des personnes interrogées

ANNEXE IV Grille d'analyse des entretiens semi-directifs

ANNEXE V Tableaux d'analyse du PATHOS du Centre de Long séjour Intercommunal

ANNEXE VI: Fiche projet qualité incluant la mise en place du tableau de bord

ANNEXE VII: Tableau de bord de l'activité et de qualité de la prise en charge en EHPAD



**LA COMPOSITION DES GROUPES DE TRAVAIL**

<p><b><u>GROUPE QUALITE n° 1 : Attentes et satisfaction des résidents et des familles</u></b></p> <p>Mme A Joëlle, animatrice  Mme B Véronique, Tutelle/formation  M. B Georges, Chef de cuisine  Mme C, famille  Mme F, Mme P et Mme L, Résidentes  M. A et M. B résidents  Mme L, représentante des familles  Mme P Nadine, IDE  Mme M Sandrine, accueil / admissions</p>	<p><b><u>GROUPE QUALITE n° 2 : Réponses apportées aux Résidents en terme d'autonomie, d'accompagnement et de soins</u></b></p> <p>Mme C Sylvie, Infirmière  Mme C Nicole, responsable du personnel  Mme F Ginette, aide-soignante  Mme L, résidente  Mme P, résidente  Mme T P, Médecin coordonateur</p>
<p><b><u>GROUPE QUALITE n° 3 : L'Etablissement et son environnement</u></b></p> <p>M. B Mario, résident  M. B S Roland, transports  Mlle C Christelle, secrétaire médicale  M. C Jacques, résident  Mme G Chantal, aide-soignante  M. S Henri, cadre logistique  Mme T Maryse, Cadre de santé</p>	<p><b><u>GROUPE QUALITE n° 4 : Démarche Qualité</u></b></p> <p>Mme B Véronique, Tutelle et formation  Mme C Christelle, Secrétaire médicale  Mme G Véronique, aide soignante  Mme M Sandrine, admissions  Mme T. Maryse, Cadre de santé  Mme T P, médecin coordonnateur  Groupe transversal comptant 2 personnes de chacun des autres groupes.</p>

**COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL REGIONAL FHF**

- 3 Directeurs d'EHPAD
- 1 Directeur adjoint d'hôpital local
- 1 Directeur stagiaire de l'EHESP
- 3 Médecins coordonnateurs d'EHPAD et de secteur sanitaire
- 2 cadres de santé

**Présentation** : Directeur stagiaire à l'EHESP (anciennement ENSP) j'élabore un mémoire dans le cadre de mon stage de professionnalisation sur un sujet que j'ai choisi.

**Objectifs** : L'outil PATHOS est obligatoirement mis en œuvre dans le cadre du reprofilage des USLD et également à l'occasion du renouvellement des conventions tripartites. Mon objectif est de savoir s'il peut être utile sur un plan qualitatif plus que quantitatif et financier.

**Conditions** : Les entretiens sont traités de façon anonyme et je souhaiterais pratiquer un enregistrement pour le travailler, nous pourrions à votre convenance stopper l'enregistrement si vous le souhaitez.

**L'INTERVIEWE :**

Pouvez-vous vous présenter au niveau professionnel ?  
 Quel poste occupez-vous ? Dans quel service ?  
 Depuis combien de temps êtes-vous en poste ?

**BLOCS THEMATIQUES :**

**1. Connaissance de l'outil PATHOS**

- Avez-vous entendu parler de l'outil Pathos ? Le connaissez-vous ?
- Connaissez-vous les résultats de la coupe Pathos de votre service ?
- Si oui : Qu'en pensez-vous ?
- Si non : présentation de la coupe.
- Quels sont les éléments qui vous semblent les plus intéressants ?

**2. Pathos par rapport aux résidents**

- D'après vous, la connaissance du Pathos change-t-elle quelque chose pour les résidents ?
- Quels sont les avantages ?
- Quels sont les inconvénients ?

**3. Pathos et les soignants**

- Le Pathos aura-t-il des répercussions pour les soignants ?
- Le Pathos change-t-il quelque chose dans vos pratiques soignantes,
- Le Pathos influera-t-il sur l'organisation du travail ?
- Quel sera pour vous les changements que cela va induire positivement ou négativement ?

