

# 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:

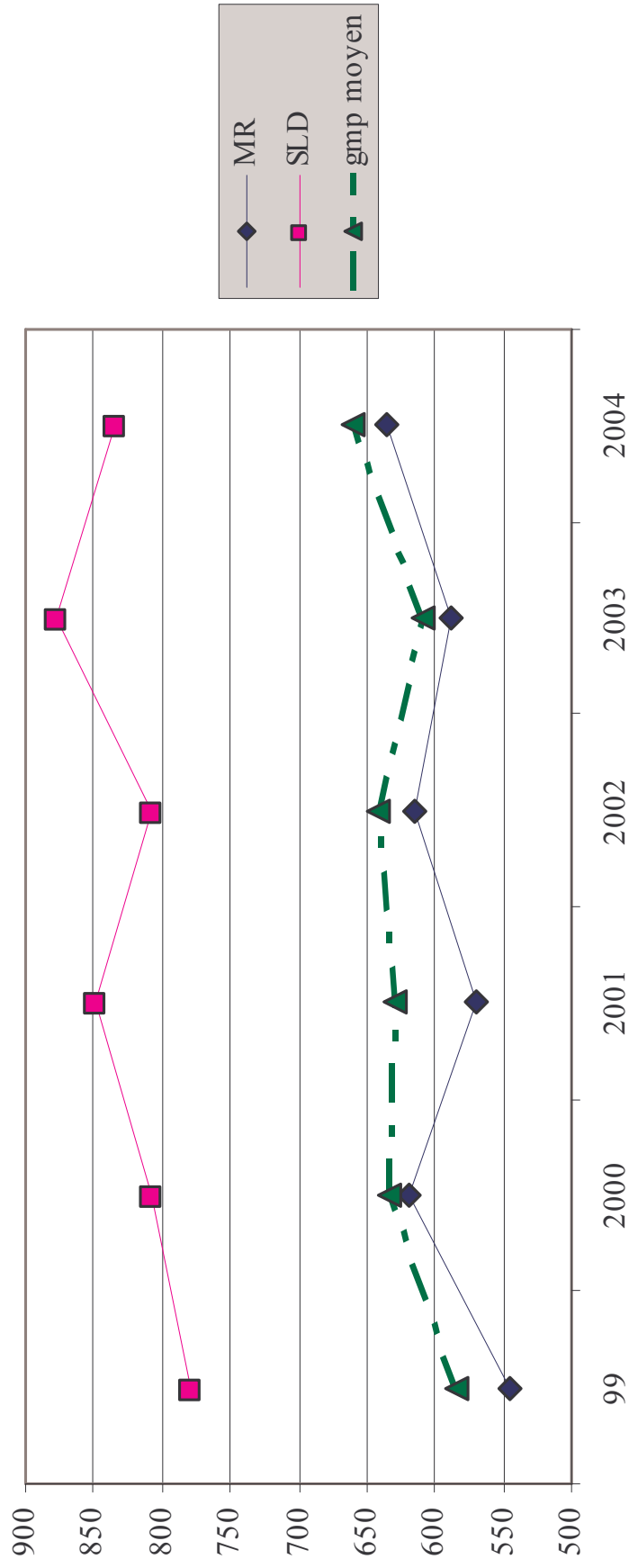
- Mettre en évidence la tendance à l'uniformisation :
  - - des populations accueillies
  - -des modalités de prise en charge
- Relever des “biais” dans les modalités d'évaluation et de financements.
- Proposer des pistes de réflexion pour amener des corrections

