# ST31 Rendre faillible le secteur public

**XING Jingyue**
Centre Maurice Halbwachs, Ecole Normale Supérieure
Jingyue.xing@gmail.com

## Comment un instrument de tarification fragilise l'offre de soins en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

En France, la crise financière du secteur public (au niveau de l'État, des services de santé, de l'éducation, des transports publics…) est au centre du débat politique depuis plusieurs années. Les secteurs concernés sont de plus en plus soumis à des contraintes budgétaires ou des objectifs financiers fixés au niveau national ou européen. Illustrée par de nombreuses études, la question de la maîtrise financière devient un axe central dans la gestion des services publics[1] . Dans notre communication, nous nous intéressons à certains instruments d'action publique, qui ne sont pas forcément mis en place dans le but de maîtriser les dépenses, mais qui ont cet effet en pratique. Nous questionnons surtout sur la manière dont ces outils sont utilisés et leurs conséquences pour les structures gouvernées.

Nous nous concentrons ici sur la gestion d'un type particulier de service public, les soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Les EHPAD, en fournissant certains soins aux résidents, jouent un rôle d'offreurs de service public. Comme des hôpitaux, ils sont financés, encadrés et tarifés par l'État[2]. Depuis les années 1990, plusieurs réformes ont eu lieu à propos du financement public des soins dans ce type d'établissements : jusqu'à la réforme de 1997, l'État accordait un montant forfaitaire à chaque établissement, qui variait en fonction du statut juridique de ce dernier. En 1997, la première réforme de la tarification des établissements a introduit deux nouveautés : d'une part, la notion de distribution des financements publics de soins « selon l'état de la personne accueillie », et d'autre part, un outil d'évaluation de l'état de la personne âgée nommé « AGGIR ». En 2007, l'attribution des financements de soins en EHPAD a connu une seconde réforme avec l'introduction de la grille « Pathos » comme outil tarifaire. Dans cette présentation, nous nous intéressons particulièrement à ce dernier outil, ainsi qu'à l'effet de sa mise œuvre sur la production des soins en EHPAD. Pathos, en l'occurrence, conçu comme un outil tarifaire, joue un rôle d'aide à la répartition de l'argent public. On peut décomposer ce rôle en deux parties: d'un côté, la fixation du montant des financements publics à allouer, et de l'autre, le choix de la manière dont cet argent est réparti. Dans notre étude, nous essayons de séparer les effets respectifs de ces deux aspects. C'est sur cette base que nous aborderons la question de la « faillibilité » du service public.
Pour cela, nous allons définir la « faillibilité » au sens large. Nous nous intéresserons non seulement aux conséquences financières les plus brutales, comme la fermeture ou le regroupement d'établissements – un phénomène courant dans le secteur hospitalier mais beaucoup moins fréquent dans le secteur des EHPAD –, mais également aux conséquences en termes de qualité de service rendu. Dans cette optique-là, nous nous focalisons plus particulièrement sur l'impact de la mise en œuvre de l'outil Pathos sur l'organisation des soins et sur le travail de différents professionnels soignants. Sans toutefois donner une définition complète de ce que nous entendons par la « qualité de service rendu », nous en

[1] Philippe Bezes, Alexandre Siné, 2011, *Gouverner par les finances publiques*, Paris : Presses de Sciences Po.
[2] Plus précisément, les soins en EHPAD sont financés par l'assurance maladie, mais ils sont encadrés, contrôlés et tarifés par les Agences Régionales de Santé.

développerons ici quelques indicateurs, par exemple, l'accès aux services des EHPAD, la coordination des soins, la continuité des soins etc.

Nous cherchons ainsi à répondre à la question suivante : quel est l'impact du Pathos, instrument d'action publique servant à répartir le financement public des soins, sur l'offre de soins en EHPAD à la fois en termes financiers et qualitatifs ?
Dans la première partie, nous allons présenter la manière dont est conçu l'outil Pathos. La deuxième partie sera consacrée à l'analyse de la mise en œuvre de la tarification avec l'outil Pathos dans deux agences régionales de santé. Enfin, dans la dernière partie, nous discuterons des effets du Pathos sur la situation financière des établissements, ainsi que sur la qualité du service rendu.

Cette étude fait partie de ma thèse intitulée « Gouverner par l'instrument de distribution des financements publics : la construction collective des marchés des EHPAD et des foyers pour les personnes handicapées ». Elle se fonde sur des enquêtes ethnographiques, que j'ai réalisées à la fois dans l'administration centrale, dans le service médical de l'assurance maladie, au syndicat national de gérontologie clinique (SNGC), dans deux agences régionales de santé (ARS), ici nommées les ARS B et E. J'ai également pu rencontrer sept médecins coordonnateurs d'EHPAD, une vingtaine de directeurs d'EHPAD et les aides-soignantes de deux EHPAD dans la région E. Le matériau analysé porte sur la mise en œuvre des instruments d'action publique qui ont pour objectif de répartir le financement public des soins aux EHPAD pour personnes âgées dépendantes.

