

# Le patient Alzheimer en USLD : enjeux financiers, organisationnels et éthiques

Hôpital de Fourvière - Lyon - 30 mars 2012



Dr Christophe TRIVALLE  
Hôpitaux Universitaires Paris-Sud  
[christophe.trivalle@pbr.aphp.fr](mailto:christophe.trivalle@pbr.aphp.fr)  
[gerontoprevention.free.fr](http://gerontoprevention.free.fr)

*« Vous n'êtes pas un sot ;  
faut-il qu'on vous guérisse du pathos ? »*

**Victor Hugo (1838)  
Ruy Blas, Acte III, scène 5**

# Comité scientifique des référentiels AGGIR et PATHOS

- Journal officiel du 10/11/2011
- Présidé par le **Pr Jean-Luc Novella** (Reims)
- 3 ans, renouvelable
- Audit, maintenance, développement, harmonisation et évolution des référentiels...
- Proposer des évolutions en matière de cotation, de pondération médicale et de codage...
  
- Ses membres :
  
- **Pr Joël Ankri,**
- **Pr Gilles Berrut,**
- **Dr Thierry Marquet,**
- **Pr Réjean Hebert,**
- **Pr Marie-Eve Joël,**
- **Pr Damien Jolly,**
- **Pr Marie-Christine Gely-Nargeot**
  
- **Dr Nathalie Maubourguet,**
- **Thomas Rapp, économiste santé,**
- **Pr Philippe Robert,**
- **Pr Yves Rolland,**
- **Dr Geneviève Ruault,**
- **Dr Jean-Marie Vetel**

# Le modèle « PATHOS »

- Permet de déterminer les niveaux des soins médicaux, paramédicaux et techniques **nécessaires**
- Évalue les **soins requis** pour tous les « États Pathologiques » présentés par un patient un jour donné :
  - Le « **juste soin** » par opposition à l'obstination déraisonnable
  - **La philosophie de Pathos: ce qui n'est pas écrit n'existe pas**

# Les pré-requis pour la validation

Pour chaque état pathologique avec son profil de soins envisagé, il faut répondre aux questions :

- *Le patient est-il capable de le supporter ?*
- *Va-t-il participer ?*
- *Au final, peut-il en tirer bénéfice ?*

**Quid des patients ayant une maladie d'Alzheimer ?**

# Le modèle « PATHOS »

- 50 états pathologiques (EP)
  - 8 postes de soins à mobiliser
  - 12 « grands » profils de soins
  - 240 coupes plausibles EP/Profils
  - 4 niveaux /postes de soins
- Chaque état pathologique repéré est caractérisé par un profil de soins et **un seul**
  - Chaque profil de soins est élaboré à partir de 8 postes de ressources

# 8 postes de ressources

## Postes de soins médico-techniques nécessaires

1. Médecin gériatre
2. Psychiatre
3. Soins infirmiers
4. Rééducation (kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie...)
5. Psychothérapie ordonnancée
6. Biologie
7. Imagerie (actes en K et Z)
8. Pharmacie et petit matériel

# Les 12 profils de soins

- T1  
T2 pour Technique
- P1  
P2 pour Psychiatrie
- R1  
R2 pour Rééducation
- CH pour Chirurgie
- DG pour Diagnostic
- M1  
M2 pour Mourant
- S1  
S0 pour Soins



# Le principe : une certaine vision du soin...

- Tout peut et doit être mesuré, maîtrisé, planifié : évaluations, formules, algorithmes...
- Ces programmes peuvent apprécier correctement des situations humaines toujours plus complexes et spécifiques

# Profil T1

## Pronostic vital en jeu dans l'immédiat

- Niveau de soins techniques et médicaux importants et multiples avec surveillance médicale constante (temps médical > à 20 mn/j)
- Prise en charge en réanimation
- Exemples :
  - *Détresse cardiorespiratoire aiguë*
  - *Choc septique*

## Profil T2 : « Prise en charge en court séjour »

- **Equilibration thérapeutique et surveillance rapprochée**, d'un état clinique imposant une permanence infirmière 24 heures sur 24, des soins techniques infirmiers journaliers (plus de 30 mn/j) et une surveillance médicale pluri-hebdomadaire (plus d'1 heure/semaine)
- Exemples :
  - *Pneumopathie aiguë sous perfusion, antibiotiques, oxygène, surveillance quotidienne des constantes*
  - *Insuffisance cardiaque stade 3 confinée au lit ou au fauteuil mais qui peut se décompenser à tout moment ou qui n'est équilibrée qu'au prix d'une surveillance quotidienne rapprochée (les ajustements thérapeutiques et les surveillances biologiques et soignantes attestant de cette situation)*

## **Codification « subtile » de certaines situations cliniques**

- **Un patient relevant d'une oxygénothérapie au long cours**
  - T2 : patient dont l'état général altéré impose une surveillance rapprochée
  - S1 : surveillance programmée d'une insuffisance respiratoire chronique sous oxygène
- **Les perfusions sous-cutanées itératives**
  - T2 : malade « impiquable » en IV avec surveillance clinique et biologique
  - S1 : prévention de la déshydratation chez un malade buvant peu