**4. Perspectives**

- Comment imaginez-vous l'utilisation de la coupe Pathos ?
- De votre point de vue comment cet outil peut-il améliorer la situation ?
- Cela passe par quoi ? Avec quels moyens ?

**DETAIL DES PERSONNES INTERROGÉES**

INTERVIEWE	EHPAD	Long séjour P	Long séjour N	Externes	Total
<b>Médecin coordonnateur</b>	1			2	3
<b>Médecin PH</b>		1			1
<b>Cadres santé</b>	1		1	3	5
<b>Infirmières</b>	1	1	1		3
<b>Aide soignant</b>	1			1	2
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>14</b>

**GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS**

Les items d'analyse	MED.	CADRE	IDE	AS	TOTAL
Nombre de personnes interviewées	4	5	3	2	14
<b>Connaissance de l'outil et de la coupe</b>					
Connaissance des grandes lignes	4	4	2	1	11
A bénéficié d'un formation	1	2			3
Connaît le pathos de son service	4	2			6
Trouve la coupe intéressante	4	4	3	2	13
A été surpris par les résultats		2	2	2	6
Ne retrouve pas l'image qu'il a de son service		1	2	2	5
<b>Éléments les plus intéressants</b>					
▫ PMP et GMP		5	3	2	10
▫ SMTI		5	1		6
▫ GPP		3	3	2	8
▫ Valeurs de référence nationales		5	3	2	10
▫ Radar		5	3	2	10
▫ Profils de stratégie thérapeutique		4	2	0	6
▫ Patients et domaines pathologiques		4	2	1	7
▫ Patients et états pathologiques		5	3	2	10
▫ Les 10 pathologies les plus représentatives		5	3	2	10
Plutôt les schémas que les chiffres				1	1
Toute la coupe	4				4
<b>LA COUPE PATHOS ET LES RESIDANTS ou PATIENTS</b>					
Un plus dans l'échange	1	1	2		4
Réorienter les activités de soins	3	4	1		8
Objectiver par rapport aux ressentis	0	2	1		3
Mettre en cohérence l'aspect financier et médical	0	4	2		6
Obliger à donner une info médicale	4	5	1		10
A corrélér avec l'enquête de satisfaction	3	4	2		9
<b>Intérêt ou risque à regrouper par pathologie</b>					
▫ permettre un meilleur échange avec résidents et familles		1	1	1	3
▫ va les catégoriser et les "mettre dans une case"		2	1	2	5
▫ va les perturber en les changeant de service		2	2	2	6
Problèmes d'admission et modification des critères d'admission	4	5	3	2	14
Risque de focaliser sur la pathologie au détriment du projet de vie		1	1	2	4
Ne changera rien pour les résidents ou patients	4	4	1		9

Les items d'analyse	MED.	CADRE	IDE	AS	TOTAL
<b>PATHOS ET LES SOIGNANTS</b>					
Positiver la qualité de certains prises en charge	3	4	2		9
Réorienter les pratiques de manière moins subjective		2	1		3
Outil pour la formation aux pc spécifiques		1			1
Impact sur le recrutement du personnel (AMP au lieu d'AS)		1		1	2
Indispensable d'informer et associer l'équipe au remplissage des grilles	3	4	2	1	10
Doit permettre d'avoir des moyens en personnel	2	5	3	1	11
Cela va aboutir à prendre des personnes de plus en plus lourdes		1	1	2	4
Aucun intérêt pour le soignant			1		1
C'est purement administratif			1		1
Risque de sacrifier la qualité de la prise en charge au financier	3				3
Pose un problème éthique	4	3			7
Peut aboutir à diminuer le personnel (réduction effectif IDE)			1	2	3
Perte de sa liberté au niveau des admissions de résidents ou patients	4				4
<b>PERSPECTIVES</b>					
Organiser et planifier les soins en fonction des profils		3	2		5
Peut aboutir à la création d'un cantou en EHPAD				1	1
Comparaison entre services		4	1	1	6
Permettre un questionnement pour améliorer les pratiques		5	2	0	7
Evaluation réelle des besoins du service au niveau des soins	4	5	1	1	11
Mettre en place des outils commun direction/medecins/soignants	4	5	2	0	11
Sensibiliser par de la formation ou de l'information à PATHOS	4	5	3	2	14
Connaitre le profil des résidents ou patients avant l'admission	4	5	1	0	10
Impliquer les équipes dans le remplissage des grilles PATHOS	3	3	3	2	11
Aucune perspective, la coupe ne sert à rien/je n'y crois pas			1	1	2
<b>CONTRAINTES / MOYENS</b>					
Nécessaire d'augmenter le temps de médecin coordonnateur	4	4	2	1	11
Former à PATHOS	4	5	3	2	14
Avoir un pathos détaillé par service		4	3	1	8
Bien indiquer les soins requis et pas les soins réels	4	5	3	2	14
Remplir les grilles plus fréquemment pour voir l'évolution					
▫ 1 fois par an	1			1	2
▫ 2 fois par an					0
▫ 3 fois par an		1	2		3
▫ 4 fois par an	3	4			7
<b>Construire des outils communs</b>					
Etablir un tableau de bord médico-économique	4	5	3	2	14
Outil de connaissance des pathologies en amont de l'admission	4	5	3	1	13

