

Evolution du "GMP" dans les EHPAD de la région Nord-Pas de Calais entre 1999 et 2004

Diplôme universitaire formation à la fonction de médecin coordonnateur d' E.H.P.A.D.

Faculté de Médecine Cochin - Port royal - PARIS V

année 2005

Docteur Jean-Marie DUEZ

A) Objectifs:

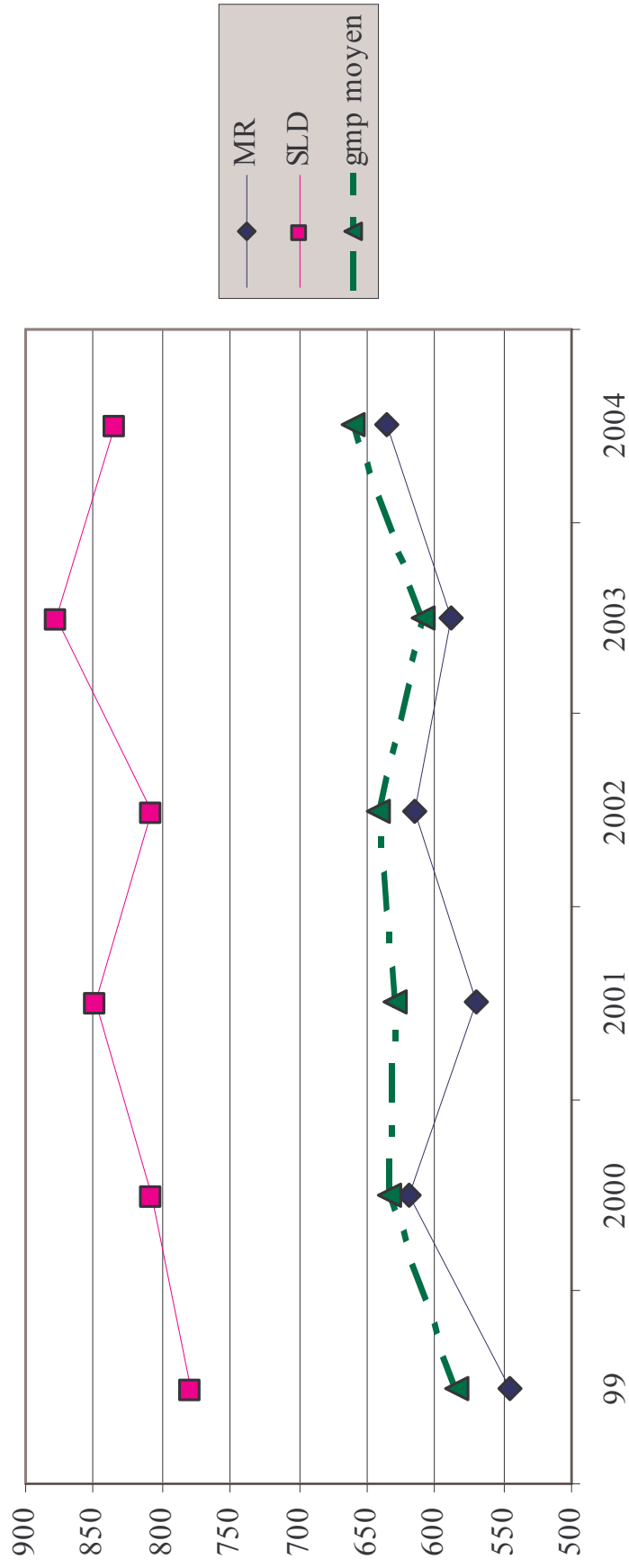
- Mettre en évidence la tendance à l'uniformisation :
 - - des populations accueillies
 - -des modalités de prise en charge
- Relever des “biais” dans les modalités d'évaluation et de financements.
- Proposer des pistes de réflexion pour amener des corrections

B) Matériel utilisé:

- **Les bases:**
 - Les CDCM ont collecté les données validées.
 - Entre l'année 1999 et l'année 2004: 379 études validées :
 - 200 pour le Département du Nord
 - 179 pour le Département du Pas de Calais
- **Les logiciels :**
 - “ GALAAD ”: saisie des données et validation
 - “ WORKS ”: exploitation des données.
 - “ EXCEL ” : présentation des tableaux.
 - “WORD” : rédaction du rapport.