# Profil P1

- **Prise en charge psychiatrique d'un état de crise**
  - Niveau de soins psychiatriques et psychothérapeutiques **individuels** importants requis pour prendre en charge quotidiennement des situations psychiatriques graves
  - Ce profil mobilise le **psychiatre** et l'équipe soignante
  - Exemples :
    - *État dépressif avec tentative de suicide*
    - *Troubles sévères du comportement en équilibration thérapeutique ou en surveillance rapprochée avec risque de rechutes fréquentes*
    - *Ou troubles violents du comportement lors des soins nécessitant prémédication quotidienne et renforcement du personnel soignant le temps du soin*

# Profil P2

- **Prise en charge psychothérapeutique de soutien**
  - Niveau de soins psychiatriques et psychothérapiques, **le plus souvent collectifs**, requis pour prendre en charge, surveiller et traiter les troubles psychiatriques diagnostiqués et stabilisés, mobilisant surtout les paramédicaux
  - La psychothérapie ordonnancée concerne **l'ensemble de l'équipe soignante formée à ce type de soutien**
  - Exemples:
    - *État dépressif récent sous traitement psy et médicamenteux stabilisé au prix de cette prise en charge*
    - *Troubles du comportement productifs à canaliser par la prise en charge collective*

# Le syndrome démentiel P2

- **Stimulation cognitive pour renforcer les capacités cognitives, psychologiques et sociales**
- Séances effectuées par des psychologues, psychomotriciens...
- **Les patients concernés :**
  - Stade léger à modéré de démence (MMS>15)
  - Sans troubles graves du comportement, sans refus de soins
  - **Non cotés C dans AGGIR pour les sous items de la variable cohérence (communication et comportement)**
  - **Profil des PASA**

# Codage des troubles du comportement

- **S1 :**
  - Patient équilibré par des thérapeutiques pharmacologiques et environnementales, architecture adaptée
- **P2 :**
  - Troubles du comportement impérativement documentés
  - Prise en charge psychothérapique
- **P1 :**
  - Auto ou hétéro-agressivité, agitation psycho-motrice...
  - Intervention médicale pluri hebdomadaire (psychiatre ou psychogériatre)
  - **UHR même en UHR certains résidents ne sont pas cotés P1**



# Profil R1

- **Rééducation intensive** le plus souvent individuelle
- Niveau de soins et environnement technique de réadaptation fonctionnelle quotidienne et individuelle (2 fois 20 mn/j)
- Prise en charge de **type SSR**
- Exemples :
  - Rééducation active et lourde d'une hémiplégie
  - Rééducation d'une prothèse totale du genou
  - Revalidation au décours d'une pathologie aiguë
  - Rééducation du lymphoedème
  - kinésithérapie respiratoire
  - Rééducation de l'incontinence

# Profil R2

- **Rééducation d'entretien ou allégée**
- **Le plus souvent collective**
- Séances non quotidiennes ou inférieures à 30 mn/j
- **La simple activation à la marche** fait partie de cette rubrique (...) **mais si elle est réalisée par l'équipe soignante (et non un kiné), le codage est S1**
- **La mobilisation passive** des patients alités pour une affection aiguë (T1 et T2), des patients porteurs de pansements lourds (CH) et des patients en phase terminale (M1 et M2), est incluse dans les profils concernés

# Profil CH

- **Soins locaux complexes et longs**
- **L'infirmière est mobilisée au moins 20 minutes tous les jours ou tous les 2 jours pour la réfection des pansements**
- **Les pansements « légers » relèvent du profil S1**

# Profil DG

- **Investigations pour une pathologie « froide » non encore diagnostiquée**
- Exemples :
  - *Explorations requises par une fièvre inexplicquée au long cours, une CRP élevée, le typage d'une démence, la découverte fortuite d'une anémie ou d'une insuffisance rénale biologique : **toute situation se caractérisant par l'ampleur des examens complémentaires***
  - *Suspicion d'une embolie pulmonaire chez un malade chez lequel est apparue une polypnée isolée sans signe de gravité*

# Profil M1

- **Soins palliatifs psychothérapeutiques et techniques lourds**
  - Mobilisation importante de moyens relationnels (d'ordre psychothérapeutique avec le patient et sa famille). Equipe mobile de SP.
  - Équilibrage difficile ou ajustements quotidiens de médicaments par voie orale ou parentérale) du fait de la permanence et/ou de l'instabilité de symptômes pénibles (douleurs, vomissements, hoquet, encombrement respiratoire...)
  - Soins nécessitant une formation spécifique de l'ensemble du personnel

## Profil M2

- **Soins palliatifs d'accompagnement**
- État de « fin de vie » justifiant des soins de confort, sans soins techniques particulièrement lourds
- Pas de complexité de l'accompagnement de l'entourage