**ANALYSE DU PATHOS SUR L'USLD sur 2006/2007**

Moy nat		PONTACQ			NAY			TOTAL		
		2006	2007	Ecart	2006	2007	Ecart	2006	2007	Ecart
<b>860</b>	GIR MOYEN PONDERE (GMP)	891	901	10	918	933	15	902	921	21
<b>222</b>	PATHOS MOYEN PONDERE (PMP)	265	342	77	369	250	-119	330	283	-47
	<b>SMTI</b>									
GPP1	Pronostic vital en jeu au quotidien	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GPP2	Pris en charge psychiatrique de crise	0	0	0	0	1	1	0	1	1
GPP3	Rééducation fonctionnelle intensive	5	2	-3	18	1	-17	23	3	-20
GPP4	Soins palliatifs (mourants lucides)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GPP5	Autres situations SMTI	8	16	8	15	22	7	23	38	15
	<b>Total SMTI</b>	<b>13</b>	<b>18</b>	<b>5</b>	<b>33</b>	<b>24</b>	<b>-9</b>	<b>46</b>	<b>42</b>	<b>-4</b>
	<b>NON SMTI</b>									
GPP6	Déments susceptibles d'être perturbateurs	11	0	-11	12	0	-12	23	0	-23
GPP7	Soins de confort (mourants non lucides)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GPP8	Pathologies chroniques stabilisées	2	5	3	1	9	8	3	14	11
GPP9	Autres situations non SMTI	15	17	2	23	37	14	38	54	16
	<b>Total non SMTI</b>	<b>28</b>	<b>22</b>	<b>-6</b>	<b>36</b>	<b>46</b>	<b>10</b>	<b>64</b>	<b>68</b>	<b>4</b>
	<b>TOTAL SMTI + NON SMTI</b>	<b>41</b>	<b>40</b>	<b>-1</b>	<b>69</b>	<b>70</b>	<b>1</b>	<b>110</b>	<b>110</b>	<b>0</b>
CS/SSR	(T1 + R1 + R2 + DG + CH en SMTI)+ T2 aigus	9			23			32	0	0
USLD	dont M1	1			7			8		
Gér- psy	SMTI psy et 2 P2 dans GPP 6 et 9)	24			23			47		
EHPAD	autres GPP 6 et 9	7			16			23		
	<b>TOTAL STRUCTURE</b>	<b>41</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>69</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>110</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