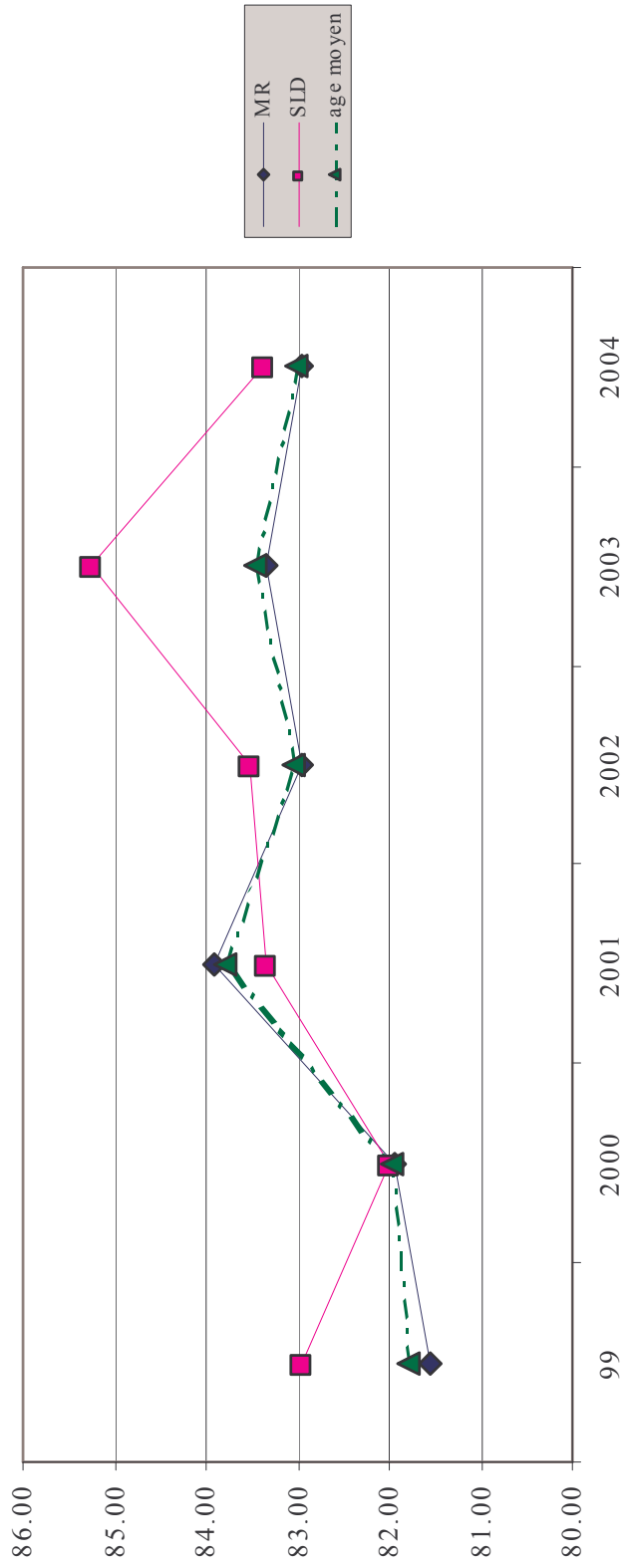
GMP Moyen

	99	2000	2001	2002	2003	2004	Nb d'étab.	% écart du GMP (sur 5 années)
MR	545	619	570	614	589	635	324	16.51%
SLD	778	808	848	807	877	834	55	12.72%
gmp moyen	585	634	630	642	609	661	379	12.99%



AGE MOYEN

	99	2000	2001	2002	2003	2004
MR	81.54	81.95	83.90	82.95	83.34	82.95
SLD	82.97	82.00	83.33	83.52	85.24	83.38
age moyen	81.78	81.96	83.78	83.03	83.47	83.01



C) LES RESULTATS OBSERVES:

- Pas de différence significative d'un département à l'autre, donc regroupement des données en une seule étude.

Le GMP & L'âge moyen de 1999 à 2004:

- **Le GMP évolue :**
 - de 545 à 635 pour les Maisons de retraite
 - de 778 à 834 pour les USLD.
- Globalement : le GMP moyen passe de 585 à 661.
- **L'âge moyen** passe de 81,7 ans à 83 ans.