# Profil S1

- **Surveillance épisodique programmée**
- Surveillance programmée au long cours des pathologies chroniques stabilisées et de leur traitement
- L'infirmière doit **simplement** préparer les médicaments, en vérifier l'administration et effectuer les surveillances cliniques et biologiques indispensables
- Visite du médecin tous les 15 jours ou tous les mois

## Profil S0

- **Aucun soin médical ou technique**
- Tout état pathologique pour lequel il n'y a pas ou plus d'administration de médicament ni surveillance particulière (absence significative de prévention, surveillance ou soins, abstention thérapeutique)
- Exemples :
  - *Démence très évoluée*
  - *Incontinence urinaire imposant des soins de base pour l'hygiène de l'élimination*
  - *Mourants ne prenant aucun médicament*



# Exemples de valorisation

- Si au moins un T1: 1000 points en moyenne pour le patient
- Si au moins un T2: de 300 à 500 points
- Si au moins un DG: 500 points (mais IU: 200)
- Si au moins un R1: 500 points
- Si au moins un P1: 300-400 points
- Si au moins un CH: 300 points
- Si au moins un R2: 100 points
- Si que S1: 62 points au maximum

# LES SMTI

- Un patient est SMTI quand il nécessite une **permanence infirmière 24 h sur 24 et une surveillance médicale rapprochée pluri-hebdomadaire**
- Les populations « SMTI » et « non SMTI » peuvent être subdivisées en « **groupes de patients proches** » ou **GPP**, exclusifs les uns des autres et rassemblant des personnes ayant des besoins quantitativement et qualitativement comparables

# Les GPP

## SMTI

- **GPP1**
  - Pronostic vital en jeu au quotidien
    - Profil T1 (court séjour hospitalier)
- **GPP2**
  - Prise en charge psychiatrique de crise
    - Profil P1, sans T1 (psychiatrie, UHR)
- **GPP3**
  - Rééducation intensive
    - Profil R1 sans T1 ou P1 (SSR)
- **GPP4**
  - Soins palliatifs
    - Profil M1 (USP, EMSP)
- **GPP5**
  - Les autres situations SMTI (USLD)

## Non SMTI

- **GPP6**
  - Les éléments susceptibles d'être perturbateurs non SMTI (UAS)
- **GPP7**
  - Les mourants non lucides (profil M2)
- **GPP8**
  - Les pathologies chroniques stabilisées (seuls profils S0 et S1)
    - Domicile
- **GPP9**
  - Les autres situations non SMTI

# Le PMP

- Indicateur global de charge en soins pour la prise en charge des polypathologies dans une population donnée
- Il correspond à la somme des points de niveaux de soins nécessaires dans les 8 postes de ressources pondérés par un coefficient variable selon les postes, exprimé en moyenne par individu
- **Le PMP national consolidé sur la période 2007-2008** pour l'ensemble des coupes validées s'établit à 168 en EHPAD et 300 en USLD

# A quoi sert Pathos en SLD ?

- Coupe Pathos 2006
- Coupe Pathos 2011

# Conversions des structures hospitalières en structures médico-sociales

## Igas - Février 2011

**Ernest 2001** : 25,66% de SMTI en SLD (22 000) et 8,99% en MR+FL (51 000)

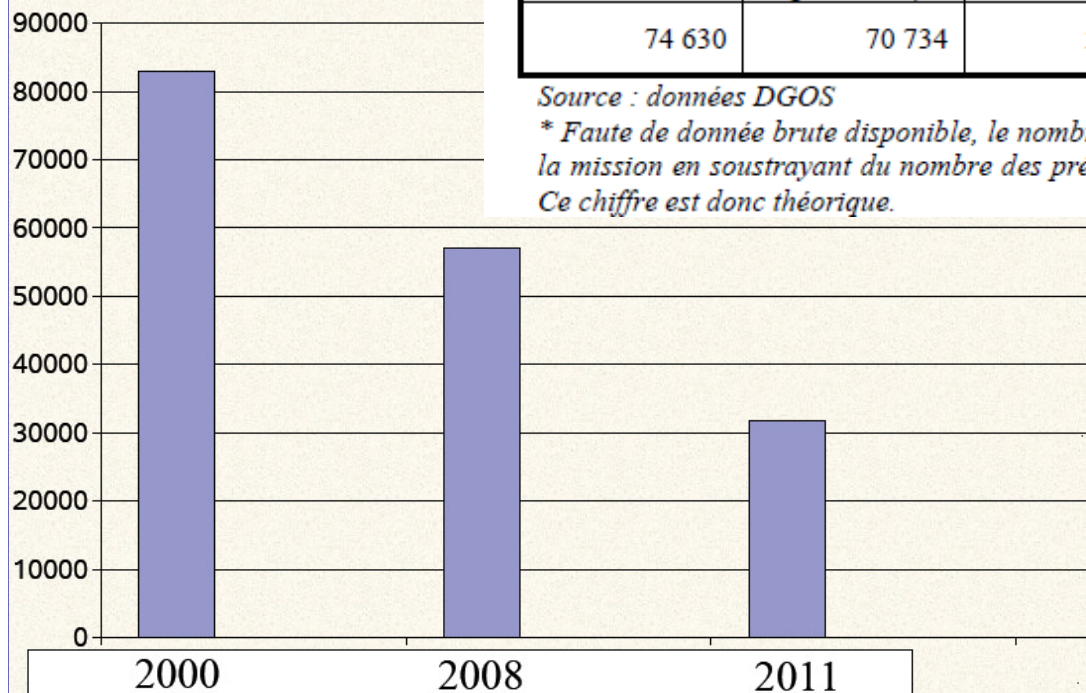
Coupe Pathos 2006 (SLD) : 38 961 lits (55%) ont été transférés au secteur médicosocial