## 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.

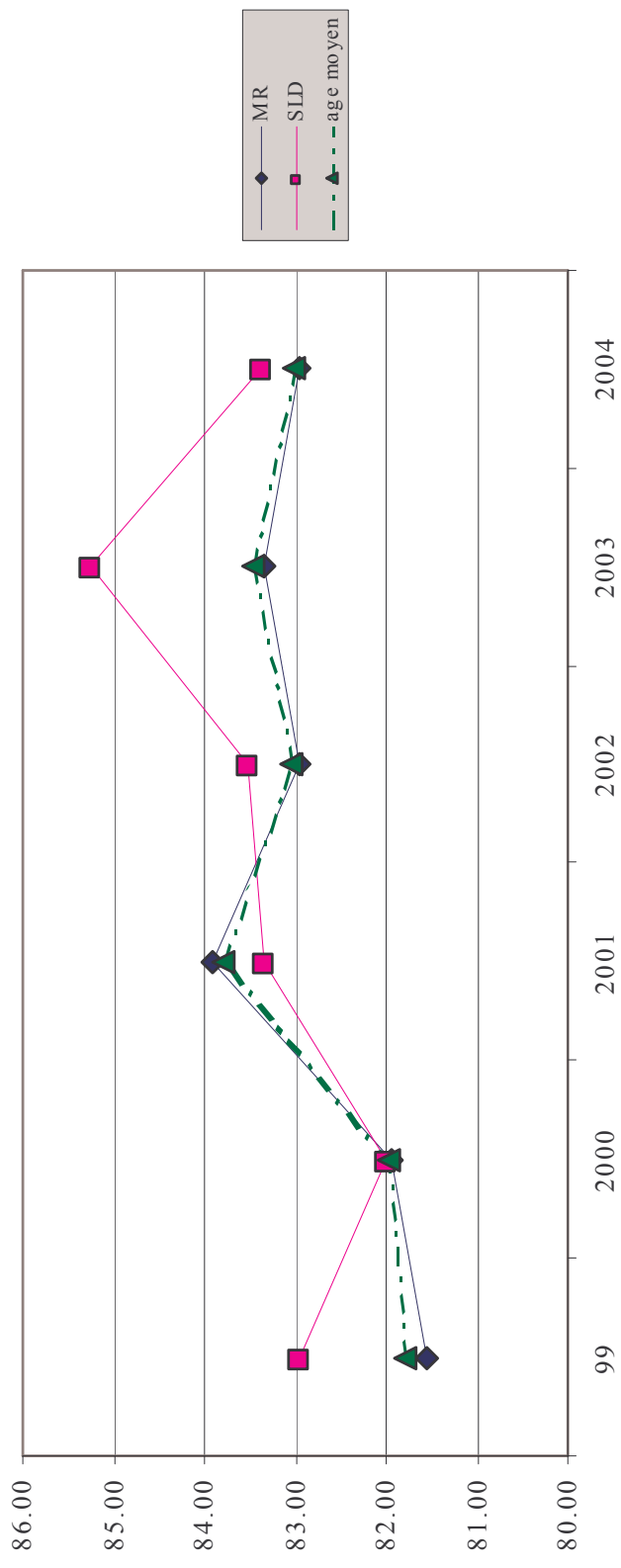
### GMP Moyen

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



**AGE MOYEN**

	99	2000	2001	2002	2003	2004
<b>MR</b>	81.54	81.95	83.90	82.95	83.34	82.95
<b>SLD</b>	82.97	82.00	83.33	83.52	85.24	83.38
<b>age moyen</b>	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.