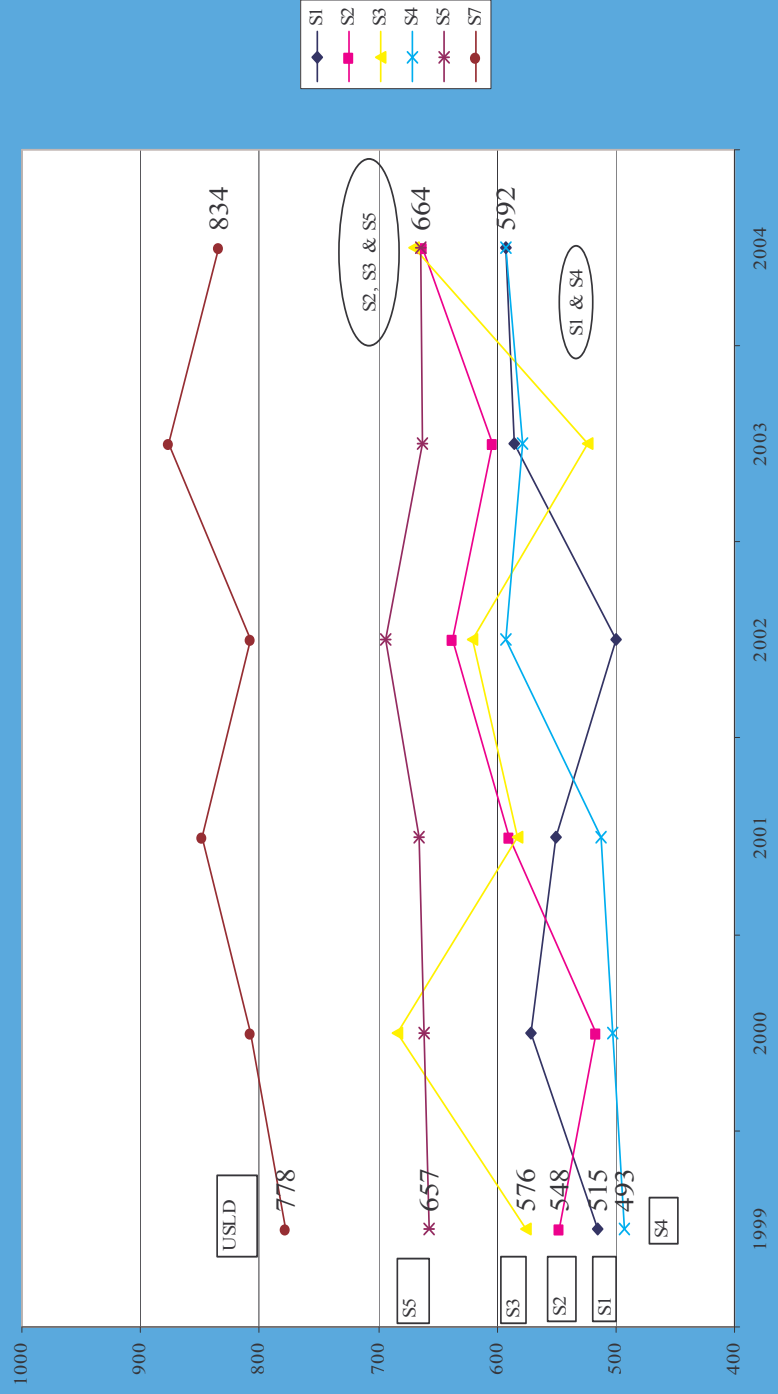
“ **l'institutionnalisation** ” se fait de plus en plus tardivement elle est corrélée avec l'avancée en âge des résidents et leur perte d'autonomie.

Les résultats en fonction de la “strate” de départ:

RAPPEL des strates:

- 1) : maison de retraite avec SCM rattachée à un établissement public.
- 2) : maison de retraite avec SCM non rattachée à un établissement public.
- 3) : maison de retraite privée avec SCM .
- 4) : maison de retraite sans SCM publique ou privée sans but lucratif.
- 5) : maison de retraite sans SCM privée à but lucratif.
- 6) : Foyers logements. (non repris dans l ’étude)
- 7) : Unités de soins de longue durée.

L' évolution du GMP en fonction de la "strate" de départ:



Tendance au “ regroupement ” des GMP en fonction de la strate

En 2004 :

GMP = 592 pour les structures des **strates 1 & 4**

(demeurent encore des établissements à “ GMP ” peu important)