« Faudra-t-il à terme recréer des places d'USLD ou médicaliser davantage les EHPAD pour éviter de ré-hospitaliser certains patients ? »

Coupe PATHOS			Partition	
Nb. places USLD avant partition	Nb. de présents dans la coupe (juin 2006)	Nb. de places classées SMTI ou M2	Nb. de places maintenues en USLD	Nb. de places transformées en places d'EHPAD
74 630	70 734	26 096	31 773 soit 45% des présents	38 961* soit 55% des présents

Source : données DGOS

\* Faute de donnée brute disponible, le nombre de places transformées en places d'EHPAD a été calculé par la mission en soustrayant du nombre des présents dans la coupe le nombre de places maintenues en USLD. Ce chiffre est donc théorique.



### Bilan 2010 :

- 51 PASA réalisés sur 600 prévus
- 6 UHR sur 100 prévus

### Plan Alzheimer 2008-2012 :

- 370 millions dépensés sur 1,6 Md

# La tarification au GMPS

- Le GIR Moyen Pondéré Soins (GMPS) définit la dotation en soins « normale » de chaque USLD (**tarif plafond**)
- **Le GMPS agrège lui-même 2 ensembles :**
  - **Le GMP** (prise en charge de la **dépendance**) établi à partir de la grille **AGGIR**
  - **Le PMP** (prise en charge des **soins médicaux**) établi à partir de la coupe **PATHOS**

# La tarification au GMPS

Equivalent de la tarification à l'activité (T2A) pour le MCO

$$(PMP \times 2,59) + GMP \times \text{valeur du point} \times \text{nombre de lits} = \text{DOTATION théorique}$$

Valeur du point fixée à 13,10 € pour 2011



# Convergence tarifaire

- « cum » « vergere » se tourner, s'incliner, la convergence consiste à ramener les établissements dont le tarif soin excède un « tarif plafond » national au niveau de ce dernier
- Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (22 avril 2010): le « plafond » calculé selon la même grille servait déjà en pratique de plancher de tarification...

# Surdotation ?

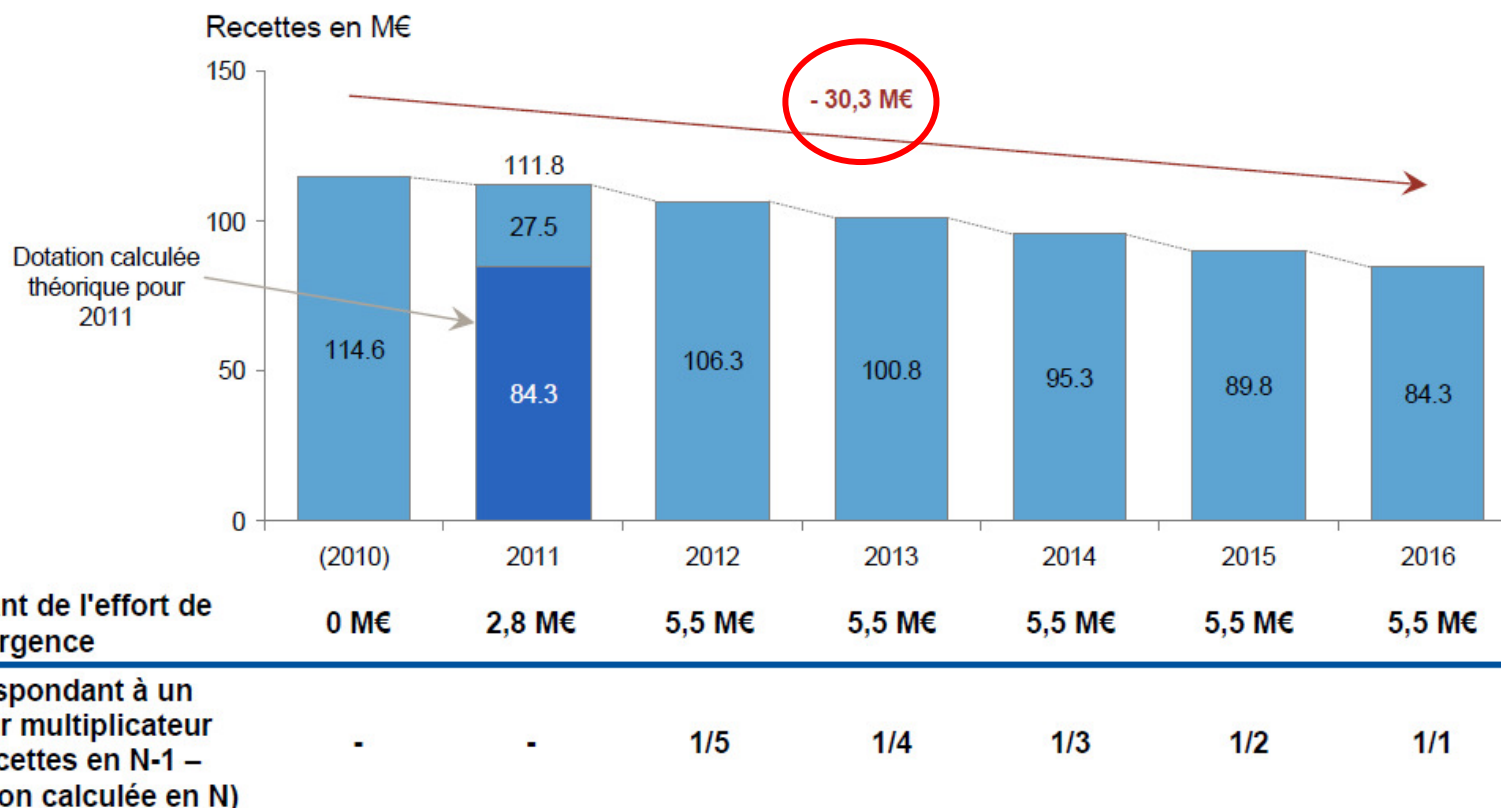
- 36% des établissements en convergence ont un ratio  $< 0,3$
- 60% des établissements impactés ont un ratio entre 0,3 et 0,6
- 4% des établissements en convergence ont un ratio  $> 0,6$