**LE PATHOS SUR L'ENSEMBLE DE LA STRUCTURE EN 2007**

INDICATEURS Moyennes nationales GMP (LS 860/ E564) PMP (LS 222/E 125)		Long séjour			EHPAD	TOTAL STRUCTURE
		Pontacq	Nay	Total		
GIR MOYEN PONDERE (GMP)		901	933	921	696	819
PATHOS MOYEN PONDERE (PMP)		342	250	283	277	
BESOIN GLOBAL DE SOINS (BGS) = GMP+(PMP*2,59)		1787	1581	1654	1413	
<b>SMTI</b>						
GPP1	Pronostic vital en jeu au quotidien	0	0	0	0	0
GPP2	Pris en charge psychiatrique de crise	0	1	1	5	6
GPP3	Rééducation fonctionnelle intensive	2	1	3	2	5
GPP4	Soins palliatifs (mourants lucides)	0	0	0	0	0
GPP5	Autres situations SMTI	16	22	38	18	56
	<b>Total SMTI</b>	<b>18</b>	<b>24</b>	<b>42</b>	<b>25</b>	<b>67</b>
<b>NON SMTI</b>						
GPP6	Déments susceptibles d'être perturbateurs	0	0	0	0	0
GPP7	Soins de confort (mourants non lucides)	0	0	0	0	0
GPP8	Pathologies chroniques stabilisées	5	9	14	23	37
GPP9	Autres situations non SMTI	17	37	54	50	104
	<b>Total non SMTI</b>	<b>22</b>	<b>46</b>	<b>68</b>	<b>73</b>	<b>141</b>
	<b>TOTAL SMTI + NON SMTI</b>	<b>40</b>	<b>70</b>	<b>110</b>	<b>98</b>	<b>208</b>

FICHE PROJET DES GROUPES QUALITE INCLUANT LA CREATION D'OUTILS MEDICO-ECONOMIQUES

	<b>Fiche de projet Qualité</b> n° 1.5 - 2.2 - 2.3. - 3.5. - 3.7.	Date de création : 18/4/08 Révision n°1 : Révision n°2 : Page 1/4
--	---	--

TITRE DU PROJET  
**L'EHPAD EN PROJETS**  
(Projet médical/projet de vie/projet d'animation/projet de soins)

**OBJECTIF(S) DU PROJET**  
Avec l'arrivée des médecins traitants et du médecin coordonnateur, réactualiser le projet médical / projet de vie / projet de soin / projet d'animation en EHPAD en assurant leur articulation avec les autres projets de la structure.  
Etudier la possibilité de mettre en place un binôme référent – améliorer les outils d'information sur la prise en charge et sur la gestion médico-économique.  
Améliorer la lisibilité des grands axes du projet d'établissement.  
Etablir le projet d'animation et permettre l'implication des équipes pluridisciplinaires et des proches tout en répondant aux attentes et aux besoins des résidents dans leur prise en charge individuelle et/ou collective

**RESULTATS ATTENDUS**  
Tenir compte des remarques de l'ARH.  
Tenir compte des spécificités EHPAD et USLD et associer les médecins traitants  
Travailler sur les indicateurs : PMP et GMP  
Faire un projet animation intégré au projet de vie individualisé  
Répondre aux objectifs qualité – fiches Q 61 à Q 98 - Q 134

**SERVICES, UNITES ou SECTEURS IMPLIQUE(E)S**  
Toute la structure

**REFERENTS DE PROJET**

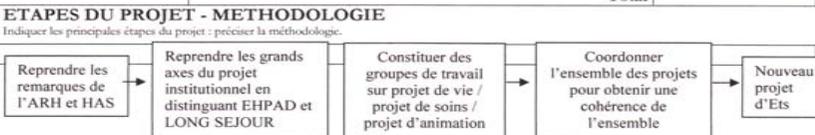
Mme AGUER Joëlle – M. CABANNE - Groupe 1	☎ ...356
Mme TUC PERISSIE - Groupe 2	320
Mme TASTET Maryse – Groupe 3	318

