

Coupes Pathos: l'alerte des fédérations

Des fédérations de médecins coordonnateurs et de gestionnaires d'Ehpad ont critiqué, lors des salons santé autonomie (SSA), les conditions de réalisation et de contestation de coupes Pathos par certains médecins valideurs des agences régionales de santé (ARS).

Des PMP nivelés par le bas par certains médecins d'ARS pour minimiser les dotations soins, des directeurs d'Ehpad sous pression... Une "grande omerta" règne, a lancé tout de go le Dr Xavier Gervais, vice-président de la Fédération française des associations de médecins coordonnateurs en Ehpad (Ffamco), le 20 mai, lors des troisièmes journées annuelles de la fédération, organisées dans le cadre des salons santé autonomie (SSA).

Alors que plusieurs médecins coordonnateurs auraient voulu témoigner de leurs difficultés à cette conférence, leur direction le leur a interdit, afin d'éviter des répercussions sur leur établissement ou leur groupe, a-t-il rapporté. Cela s'est produit à la fois dans le secteur privé et dans le public.

Certains intervenants et auditeurs ont tout de même pu lever un coin de voile sur le sujet. Ils ont pointé des divergences parfois très importantes entre le calcul fait par le médecin coordonnateur de l'Ehpad et celui réalisé par le médecin valideur de l'ARS.

Fin 2014, 91% des Ehpad étaient tarifés au GIR moyen pondéré soins (GMPS) pour la section soins de leur budget. Les ARS restent libres d'accorder un tarif inférieur au plafond calculé, [ce qui soulève régulièrement des critiques des fédérations](#).

Les problèmes de non-respect des règles de réalisation des coupes ne concernent pas l'ensemble des médecins valideurs de France, a reconnu le Dr Xavier Gervais. "Mais ceux qui posent problème posent vraiment problème", a-t-il insisté.

Une association départementale de médecins coordonnateurs a transmis un diaporama qui a été présenté à la conférence, pointant des coupes réalisées par l'unique médecin valideur de la région correspondante. Selon ce document, ce valideur proposerait de "négocier" certains PMP sans ouvrir aucun dossier, ou encore ne tiendrait pas compte des bonnes pratiques gériatriques pour évaluer les besoins en soins.

Des directeurs d'Ehpad "ont peur de monter au créneau"

Le vice-président de la Ffamco, qui dispense lui-même des formations Pathos à des médecins coordonnateurs, a dit recevoir régulièrement des témoignages de ce type de la part de professionnels de diverses régions.

Certains rapportent que des médecins valideurs rempliraient des corrections de codage au crayon à papier lors de leur visite, mais les remplaceraient au stylo bille par des valeurs moins avantageuses pour l'Ehpad à leur retour à l'ARS.

Ils décrivent aussi une tendance des médecins valideurs à "lisser" les PMP à un score de 200, sans examen approfondi des besoins en soins selon eux. Lorsque l'Ehpad propose un niveau moindre, les coupes seraient souvent validées très rapidement, tandis que le médecin valideur minorerait en général le PMP lorsque le calcul de l'Ehpad dépasse ce seuil.

La circulaire budgétaire médico-sociale 2014 précisait, à l'intention des ARS: "Il vous est demandé de porter une attention toute particulière à la validation des PMP en cas de réception de coupes Pathos caractérisées par un PMP supérieur à 200".

Cette expression a été remplacée [dans la circulaire 2015](#), après concertation, par "coupes Pathos atypiques ou caractérisées par un PMP particulièrement élevé".

Des responsables de fédérations d'établissements ont globalement corroboré les constats de Xavier Gervais lors de la conférence.

"En fonction des régions, des disparités réelles sont rapportées par nos adhérents", a noté Aline Chizallet, administratrice de la Fédération hospitalière de France (FHF). Certains médecins valideurs "arrivent" lors de leur visite "en annonçant déjà pratiquement le chiffre de la coupe Pathos". "Des directeurs ont peur de monter au créneau parce qu'il y a une réelle pression", car dans la fonction publique, ils sont évalués par l'ARS et peuvent craindre un "retour de bâton" sur des projets d'investissement par exemple, a-t-elle expliqué.

Le directeur de la **Fédération nationale avenir et qualité de vie des personnes âgées (Fnaqpa)**, Didier Sapy, a pointé le fait que dans les relations entre l'Ehpad et le médecin valideur, "tout est toujours oral". Il a invité les médecins coordonnateurs à demander des observations par écrit, par exemple en adressant au valideur un message du type "J'ai bien noté que vous m'avez dit que...", appelant une réponse en cas de désaccord.

Des commissions de recours trop peu visibles

Plusieurs intervenants ont pointé des problèmes liés aux commissions régionales de coordination médicale (CRCM), dont le fonctionnement a été défini en 2013. Elles sont notamment chargées de statuer en cas de désaccord entre le médecin coordonnateur de l'Ehpad et le valideur de l'ARS.

Là encore, des médecins coordonnateurs déplorent la rapidité avec laquelle certains dossiers sont traités et des appréciations des besoins en soins qu'ils jugent erronées. Des Ehpad renoncent à saisir la CRCM par crainte qu'elle prenne une décision encore plus défavorable que celle du médecin valideur.

Aline Chizallet a constaté que les CRCM ne sont pas encore installées dans toutes les régions. La Ffamco a écrit aux ARS pour avoir la composition de ces commissions, mais a obtenu "très peu de retours", a regretté sa présidente, le Dr Nathalie Maubourguet. Quand la CRCM existe dans une région, les médecins coordonnateurs n'en sont pas informés et les sites des ARS n'en font pas mention, a observé Adeline Leberche, la directrice du secteur social et médico-social de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés à but non lucratif (Fehap).

La déléguée générale du Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées (Synerpa), Florence Arnaiz-Maumé, a pour sa part dit disposer de "très peu" de remontées d'adhérents au sujet des litiges sur les coupes Pathos et les CRCM, si ce n'est que le processus de validation est globalement long. Mais au vu des propos tenus à la table ronde, elle a jugé qu'il faudrait "secouer l'arbre à un moment donné".

Malgré ces litiges, l'ensemble des orateurs ont estimé qu'il ne fallait pas remettre en cause la tarification fondée sur les GIR et Pathos, mais améliorer ses modalités. S'en passer reviendrait à "mettre un brouillard sur les besoins" et c'est "le pire qui puisse nous arriver", a par exemple assuré le président de la Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées (Fnadepa), Claudy Jarry.

Xavier Gervais a précisé que la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) ont été invitées à participer à la conférence mais n'ont pas envoyé de représentant.

nc/gb/cbe/vl

Nicolas Cochard