

## Le contrôle des coupes PATHOS

La coupe PATHOS est préparée par le médecin coordonnateur de l'EHPAD : un jour donné, pour chacun des résidents présents (ni hospitalisés, ni en hébergement temporaire), il code chaque pathologie présentée par le résident (antécédents et pathologies en cours) et la charge de travail que sa prise en charge demande. Une fiche par résident.

Pour une pathologie ex. : hypertension artérielle, il évalue la charge de travail en soins (IDE, médecins et aides soignant) que représente la prise en charge de cette hypertension.

Il est prévu :

- un code pour la pathologie (psychiatrique, orthopédique, endocrinienne, dermatologique...)
- et pour chaque pathologie, un code pour quantifier la charge en soins. Par exemple : S0 surveillance tout court, S1 surveillance avec médication, T2 surveillance très étroite : changement de traitement fréquent, quasi pré hospitalisation, R2 rééducation intensive...

Certains codes, qui correspondent à une charge de travail importante, « rapportent donc plus » que d'autres puisqu'ils mobilisent plus le personnel sur les soins.

Ces éléments sont ensuite déposés sur **une base** (galaad) dépendant de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Le médecin contrôleur passe ensuite vérifier la cotation, il **peut avoir accès aux dossiers médicaux**. L'exercice se déroule en général avec le médecin coordonnateur, l'IDE coordinateur/trice et parfois le/la psychologue. Le médecin contrôleur corrige les fiches individuelles, il se met d'accord avec le médecin coordonnateur (sinon formulaire à remplir avec les éléments de controverse), puis il signe électroniquement avec le médecin coordonnateur le résultat du contrôle avec la nouvelle valeur du PATHOS.

De même pour chaque résident, l'évaluation du GIR est réalisée (contrôlé par les médecins du Conseil départemental) pour obtenir un GMP.

Le PMP, pathos moyen pondéré (par le nombre de résidents) et le GMP (GIR moyen pondéré) **font partie du calcul de la dotation financière de l'EHPAD** (ils y sont directement liés) et **sont établis pour environ 5 ans**.

Parce que le PMP est prévu pour calculer une dotation qui restera fixe pendant au moins 5 ans, on code le besoin en soins et non ce qui est réalisé : par ex. en cas de démographie des kinésithérapeutes insuffisante pour effectuer les soins, on peut quand même coder la rééducation si **elle est requise**.

**La formation** à ce travail de contrôle dure une journée : le matin pour expliquer les principes l'après-midi pour effectuer des exercices corrigés.