**MEMBRES DU GROUPE DE PROJET**

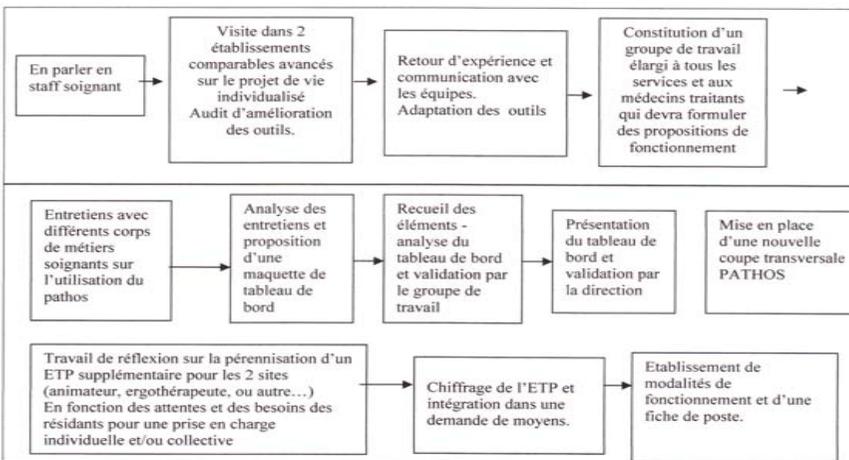
	N° ☎
Mmes CAILLABET –FRECHOU – GOMEZ - PINOUT – GRANNEC	319
Mmes L –P – Mme F– Mrs. A – M. B	Résidents
Mme COSSOUL – Mme LANOISELEE, représentante des familles	Familles
Mmes CAMBORDE - MAURA – MURCIA – BEURIER – CORREGE	303 – 302 – 305 -
Mme ROUSSEAUX Caroline	Psychomotricienne

**COÛT DU PROJET**

Nature des charges	Montant
Temps institutionnel	A chiffrer
Pérennisation d'un poste supplémentaire à l'animation	A chiffrer
Total	



	<b>Fiche de projet Qualité</b> n° 1.5 - 2.2 - 2.3. - 3.5. - 3.7.	Date de création : 18/4/08 Révision n°1 : Révision n°2 : Page 2/4
--	---	--



**DATE DE DEBUT DU PROJET (jour/mois/année)**  
04 | 2008

**PLANIFICATION DU PROJET**  
Voir planning

**MODALITES DE SUIVI DU PROJET - INDICATEURS**  
Evaluation du circuit de pédicurie à protocoliser  
Nombre de projets de vie individualisés réalisés  
Rédaction des projets médicaux/de vie/de soins..  
Nombre de dossiers de soins complets et de projet de vie individualisés  
Résultats de l'enquête de satisfaction sur les items concernés.

**VALIDATIONS**

	Date	Validé par
Pour le groupe de travail	06/08	Les référents
Le coordonnateur du projet :	06/08	Mme FERÉY
Pour la Direction :	09/08	J. BASTIE

**DIFFUSION**



### Planning Qualité du groupe

Date de création : 18/04/2008  
 Révision n°1 :  
 Révision n°2 :  
 Page 3/4

L'EHPAD EN PROJETS		Planning																FICHE n° 2.2 et 3.5								
Années		2008				2009				2010				2011				2012				2013				Responsable(s)
Trimestres		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
<b>Organisation médicale de la structure :</b>																										
Reprendre le projet médical Établir un rapport médical qualitatif et quantitatif et le diffuser Harmonisation des pratiques médicales et de soins Prévoir un plan d'amélioration (formation)																										Mme TUC PERISSIE / Mme EJZIERE
<b>Organisation du travail avec les médecins traitants :</b>																										
Finaliser le référentiel à l'usage des médecins traitants Organiser un travail de rédaction, d'information, de communication et d'échanges avec les médecins traitants, les médecins de la structure et les soignants sur -Le projet médical de l'EHPAD -L'articulation projet de vie/projet de soins -Les protocoles -Les thèmes spécifiques (douleur, maltraitance)																										Mmes TUC/Mme TASTET et les soignants
Réactualiser le livret thérapeutique en fonction des pratiques médicales																										Mme TUC PERISSIER / MME MAHIEU et les cadres
<b>Organisation des soins et dossiers de soins :</b>																										
Poursuivre la formation aux transmissions ciblées et travailler sur une terminologie commune Poursuivre l'évaluation du dossier de soins en vue de l'informatisation Effectuer une évaluation PATHOS par semestre puis par trimestre et l'intégrer au dossier individuel Sensibiliser le personnel à la fermeture à clé du meuble contenant les dossiers																										Mme TUC PERISSIE / Mme TASTET et les soignants

