

REX COUPES PATHOS ET CRCM EN REGIONS

(Xavier GERVAIS)

REX DE L'AMECO 84 A LA FFAMCO SUR LES COUPES PATHOS DES EHPAD DU VAUCLUSE

- ◆ UNE VOLONTE AFFIRMEE ET OMNIPRESENTE DE LISSAGE DES PMP A 200.
- ◆ CERTAINES INTERPRETATIONS DU GUIDE DE CODAGE PATHOS TRES CONTESTABLES.
- ◆ UN TEMPS D'EVALUATION DE COUPE TRES COURT SI LE PMP ANNONCE PAR LE MEDCO EST INFERIEUR A 200.
- ◆ DES EHPAD EN PACA QUI PASSENT DE 110 A 200 AU BOUT DE 30 MN D'EVALUATION ??? DES EHPAD OU SONT ACCORDES 3 P1 SANS VERIFICATION.
- ◆ 2 EHPAD AYANT SAISI LA CRCM PACA MAIS BEAUCOUP SONT MECONTENTES DES CONDITIONS D'EVALUATION.

DES INTERROGATIONS SUR L'APPLICATION DE LA REGLEMENTATION AU COURS DE L'EVALUATION PATHOS

- UN DISCOURS RECURRENT SUR LE PMP D'UN EHPAD QUI DOIT ETRE INFERIEUR A 200.
- A AUCUN MOMENT AU COURS DE CERTAINES COUPES LES MEDECINS COORDONNATEURS N'ONT EU CONNAISSANCE DES DOSSIERS EN DESACCORD.
- ABSENCE DE RECONNAISSANCE DU SOIN REQUIS (VALABLE UNIQUEMENT POUR LES PMP < 200).
- LE REFUS DE TENIR COMPTE DES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES GERIATRIQUES SELON HAS ET SFGG POURTANT RAPPELEES A LA PAGE 6 DU GUIDE DE CODAGE PATHOS 2012.
- LA NON APPLICATION DES RECOMMANDATIONS 2014 DE CODAGE PATHOS PUBLIEES SUR LE SITE DE LA CNSA.