## Tarif plafond

- 38% des EHPAD sont concernés
- Et 70% des SLD

# La convergence à l'AP-HP

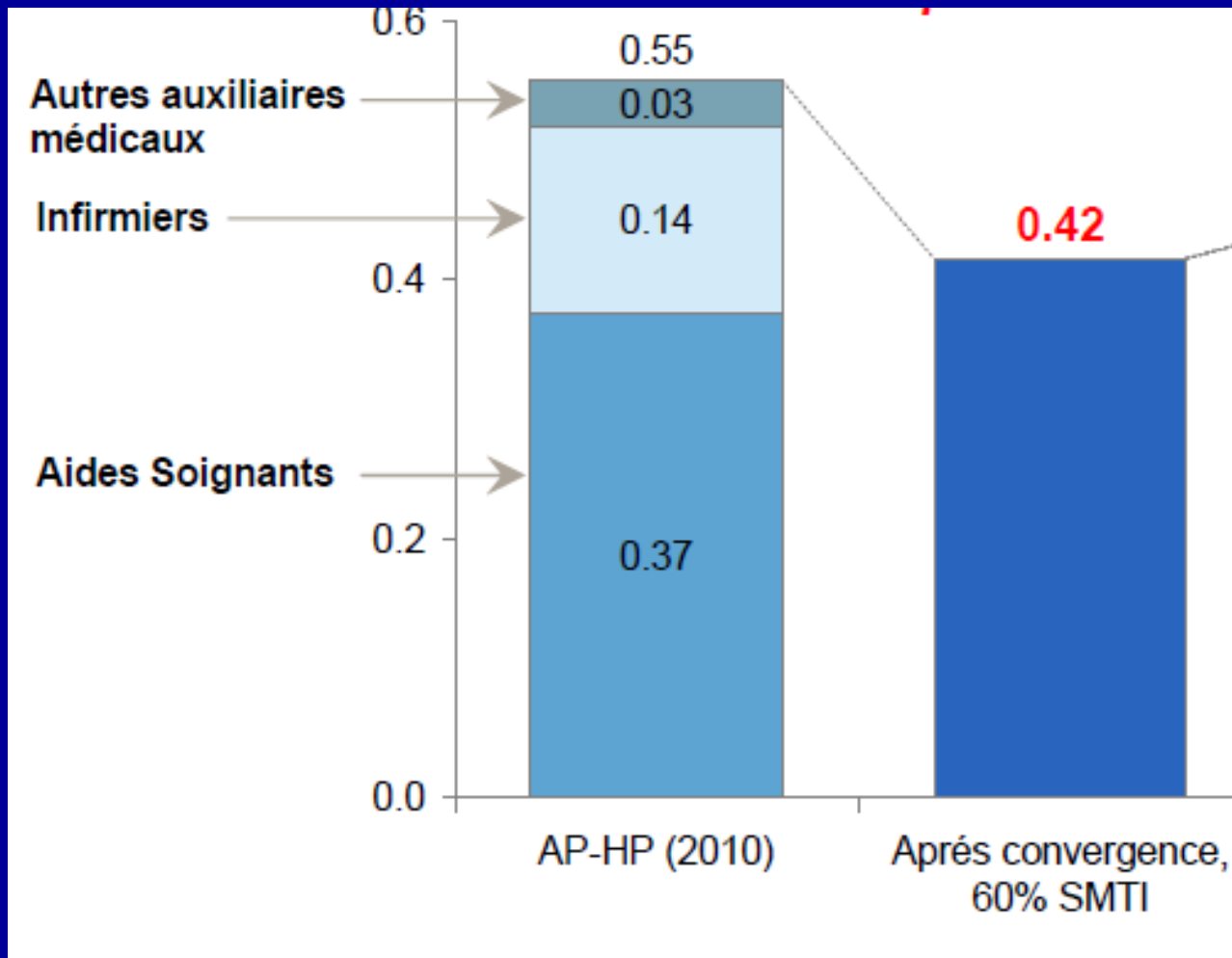
## Echelonnement linéaire des efforts de convergence de 2011 à 2016