XV



### Planning Qualité du groupe

Date de création : 18/04/2008  
 Révision n°1 :  
 Révision n°2 :  
 Page 3/4

L'EHPAD EN PROJETS		Planning																FICHE N° 1.5. et 3.7								
Années		2008				2009				2010				2011				2012				2013				Responsable(s)
Trimestres		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
<b>Prises en charges spécifiques :</b>																										
Généralisation de la traçabilité de la prise effective des traitements médicamenteux Traçabilité et évaluation du classeur de recueil des chutes Evaluation des protocoles de contention																										JP Garcia  Mme TUC PERISSIE JP GARCIA
<b>Connaissance de l'activité des services - pilotage médico-économique :</b>																										
- Etablir une fiche PATHOS simplifiée. - Inclure la fiche PATHOS simplifiée dans le dossier patient. - Etablir un recensement des besoins à partir des résultats du PMP (Pathos Moyen Pondéré) et du GMP (GIR Moyen Pondéré). Etablir un tableau de bord d'activité et de qualité																										Mme TUC PERISSIER et les soignants Mme TUC PERISSIER, les cadres et les soignants. Mme FIEVY + équipe
<b>Favoriser le rôle transversal de l'animation</b>																										
Faire participer les soignants avec les référents animation au Conseil de la vie sociale et au CRUQS. Pérennisation d'un ETP supplémentaire pour PONTACQ/NAY. Etablir un compte rendu des activités et évaluation. Formaliser le projet d'animation en lien avec le Projet d'Etablissement, le Projet de vie, le Projet de soins et le Projet médical. Favoriser les échanges entre les services de soins et d'animation.																										Mme AGUER M. CABANNE Tout les soignants

Patricia FERRY - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - ZUUB

## TABLEAU de BORD d'ACTIVITE et de QUALITE DE PRISE EN CHARGE EN EHPAD

	Places financées
EHPAD	98
Dont hébergement temporaire	2
Dont accueil de jour	8
	<b>108</b>

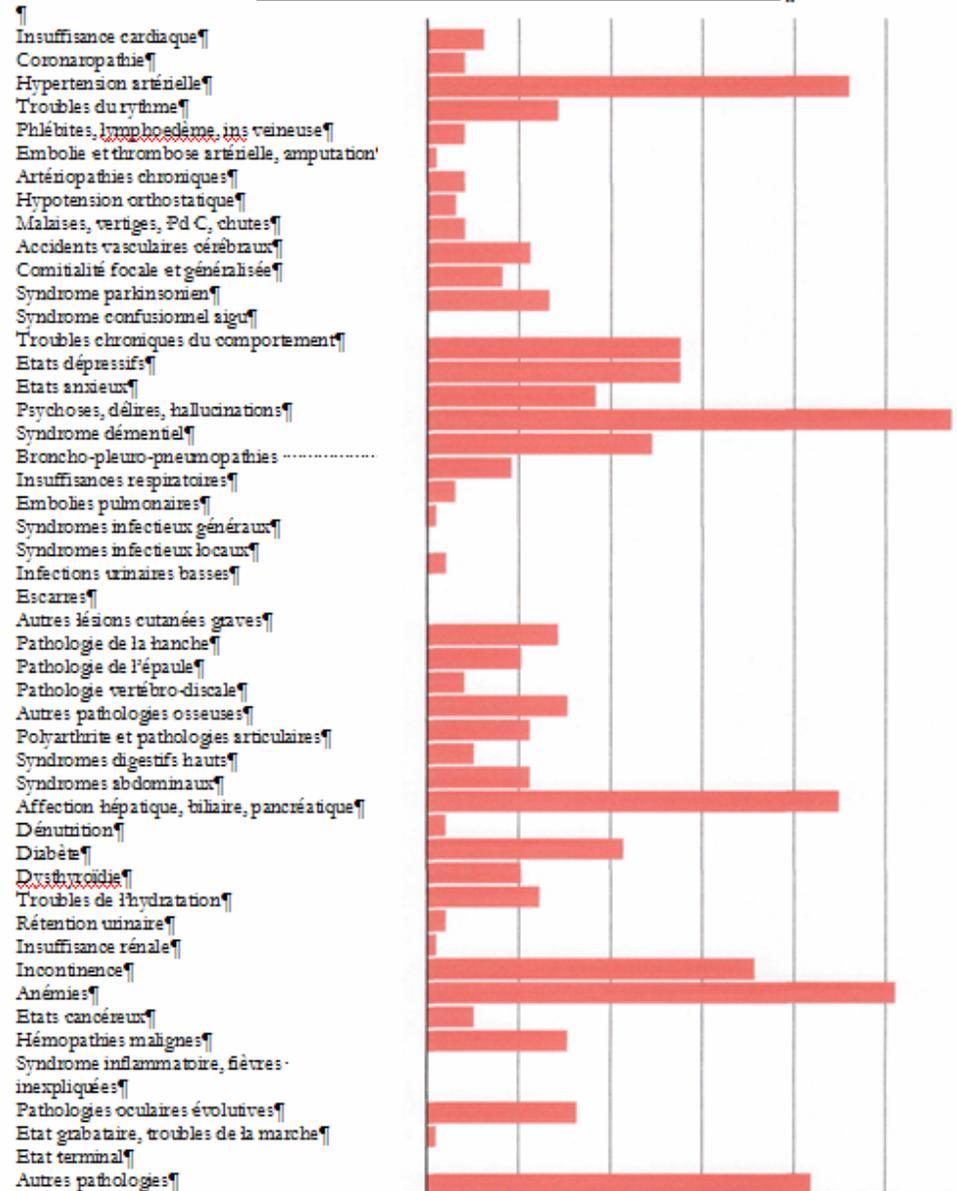
	Moyennes
Age moyen	75.58
GMP moyen national	564
PMP moyen national	125