CERTAINS RAPPORTS D'EVALUATION DIFFICILEMENT COMPREHENSIBLES

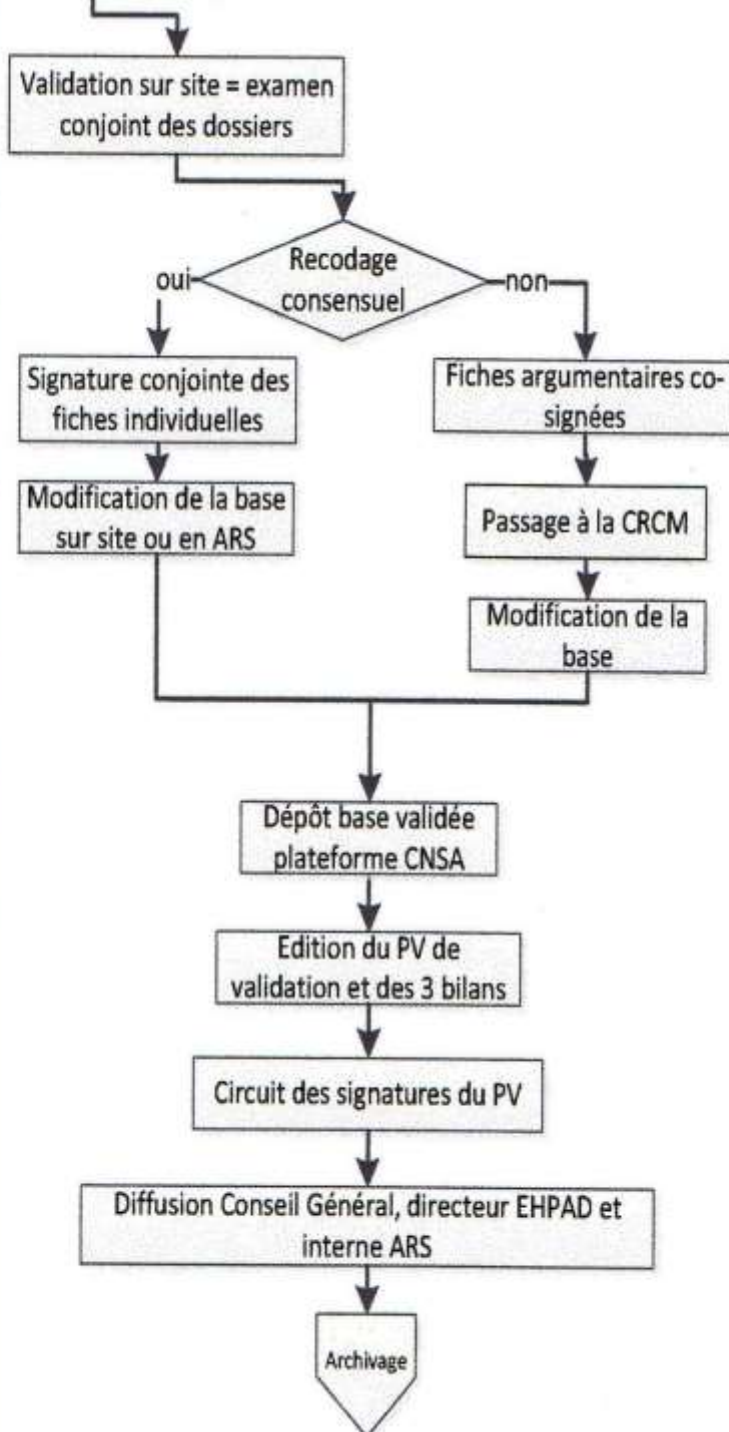
- ◆ PMP EVALUE A **215** PAR LE MEDECIN
ARS (VERSUS PMP DU MEDCO A **233**).
- ◆ **46** DOSSIERS DE DESACCORD.
- ◆ ALORS POURQUOI **215 AU LIEU DE 160**
?

LES ZONES FLOUES DE LA REGLEMENTATION SUR LES COUPES PATHOS

- ◆ « En cas de désaccord entre le médecin de l'ARS et le médecin coordonnateur, une fiche argumentaire remplie par chacun des deux médecins est communiquée à la CRCM qui est chargée de déterminer le classement définitif des résidents. C'est seulement au terme de cette procédure pré-contentieuse, où le médecin coordonnateur de l'établissement peut être entendu à sa demande ou à celle du directeur de l'établissement (ainsi que s'il le souhaite le médecin de l'ARS dont la validation fait l'objet du litige), qu'un recours peut être engagé devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale (TITSS). »

R/A : ARS (médecin) +
EHPAD (médecin
coordonnateur)

Fin du délai
maximum



R/A : ARS (médecin
valideur)

R/A : ARS

SMTI, GPP9, 6, 7...
fiche par fiche
Groupe de patients
proches, Soins Médico-
Techniques Importants...
En présence du
médecin coordonnateur
(et de l'infirmière
coordinatrice)

Décret n°2013-22
du 8 janvier 2013

Intégration de l'avis de la
CRCM au PMP final

CRCM : commission régionale de
coordination médicale

3 bilans : Etat pathologique, niveau
et profil de soins (GALAAD)
PV (VALID P)

La base validée peut être laissée
à disposition de l'EHPAD pendant
une semaine sur la plate-forme
d'échange CNSA

PV signé + fiches
argumentaire (jusqu'à
prochaine validation)

REFLEXIONS ET QUESTIONS

VALIDATION SUR SITE
AVEC FICHES DE
DESACCORD
CONTRADICTOIRES CO-
SIGNEES OU ENVOI DE
DOCUMENTS SEPARES A LA
CRCM ?