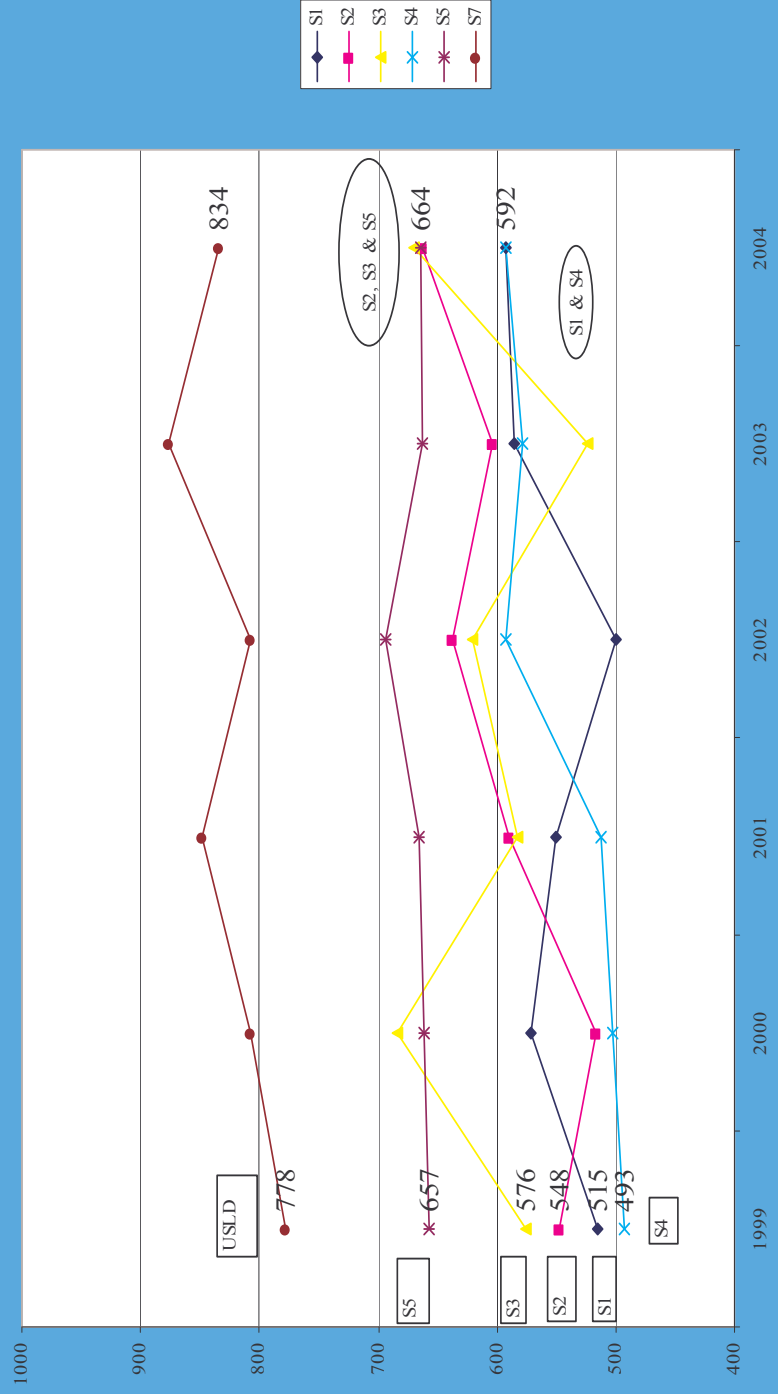
“ **l'institutionnalisation** ” se fait de plus en plus tardivement elle est corrélée avec l'avancée en âge des résidents et leur perte d'autonomie.