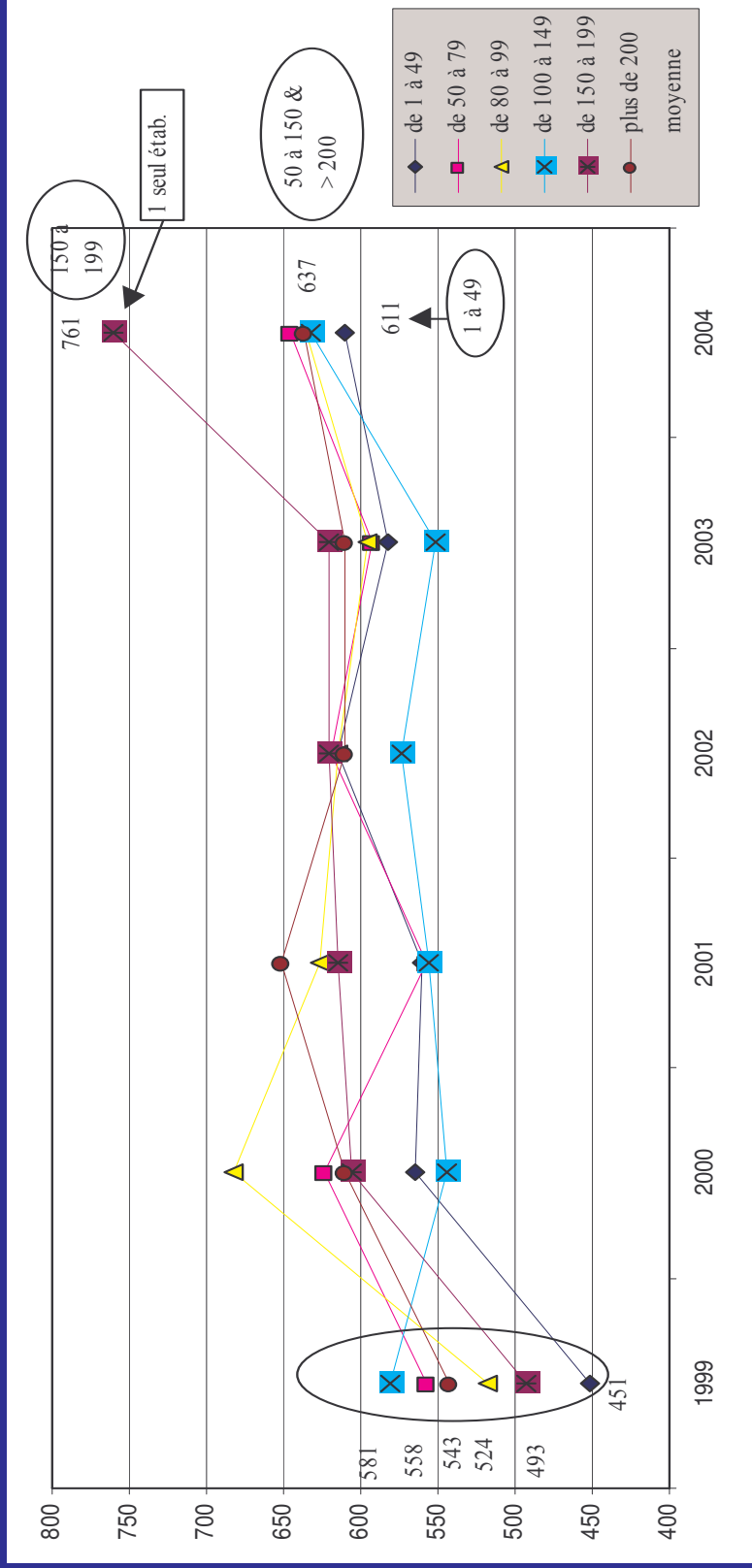
entre **660 & 670** pour **les autres**

Les structures des **strates 2, 3 et 5** qui étaient en 1999 à des niveaux très différents voient le GMP tendre à s'élever de façon harmonieuse pour atteindre 663 à 670.

Tout se passe comme si les établissements publics ou privés sans but lucratif “ non médicalisés en 1999 ”, avaient tendance à rejoindre les critères de dépendance des structures identiques mais déjà médicalisées avant la mise en oeuvre de la réforme.

L'une des explications possibles à cette “ moindre ” évolution de la valeur du GMP de ces premiers établissements (Strate. 1 et strate. 4) par rapport aux autres, tient peut être dans le fait qu'ils sont gérés par des structures disposant d' USLD vers lesquelles il est possible de “ faire glisser ” les résidents les plus dépendants.

