

Coupe Pathos : une situation ubuesque !

La validation des coupes Pathos n'a jamais été un long fleuve tranquille pour les EHPAD. "Bras de fer", "marchandage de tapis", "hystérie" : à en croire la FFAMCO, les tensions entre directeurs d'EHPAD/médecins-co et médecins valideurs des ARS ont atteints des sommets.

Des coupes Pathos revues systématiquement à la baisse par les médecins valideurs des Agences régionales de santé (ARS); des agences qui n'ont qu'un seul médecin valideur pour faire le tour de plusieurs centaines d'EHPAD. Ce genre de critiques n'est pas nouveau dans le secteur. Dans un contexte de reprise intensive des reconventionnements tripartites, la FFAMCO, lors de ses 3^{es} rencontres annuelles, le 20 mai, a bra-

qué les projecteurs sur les sérieux dysfonctionnements dans la validation des coupes Pathos. Signe révélateur d'une situation très tendue entre les EHPAD et les ARS, la fédération a eu difficultés à trouver des directeurs d'EHPAD et des médecins coordonnateurs souhaitant - ou plus vraisemblablement pouvant - témoigner ouvertement sur le sujet. « *Il y a une grande omerta* », a reconnu Xavier Gervais, secrétaire général de la FFAMCO. En clair, du côté des groupes

commerciaux et associatifs comme du secteur public, on préfère se taire pour éviter un "retour de bâton" des ARS. À ses risques et périls... l'association des médecins coordonnateurs du Vaucluse a fait le choix de jeter le pavé dans la mare. Et de pointer une kyrielle de dérapages du côté de l'ARS et un non-respect manifeste des règles de réalisation des coupes: « *une volonté affirmée et omniprésente de lissage des PMP à 200* », « *de grandes interprétations du*

guide de codage très contestables », « *des temps d'évaluation des coupes très courts* », « *une non-reconnaissance des besoins en soins requis* ». La liste est longue...

« Tous les coups sont permis ! »

Quand la validation des coupes Pathos ne tourne pas au "bras de fer" entre le médecin-co et le médecin valideur, elle prend des allures de "marchandage de tapis". « *Le médecin valideur n'ouvre aucun dossier et va déclarer au médecin-co: « vous me présentez un PMP 205, je vous le fais à 180 ». L'échange dure une demi-heure. Top là !* », a raconté Xavier Gervais. « *On est confronté à des médecins valideurs*

qui dysfonctionnent même si ce n'est pas l'ensemble des médecins valideurs. Mais ceux qui posent problème posent vraiment problème. Ils sont dans l'hystérie, dans la transgression permanente des règles ».

Encore plus ubuesque: des médecins valideurs inscrivent des corrections de codage au crayon à papier lors de leurs visites des EHPAD. Une fois rentrés à l'ARS, ils les remplissent au stylo-bille à leur avantage. « *Tous les coups sont permis car c'est de l'argent public qui est en jeu!* », a dénoncé la FFAMCO.



Invitées à participer à cette rencontre, la CNSA et la DGCS étaient aux abonnés absents. Mais la FFAMCO compte bien revenir à la charge sur ce dossier et a lancé une enquête nationale - et anonyme - pour redonner aux EHPAD le droit à la parole.

Eliott Cerin

Dotations soins : les fédés sur le qui-vive

Concertées pour la première fois sur le projet de circulaire budgétaire, les fédérations du secteur sont parvenues à soustraire du texte final quelques "scories". A l'instar de la FFAMCO, les représentants des gestionnaires d'EHPAD restent méfiants sur le scénario de réforme de la tarification envisagé par les pouvoirs publics.

Florence Arnaiz-Maumé (Synerpa)

« Tant que l'on aura un outil qui sera à ce point lié à la tarification, la situation restera compliquée à gérer. Tout le monde tire les ficelles pour avoir plus, pour avoir moins. Dans l'équation tarifaire, il y a trois variables pour faire bouger les dotations soins: la valeur du point est fixée par la circulaire budgétaire annuelle, la variation GMP/PMP et le pourcentage au plafond. Trois variables pour faire bouger la dotation soins. On est en discussion avec les pouvoirs publics sur quels curseurs modifier. Au niveau de l'État, il y a une réflexion en cours pour faire varier la dotation soin sur un quatrième curseur: le taux d'occupation des établissements! »



Claudy Jarry (FNADEPA)

« Avec le retard dans la validation des coupes, la perte d'autonomie s'est installée massivement dans les EHPAD et le personnel est en urgence tous les jours. Cet outil qui va donner des moyens pour cinq ans, en tout cas pour 2 ans ½, met une pression sur les établissements. Avec la baisse des moyens financiers, les tarificateurs ont reçu des consignes. »



Adeline Leberche (FEHAP)

« Dans le projet de circulaire budgétaire, il y avait des instructions données aux services tarificateurs. Il faut valider le PMP en fonction du niveau de la dotation régionale. Le texte utilisait le terme d'atypie pour tous les PMP supérieurs à 200. Dans le cadre d'évaluation conjointe PMP GMP, la consigne était de neutraliser dans le calcul de la dotation, l'effet du GMP et ne prendre en compte que l'évolution du PMP. La CNSA s'est rendu compte que le poids de l'évolution du GMP était majeur dans l'équation. Au moment de la première lecture du projet de loi Vieillesse au Sénat, le gouvernement a fait porter un amendement - retiré in extremis - qui supprimait la tarification à la ressource et donc le PMP et le GMP. Le gouvernement veut absolument que les fédérations aillent sur un scénario: une négociation directeurs/financeurs de la dotation du CPOM sans faire référence au PMP ou au GMP puisque selon leurs termes, c'est inflationniste. »



Aline Chazillet - FHF

« Certains médecins valideurs des ARS arrivent dans les établissements en annonçant d'emblée le chiffre de la coupe Pathos. Dans la fonction publique hospitalière, les directeurs ont peur de monter au créneau car il y a de réelles pressions. Il ne faut pas oublier qu'ils sont évalués par les directeurs généraux des ARS. Le coup de bâton revient sur les projets d'investissement de l'établissement. Il y a une baisse de moral, des déceptions. Ce n'est pas bon pour les structures. »



Didier Sapy - FNAQPA

« Pathos est utilisé comme un outil de tarification mais également de manière détournée comme un outil de réduction, de rationalisation voire de rationnement de la dépense. On est entré dans une négation du besoin, dans une logique de défiance vis-à-vis des directeurs d'EHPAD. »