## 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)

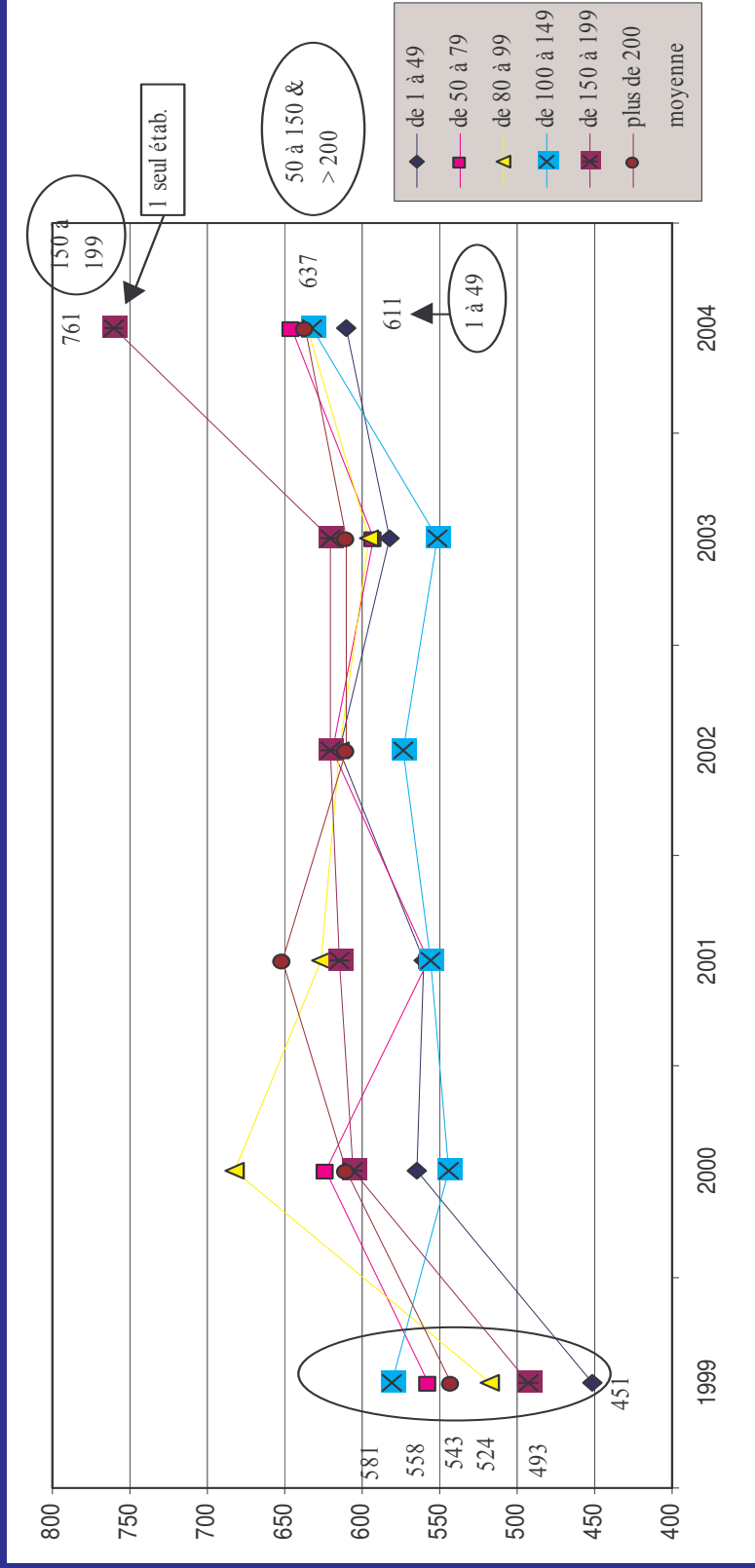
entre **660 & 670** pour **les autres**

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:

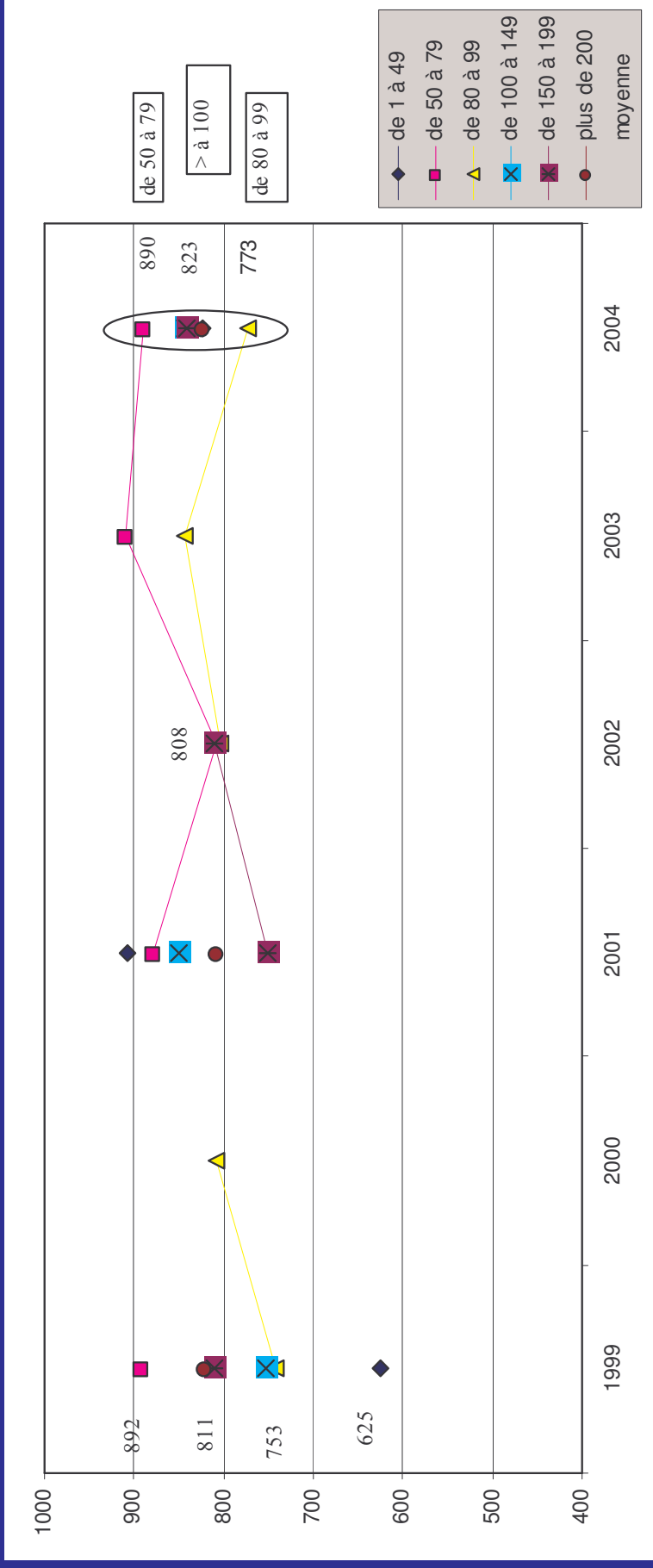
“ pincement ” des courbes pour parvenir en 2002 et 2003 à un GMP autour de 600,