	2006	2007	2008	2009
<b>Nombre de journées EHPAD</b>	35196	35946		
<b>Taux d'occupation</b>	98,40 %	100,45 %		
<b>Durée moyenne de séjour en j.</b>	3267	3910		
<b>Gir Moyen Pondéré (GMP)</b>	674	696		
<b>Pathos Moyen Pondéré (PMP)*</b>	/	277		
<b>GMPS (GMP + PMP*2.59)*</b>	/	1 413		
<b>Nombre de STMI</b>	/	25		
<b>Nombre de décès</b>	9	11		
				* non validé par la CRAM

GPP	Nombre	%	
<b>Patients SMTI</b>			
1 Pronostic vital en jeu au quotidien	0		Les personnes SMTI (GPP 1 à 5) ont des besoins de soins du type de ceux qui sont dispensés en services hospitaliers de court ou moyen séjour gériatriques.
2 Prise en charge psychiatrique de crise	5	5.10	
3 Rééducation fonctionnelle intensive	2	2.04	
4 Soins palliatifs (mourants lucides)	0		
5 Autres situations SMTI	18	18.37	
<b>Patients non SMTI</b>			
6 Démence susceptibles d'être perturbateurs	0		Le GPP 6 (démence conservant une autonomie locomotrice) concerne la clientèle potentielle des unités dites "Alzheimer" nécessitant une architecture adaptée et un personnel spécifiquement formé.
7 Soins de confort (mourants non lucides)	0		
8 Pathologies chroniques stabilisées	23	23.47	
9 Autres situations non SMTI	50	51.02	

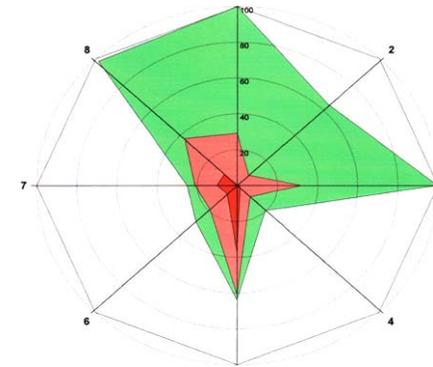
Prévalence des 10 principaux états pathologiques	
Psychose, délire, hallucinations	57,14 %
Incontinence	51,02 %
Hypertension artérielle	45,92 %
Syndromes abdominaux	44,90 %
Autres pathologies	41,84 %
Insuffisance rénale	35,71 %
Troubles chroniques du comportement	27,55 %
Etats dépressifs	27,55 %
Syndrome démentiel	24,49 %
Dénutrition	21,43 %