3173 lits, PMP 445, 60% SMTI, GMP 877

Recettes SLD (230): 50% soins, 39% hébergement, 11% dépendance

# Dotation soin = 80% PNM



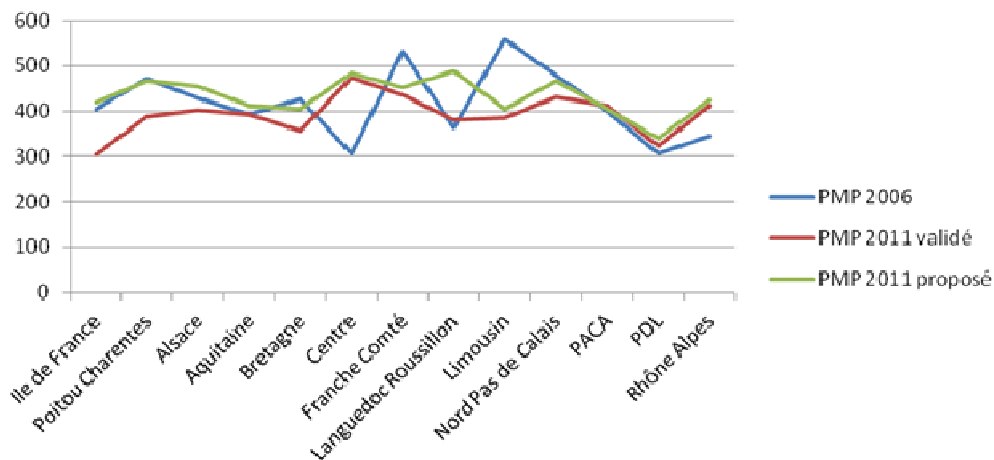
# Etude SNGC/FHF 2012

- 144 USLD avec coupe Pathos validée en 2011 soit 36% des lits SLD (n = 11483), PMP moyen: 393
- 88% en convergence (126 USLD, 10150 lits):  
PMP moyen à 418 en 2006, 406 en 2011 avant validation, 377 après validation!
- Le ratio d'encadrement soignant dans les USLD en convergence tarifaire est de 0,65
- Si on extrapole à partir de cet échantillon sur la France entière, cela signifie que les USLD devraient rendre 211,5 M€ d'ici 2016, ce qui représente **6 000 postes de soignants** !

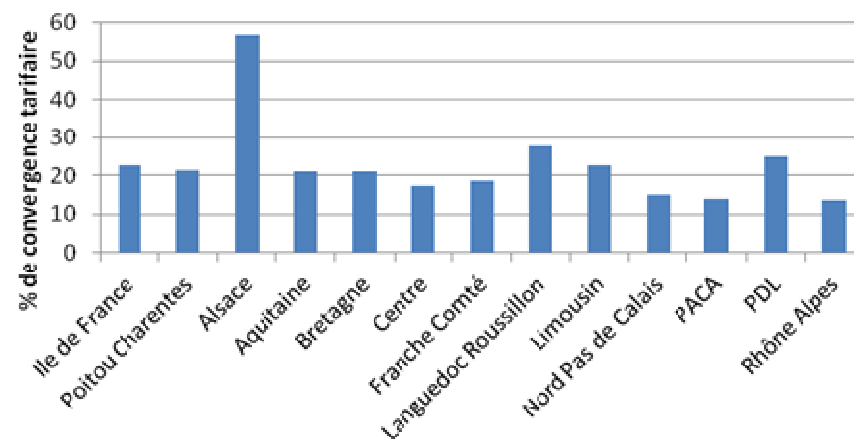
*A paraître dans la Revue de Gériatrie*

# Les PMP validés sont en baisse dans toutes les régions notamment en Ile de France, Poitou Charentes, Languedoc Roussillon