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 »:

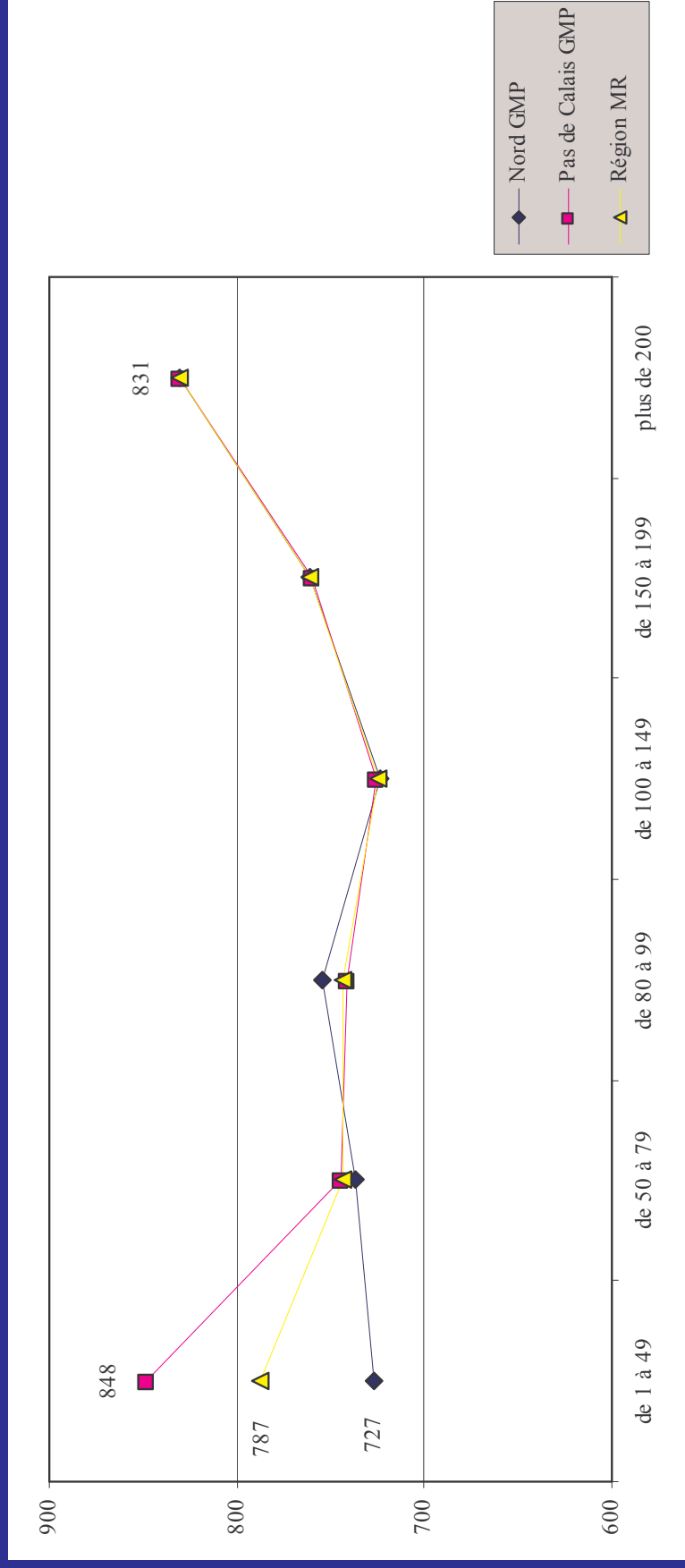
celles dotées d'un grand nombre de places (plus de 200), ont un GMP supérieur à celui des USLD (en fait ceci ne concerne que deux structures qui avaient, avant la mise en oeuvre de la réforme, le statut d'USLD)