## PATIENTS-ET-ETATS-PATHOLOGIQUES



## Niveaux moyens de soins nécessaires par patient

- 1 Soins médicaux gériatriques
- 2 Soins médicaux psychiatriques
- 3 Soins techniques infirmiers
- 4 Rééducation et réadaptation
- 5 Psychothérapie ordonnancée
- 6 Actes de biologie
- 7 Autres explorations
- 8 Pharmacie et petit matériel



Soins légers

Soins moyens

Soins lourds

## Niveaux moyens en soins de base nécessaires par patient

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6
Nbre pers / GIR	9	44	13	13	6	4
Minutes/jour/pers	210	176	139	88	53	15
Total	1890	7744	1807	1144	318	60

## MOYENS EN PERSONNEL DE L'EHPAD

	Nombre en ETP	Ratio/lits
Cadre de santé	1	0.01
Psychologue	0	0
Kiné -psycho-mot	0.89	0.01
Infirmiers(es)	9.05	0.09
Aide-soignant(es)	17.60	0.18
ASH	11.05	0.11
<b>TOTAL</b>	<b>39.59</b>	<b>0.40</b>

Y compris mensualités de remplacement

## **ANALYSE DE CONJONCTURE :**

Au niveau des indicateurs : Le taux de PMP est très supérieur à la moyenne nationale avec un taux de SMTI (relevant de long séjour) de 25 soit 25.5 %. A noter que les résidants SMTI basculent dans autres situations par rapport à la dénutrition principalement. Le GMP bien que supérieur à la moyenne est cependant réduit du fait de la présence de 9 résidants de – de 60 ans non girés (les patients issus du Centre Hospitalier Psychiatrique sont en âge dérogatoire).

Au niveau du personnel : L'EHPAD nécessite une prise en charge supplémentaire du côté psychologique et psychiatrique. Le soutien familial et l'aide aux aidants n'est pas prise en compte tout comme le temps d'information, de réunion et de formation interne. Par ailleurs le temps de médecin coordonnateur est insuffisant au regard du nombre de résidants et de médecins traitants intervenants. 2 ETP infirmiers affectés à l'EHPAD interviennent majoritairement sur le secteur sanitaire. Ils sont comptés au prorata du nombre de lits soit 0.60 sur le LS.

Au niveau qualitatif, les actions entreprises sont en relation avec les pathologies et les projets des groupes projets qualité de la démarche Angélique (ci-après). A noter l'absence d'escarres soit 0 % qui démontre l'excellente prise en charge des personnels soignants.

<b>ACTIONS ENVISAGEES</b>	<b>OBJECTIFS</b>	<b>RESULTAT/INDICATEURS</b>	<b>CALENDRIER</b>	<b>EVALUATION</b>
Evaluation de l'intervention du psychiatre et de l'équipe du CMP	Evaluer le service rendu à l'utilisateur	Questionnaire d'enquête auprès du CMP	Envoi en septembre 2008	Analyse prévue novembre 2008
EPP dénutrition	Evaluer les pratiques au regard des protocoles	Enquête faite nov. 2007	Réalisé en mai 2008	Faite par le CLAN
EPP incontinence		Questionnaire et audit clinique	Prévu en septembre 2008	Protocole à évaluer et valider et constitution de groupe de travail
Information sur l'outil PATHOS	Sensibiliser les équipes soignantes à la coupe transversale	4 Présentations par DVD + étude de cas pratiques	Juin à septembre 2008	Lors de la coupe transversale 2008
Recensement des chutes	Améliorer la prévention et la prise en charge des chutes	Fiches de recensement des chutes avec analyse du contexte	Juin à septembre 2008	Analyse à 6 mois (déc. 2008)
Temps de réponse aux sonnettes	Vérifier le temps d'attente et le nbre d'intervenants néc.	Recensement par le cadre sur une période.	septembre 2008	Evaluation sur 1 mois et correctif