Les résultats en fonction du nombre de places de l'établissement (en Maisons de Retraite)



Observation des résultats en fonction du nombre de places de L'établissement (en Maisons de Retraite)

entre 1999 et 2004:

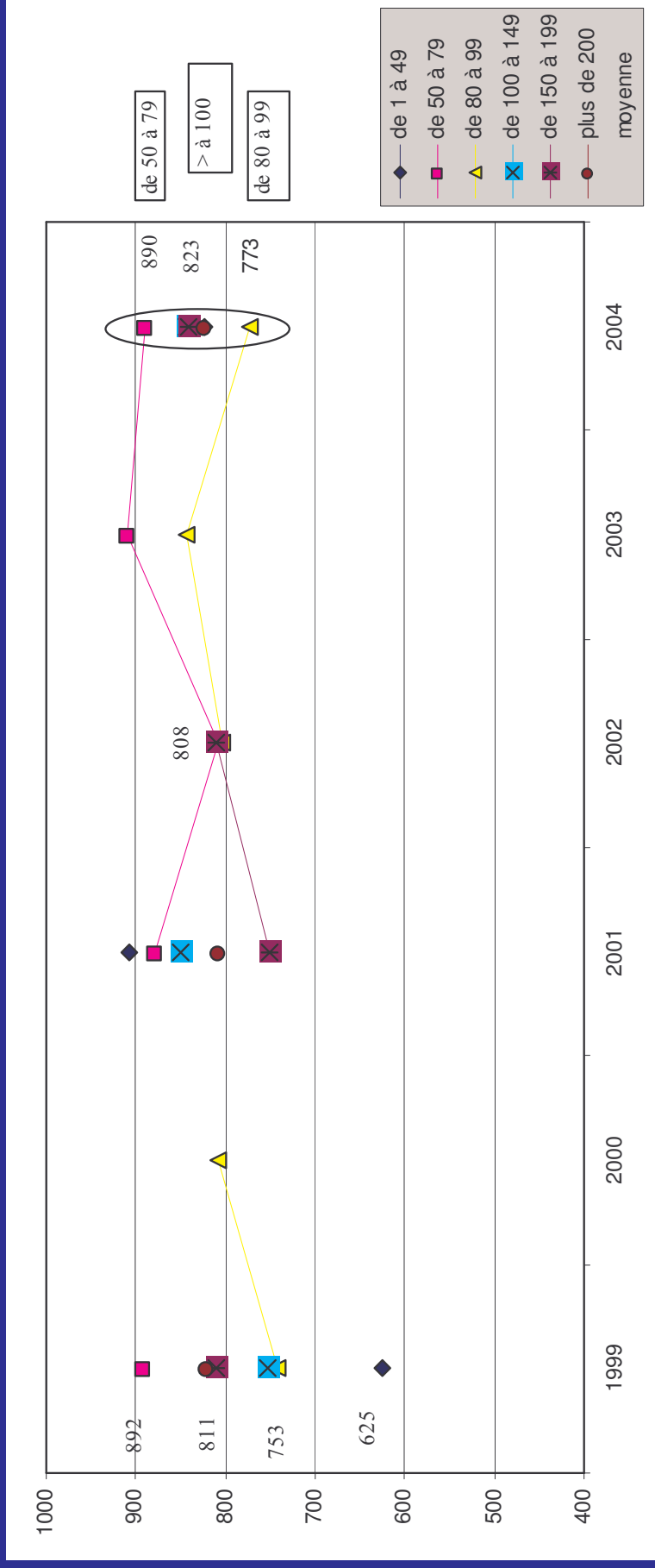
“ pincement ” des courbes pour parvenir en 2002 et 2003 à un GMP autour de 600,

Cette tendance se confirme pour l'année 2004 puisque la majorité des structures présente un GMP aux environs de 650.

A quelques rares exceptions près, la tendance à “ l'uniformisation ” de recrutement des populations, selon leur dépendance est en voie de réalisation.

Les résultats en fonction du nombre de places de l'établissement (en USLD)

Tendance au “ resserrement ” des courbes pour aller de 773 à 890
Absence d'évolution de la lourdeur de la dépendance pour les établissements de plus de 100 places.



Les structures ayant un GMP supérieur à 700:

(Circulaire DHOS-F 2/DSS-1 A/DGAS-2 A n° 2004 - 415 du 30-08-2004)

Evolution du nombre de structures de GMP supérieur à 700 avec plus de 50% de GIR 1 & 2

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
MR	3	3	4	16	6	42
SLD	9	1	12	10	2	20
	12	4	16	26	8	62

Valeurs moyennes du GMP en 2004 pour les établissements de GMP supérieur à 700 (en 2004)

GMP MR ET SLD	nombre de places						GMP moyen
	de 1 à 49	de 50 à 79	de 80 à 99	de 100 à 149	de 150 à 199	plus de 200	
Région MR	787	743	743	725	761	831	765
Région SLD	823	890	773	844	841	823	832
nb d'etab. MR	8	23	6	3	1	1	42
nb d'etab. SLD	2	5	5	5	2	1	20
TOTAL	10	28	11	8	3	2	62

quelques remarques :

En « Maisons de retraite »:

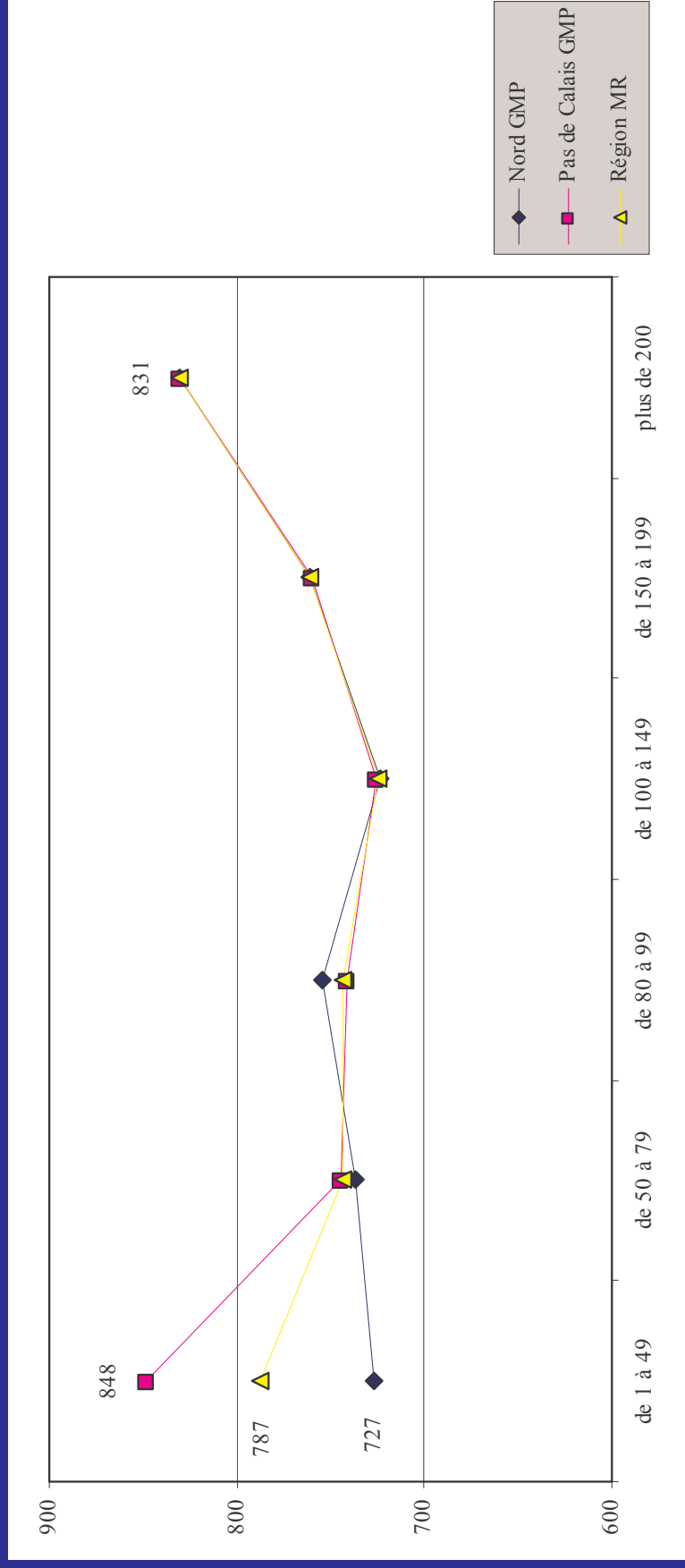
celles dotées d'un grand nombre de places (plus de 200), ont un GMP supérieur à celui des USLD (en fait ceci ne concerne que deux structures qui avaient, avant la mise en oeuvre de la réforme, le statut d'USLD)

En « USLD »

le GMP à 773, « relativement » bas, concerne, pour la plupart, les anciens « V 80 » qui prenaient en charge des personnes moins dépendantes que dans les « longs séjours » (V 120 ou V 240) il semble que les « habitudes » de recrutement soient restées à peu de chose près les mêmes que précédemment

Maisons de retraite en fonction de leur nombre de places (GMP > 700 en 2004)