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)

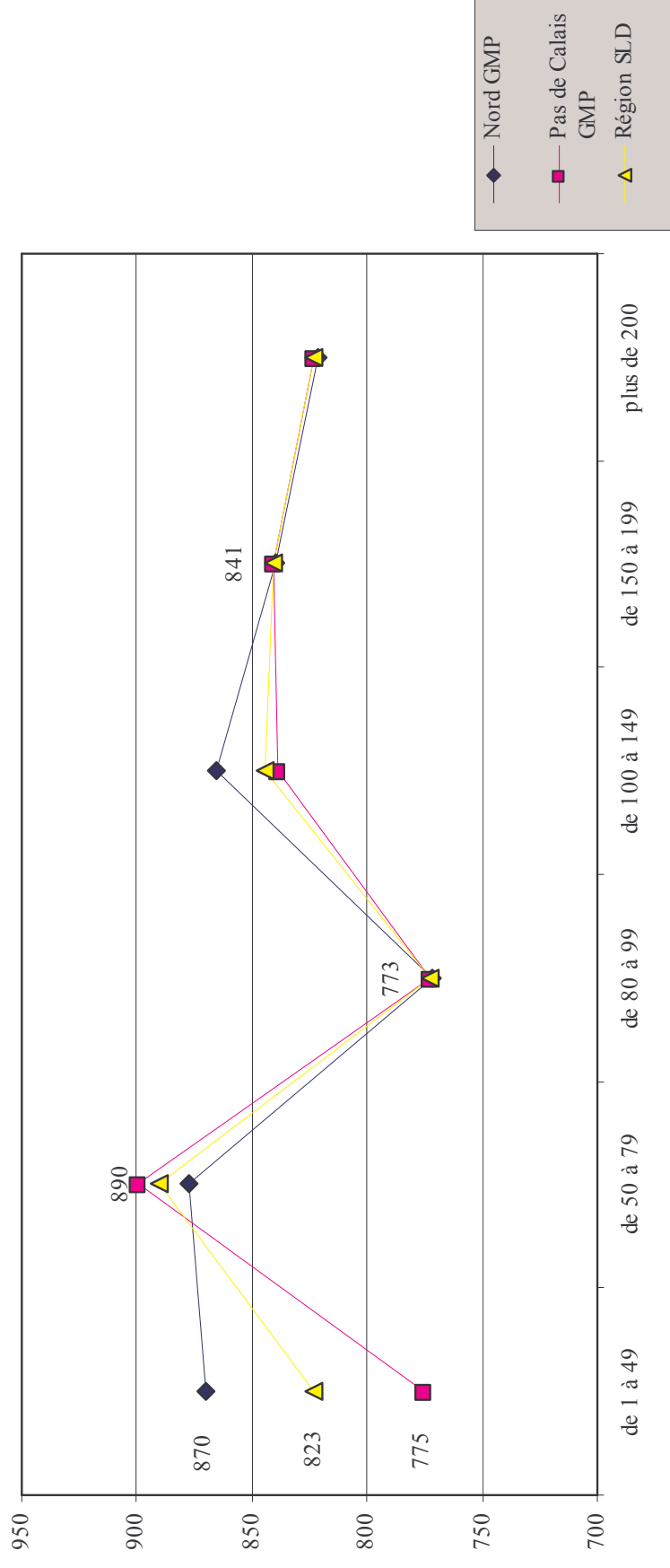
- Les “ petits ” établissements se répartissent de façon non homogène
- Les structures de 50 à 150 places présentent un GMP voisin de 750.
- Les établissements de plus forte importance ont un GMP voisin de 800