TENDANCE A L'
UNIFORMISATION DES
EVALUATIONS PATHOS
AVEC LISSAGE DES PMP A
200 ?... (EXISTE-T-IL
DES DIRECTIVES
NATIONALES DANS CE
SENS ?)

EXISTERAIT-IL UN
MODELE STATISTIQUE
DE L'EHPAD FRANCAIS
APPLICABLE A TOUS ?

GMP ET PMP SELON LES REGIONS

CNSA | 08/07/2014

année	NB	GMP	PMP
2011	28 036	695	184
2012	66 516	687	192
2013	99 450	693	198
moyenne pondérée		691	194

Indicateurs par région pour 2013 (région ayant réalisé des validations en 2012 et 2013)

Le tableau ci-dessous retrace l'évolution du PMP moyen régional entre 2012 et 2013.

Il convient de souligner que certains résultats 2012 portent sur une population limitée, restreignant de facto les enseignements, compte tenu des conditions de validation en 2012 : priorisation des USLD et des établissements en DOMINIC dans les limites de l'enveloppe régionale attribuée.

région	2012	2013	progression
Alsace	203	215	6%
Aquitaine	194	240	24%
Auvergne	189	199	5%
Basse-Normandie	209	195	-7%
Bourgogne	201	197	-2%
Bretagne	185	187	1%
Centre	177	183	3%
Champagne Ardennes	191	182	-5%
Corse	NC	152	NC
Franche Comté	204	194	-5%
Haute Normandie	156	210	35%
IDF	205	198	-3%
Languedoc Roussillon	184	203	10%
Limousin	201	214	6%
Lorraine	177	188	6%
Midi Pyrénées	199	204	3%
Nord Pas de Calais	192	194	1%
Pays de Loire	165	161	-2%
Picardie	241	229	-5%
Poitou Charente	167	177	6%
PACA	185	196	6%
Rhône Alpes	206	200	-3%

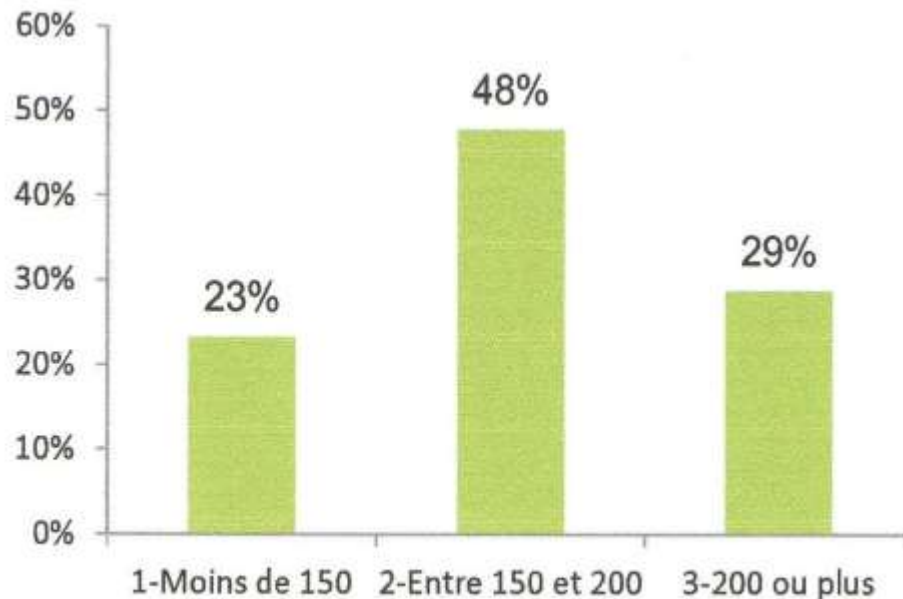
Au-delà de la variation des taux de progression par région, il convient de souligner le resserrement de l'écart interquartile entre régions pour 2013. Cet indicateur souligne que la moitié des régions se tient dans une fourchette de 17 points en 2013 contre 19 en 2012. Le coefficient de variation est stable sur les deux exercices à 10%.