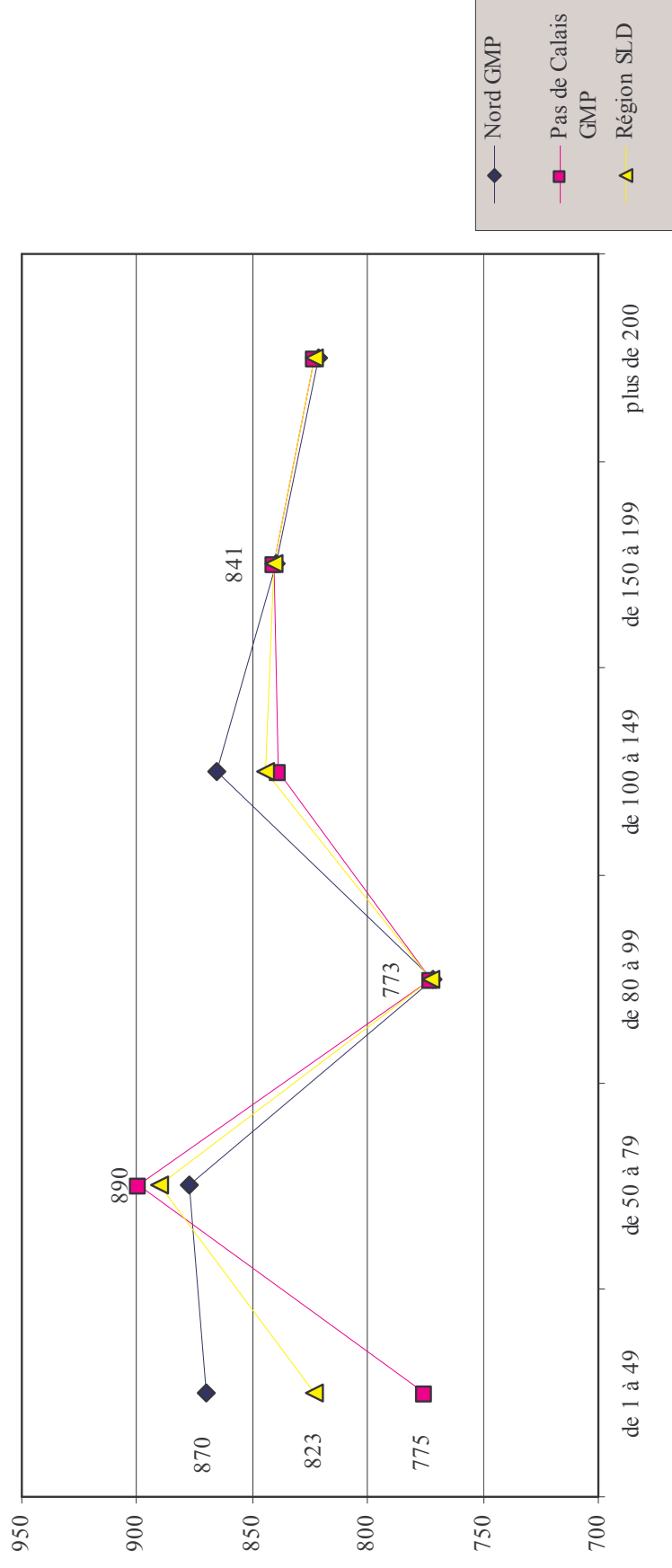
- Les “ petits ” établissements se répartissent de façon non homogène
- Les structures de 50 à 150 places présentent un GMP voisin de 750.
- Les établissements de plus forte importance ont un GMP voisin de 800