# USLD en fonction de leur nombre de places

(GMP > 700 en 2004)

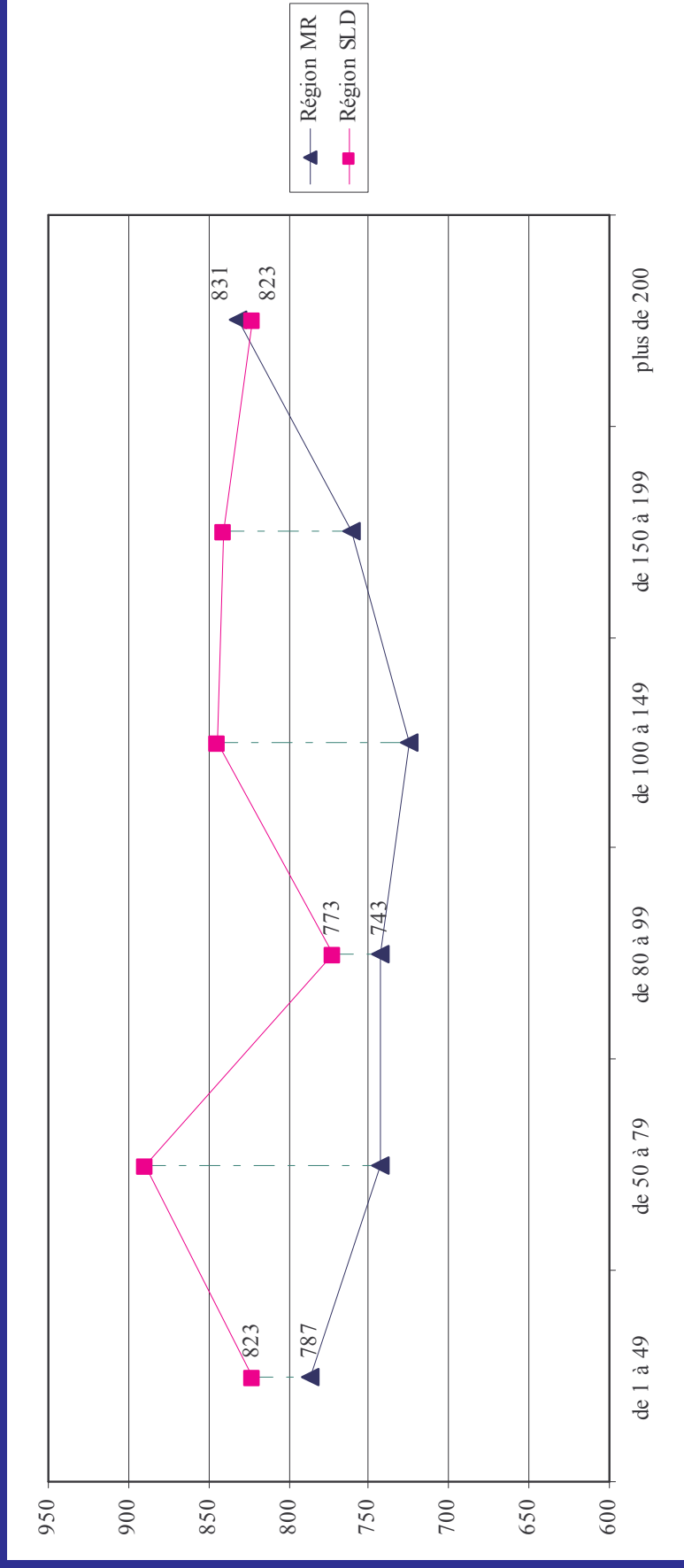
- Les résultats sont ici beaucoup plus difficiles à analyser
  - Grande disparité en fonction du nombre de places
- les établissements de “ faible ” capacité : souvent des unités de structures hospitalières, pour lesquelles il n’y a pas toujours adéquation entre l’état des personnes âgées et les équipements 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.