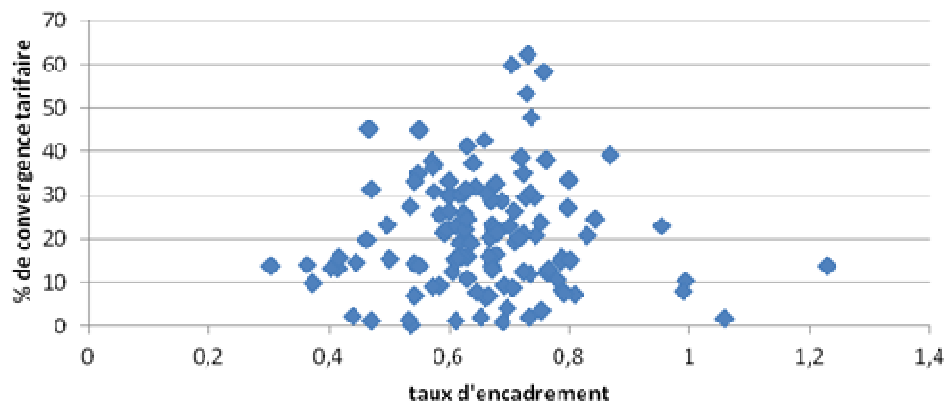
comparaisons PMP 2006 / 2011 validés et 2011 non validé



% de convergence tarifaire / région




% convergence tarifaire / Taux d'encadrement soignant



**SNGC/FHF 2012**

*À paraître dans la  
Revue de Gériatrie*



Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Elsevier Masson France  
 EM|consulte  
[www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)



ÉDITORIAL

## Pathos ou la prévention oubliée

Pathos, or the forgotten prevention

**J. Laudet**

*Responsable du pôle gériatrie. Hôpital Vaugirard–Gabriel-Pallez, AP–HP, 10, rue Vaugelas, 75015 Paris, France*