A PRIORI NON: 29 % ≥ 200 ET 10 % > 243

CNSA | Janvier 2015

3.1.3 - Niveau des soins médicaux et techniques (PMP)

Le PMP détermine le niveau moyen des soins médicaux et techniques nécessaires. Il est établi à partir de l'analyse transversale des besoins en soins requis, appelée « coupe PATHOS », qui donne lieu à une cotation en points.



Le PMP moyen de l'échantillon est de 181 points. À titre de comparaison, le PMP moyen de la population de référence en 2012 était de 192¹⁷.

Le PMP est inférieur à 128 points pour 10 % des EHPAD du panel et supérieur à 243 points pour 10 % d'entre eux également.

L'écart interquartile qui couvre 50 % de la population de notre échantillon est de 54 points. Ainsi, la moitié des EHPAD de notre panel ont un PMP compris entre 152 et 206 points.

VERS UN LISSAGE DES
PMP AU DETRIMENT DU
RESPECT DU GUIDE DE
CODAGE PATHOS ET DE
LA REGLEMENTATION
SUR LES EVALUATIONS ?

DOIT-ON VRAIMENT
CONTINUER A FAIRE DES
COUPES PATHOS ET DES
EVALUATIONS
PERIODIQUES ?

LES SUITES SUR LE PLAN NATIONAL

- ◆ REX DE L'AMECO 84 AUPRES DE LA FFAMCO ET DES ASSOCIATIONS DE DIRECTEURS.
- ◆ DE NOMBREUX MEDECINS COORDONNATEURS ET DIRECTEURS SE PLAIGNENT DES CONDITIONS D'EVALUATION PATHOS EN REGIONS (PACA...)

LES SUITES SUR LE PLAN NATIONAL

- ◆ MAIS RARES SONT CEUX QUI OSENT ECRIRE ET TEMOIGNER DE PEUR DE REPRESAILLES. (OMERTA).
- ◆ CREATION D'UNE ENQUETE NATIONALE ANONYME PAR LA FFAMCO SUR LES CONDITIONS D'EVALUATION DES COUPES PATHOS ET DES COMPTE-RENDUS DES CRCM EN REGIONS.

PROPOSITIONS D'EVOLUTION DE LA LEGISLATION

- ◆ LES CRCM DOIVENT ETRE EXTERNALISEES.
- ◆ CREATION D'UNE COMMISSION NATIONALE DE COORDINATION MEDICALE (CNCM) INDEPENDANTE AVEC EXAMEN SYSTEMATIQUE DES CONFLITS D'INTERETS DE CES MEMBRES.
- ◆ UNE CNCM COMPOSEE DE 5 MEMBRES AFIN QUE LA VOIX DU PRESIDENT NE SOIT PAS PREPONDERANTE EN CAS DE LITIGE. (POURQUOI PAS UN MEDECIN GERIATRE REPRESENTANT LES RESIDENTS D'EHPAD ET LEURS FAMILLES ?).
- ◆ LE PMP DU MEDECIN ARS EVALUATEUR DOIT ETRE CONSIDERE COMME PMP PLANCHER ET VALIDANT MEME SI L'EVALUATION DE LA CNCM EST EN Deçà.

POUR QUE DEMAIN SOIT:

- ◆ TRANSPARENCE.
- ◆ RESPECT DU GUIDE CODAGE ET DE LA REGLEMENTATION SUR LES EVALUATIONS PATHOS.
- ◆ EQUILIBRE DES INSTANCES DE LITIGE REPRESENTATIVES...
- ◆ DANS LE SEUL INTERET DE POUVOIR APPORTER DES SOINS DE QUALITE A NOS RESIDENTS D'EHPAD.

MERCI DE VOTRE
ATTENTION