USLD en fonction de leur nombre de places

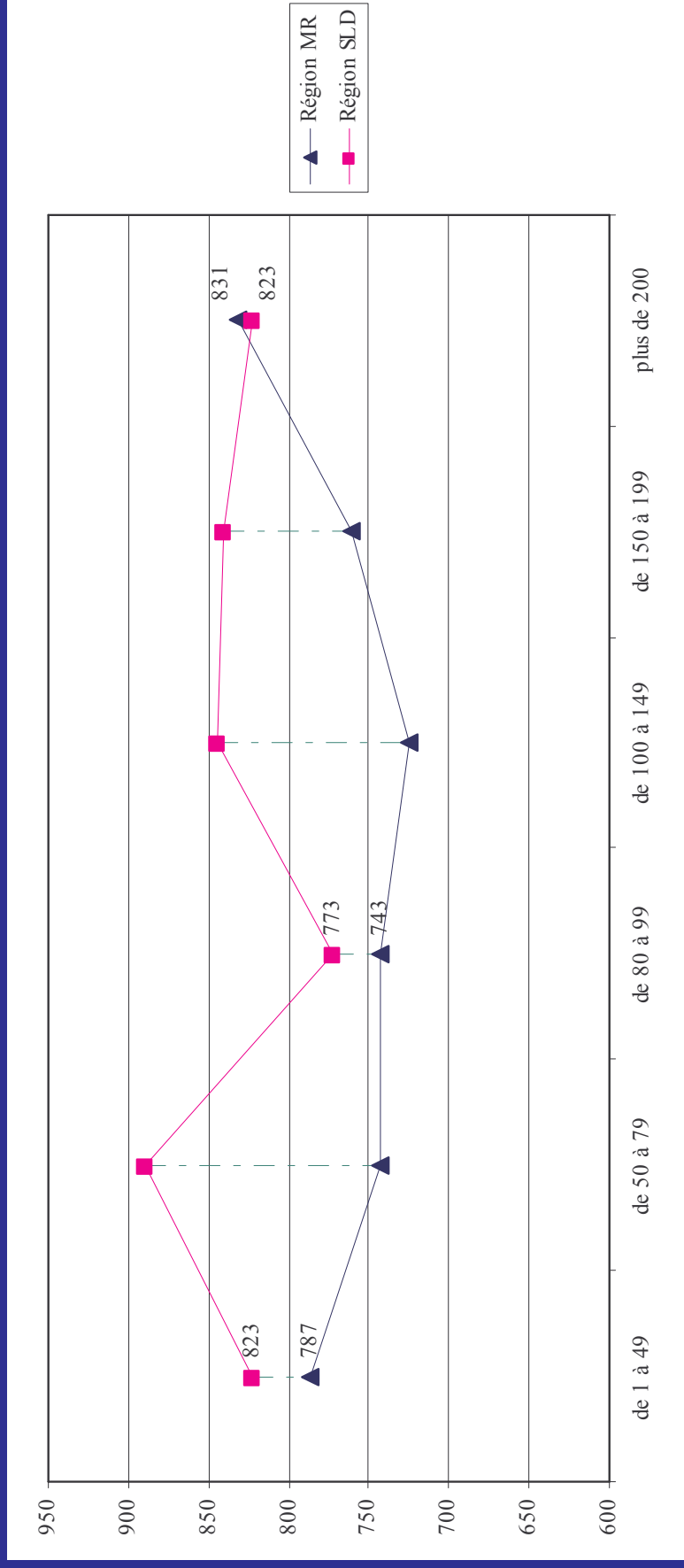
(GMP > 700 en 2004)

- Les résultats sont ici beaucoup plus difficiles à analyser
 - Grande disparité en fonction du nombre de places
- les établissements de “ faible ” capacité : souvent des unités de structures hospitalières, pour lesquelles il n’y a pas toujours adéquation entre l’état des personnes âgées et les équipements ou la vocation de l’établissement.
- Les structures de capacité “ moyenne ” (de 80 à 99 places) sont représentées par les anciens “ V 80 ”
 - Les autres établissements présentent un GMP situé autour de 850



Etude comparative entre M de R et USLD en fonction du nombre de places

- Le groupe des “ petits ” (en taille) : GMP aux environs de 800
- Le groupe des “ moyens ” : GMP autour de 750
- Le groupe des “ gros ” établissements : GMP autour de 830



Tout se passe comme si le recrutement en fonction de la grande dépendance était souhaité :

- -soit par les gestionnaires de structures de faible importance, afin de pouvoir disposer des moyens nécessaires.
- -soit par les familles, vers les structures de grosse capacité, pour des raisons financières, ces dernières ayant la possibilité de pratiquer un prix d'hébergement souvent inférieur

Les modalités de calcul des forfaits de soins :

- en fonction de la seule grille « AGGR » paraissent inadaptées à la situation actuelle qui permet de bénéficier de budgets soins « conséquents » si la dépendance de la population est grande, alors qu'il est nettement établi que la dépendance et les soins ne sont pas nécessairement liés.

Il conviendrait de proposer :

- une meilleure adéquation des besoins et des moyens accordés
- L'utilisation d'autres modes d'analyse pourraient être utilisés, comme le logiciel « PATHOS » , par exemple.

Le Rôle du Médecin coordonnateur

L'évolution de cette réforme doit passer par l'utilisation d'une méthode simple et fiable d'évaluation des « soins », comme le logiciel « PATHOS »

-qui permet de déterminer avec précision les « besoins requis » en personnels médicaux et paramédicaux

-justifiant l'obtention des financements nécessaires à ces types d'activités au lieu de les « calquer » sur les seuls critères de la dépendance.

-l'outil « PATHOS » ne peut logiquement être rempli et interprété que par le Médecin Coordonnateur .

Le rôle de ce dernier prend donc une dimension capitale puisqu'il est le seul à pouvoir mettre en oeuvre de telles études basées sur les dossiers médicaux dont il a la responsabilité de la création jusqu'à la tenue; et le seul à pouvoir interpréter les données issues de ces études.