ÉDITORIAL

***Pathos, un très bon outil pour attribuer  
des moyens... en réanimation !***

***Pathos, a good tool for assigning resources... to intensive care***

Christophe TRIVALLE

© La Revue de Gériatrie, Tome 36, N°4 AVRIL 2011



*Nos lecteurs écrivent*

**Docteur Michel SALOM**  
Président du Syndicat National  
de Gériatrie Clinique (SNGC)



*Letters from readers*

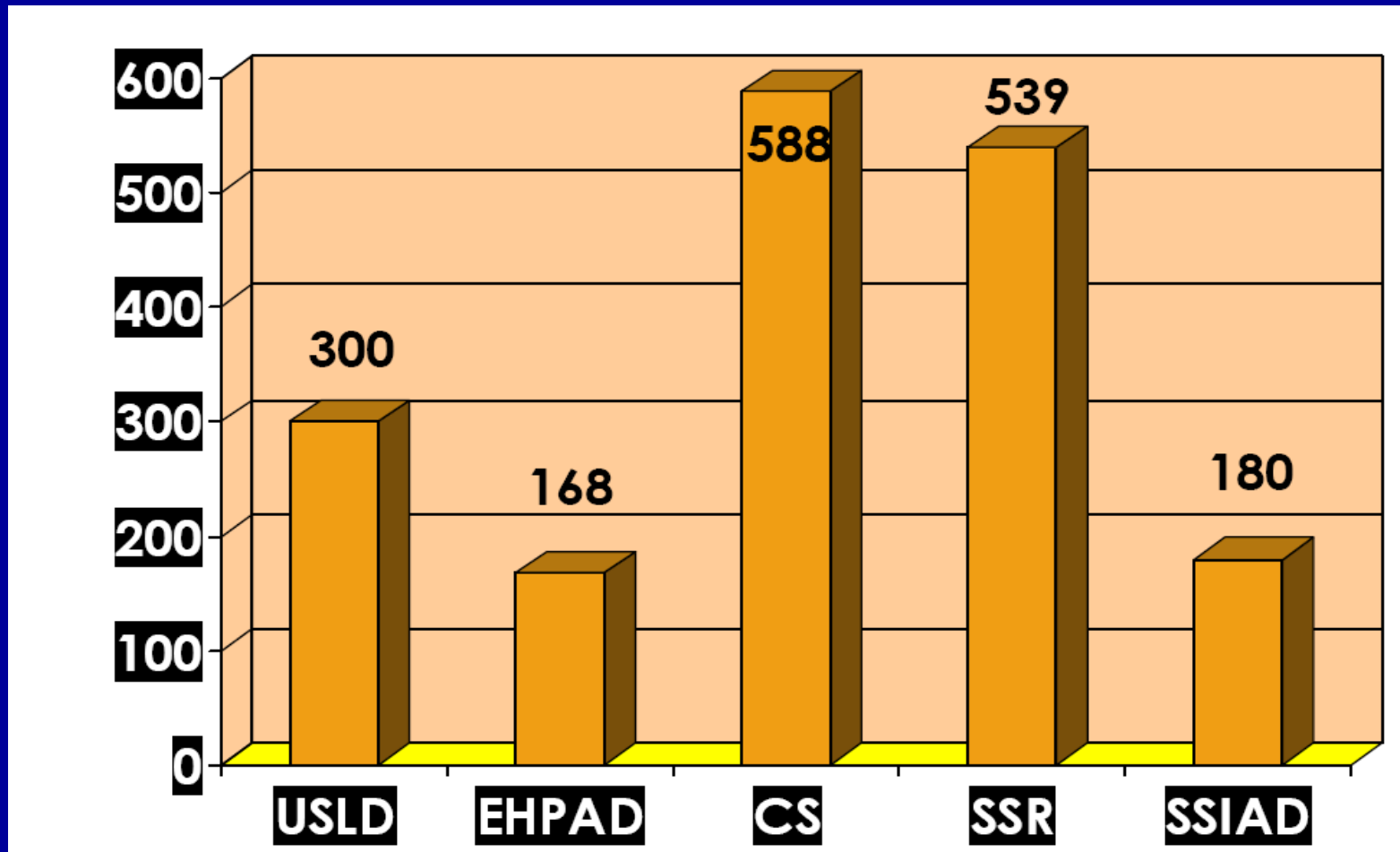
*Réponse au Docteur Trivalle*

© La Revue de Gériatrie, Tome 36, N°5 MAI 2011

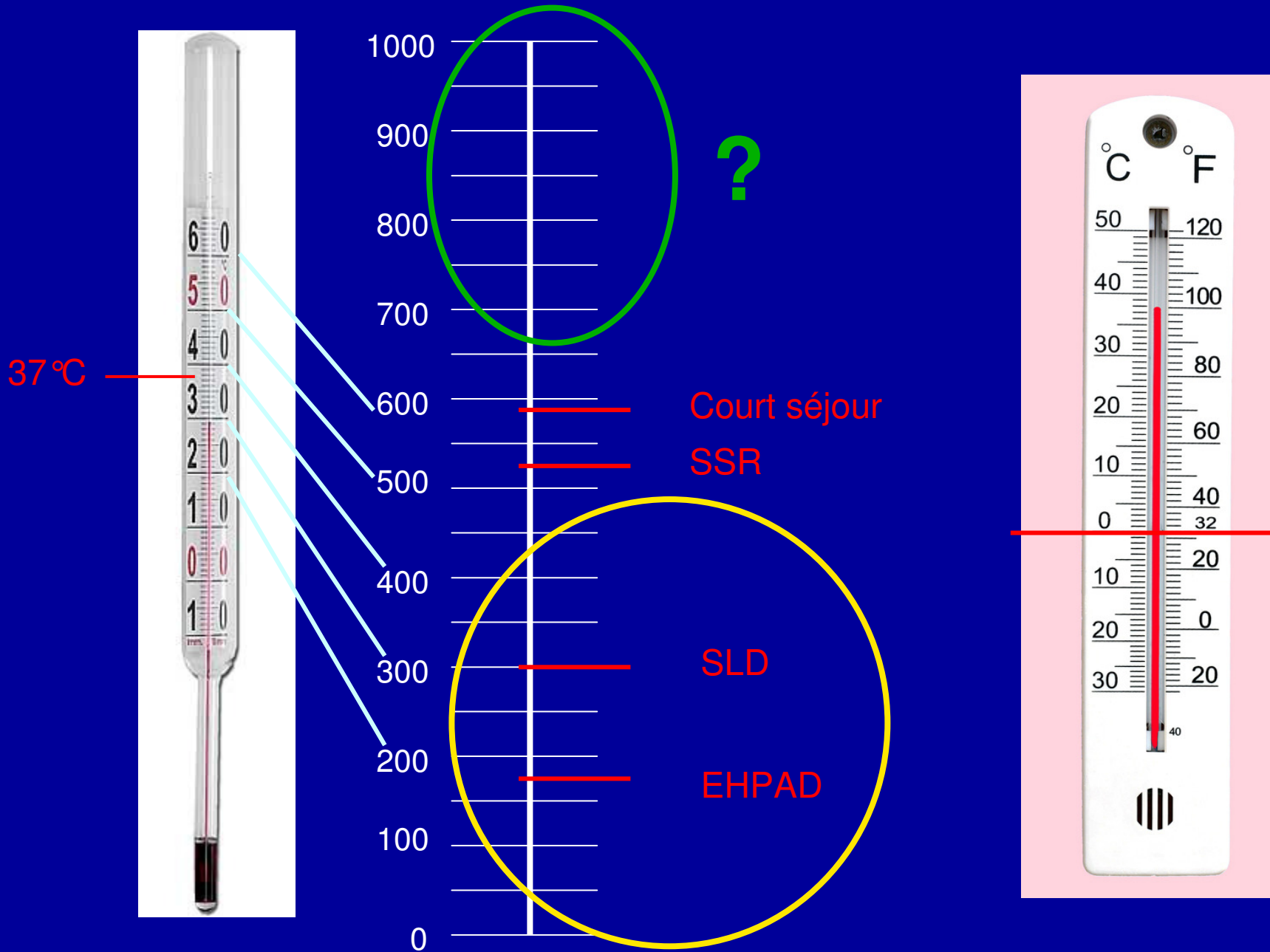
« Soyons clairs, ce n'est pas en cassant le thermomètre que l'on fait tomber la fièvre. »



# Comment analyser les données de PATHOS ?



# Pathos: un mauvais thermomètre !



# Pathos

**D'abord un (mauvais) outil d'évaluation (années 90)**

**Puis un outil de financement (2006)**

**Aujourd'hui un outil de régulation économique**