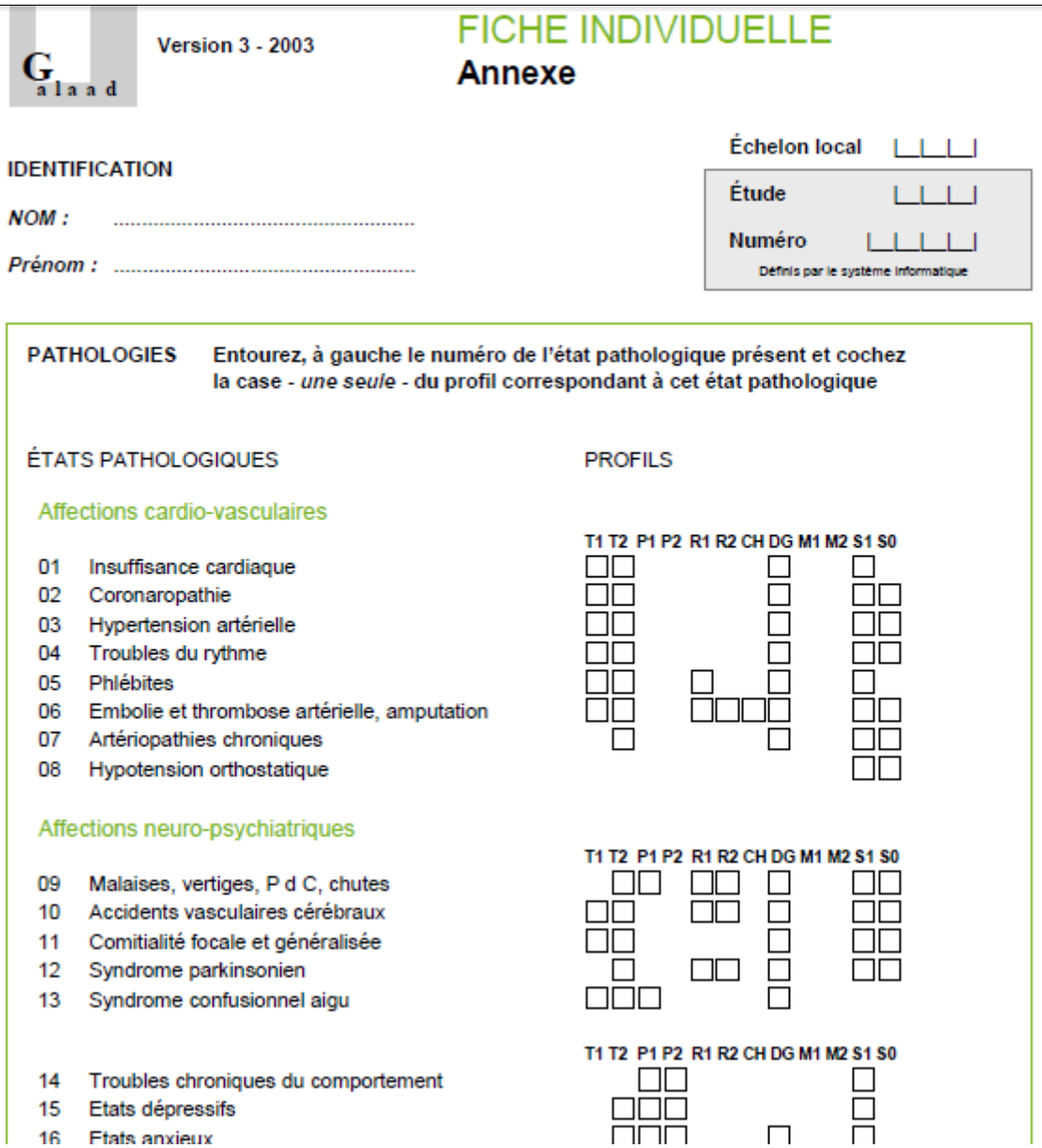
## *1 L'évolution de l'attribution du financement public des soins aux EHPAD*

Depuis les années 1990, plusieurs réformes ont eu lieu à propos du financement public des soins dans les EHPAD : jusqu'à la réforme de 1997, l'État accordait un montant forfaitaire de soins à chaque établissement, qui variait en fonction du statut juridique de ce dernier et non des dépenses de soins réelles selon le profil des résidents. En 1997, la première réforme de la tarification des établissements a introduit des nouveautés : la loi du 24 janvier 1997 a instauré une tarification ternaire en créant une troisième section « dépendance ». Elle prévoit aussi une modulation des tarifs des deux autres sections (« soins » et « dépendance ») « *selon l'état de la personne accueillie* ». Dans son décret d'application du 26 avril 1999, l'État a fixé un algorithme de calcul des financements de soins à partir de l'outil AGGIR, co-créé par les gériatres autour du Syndicat National de Gérontologie Clinique (SNGC) et les médecins de l'assurance maladie, en l'utilisant comme un outil de tarification des soins et de la dépendance. L'algorithme a été ensuite modifié en 2000 et, en tant qu'outil pour répartir les financements publics de soins parmi les maisons de retraite, a été nommé « Dominic » (dotation minimale de convergence).
Selon le président du syndicat national de gérontologie clinique (SNGC) et un chef régional du service médical de la CNAMTS, le SNGC et les gériatres attaquaient très fortement cette pratique de distribution de financement des soins, en considérant qu'elle manquait de critères « objectifs » et qu'en l'état, elle dépendait moins de l'état de santé des résidents que de la capacité de négociation des directeurs d'établissement avec le financeur.
Peu après, en 2005, ces mêmes groupes de gériatres et de médecins de la CNAMTS qui disqualifiaient la tarification « Dominic » ont proposé au ministre des affaires sanitaires et sociales un nouvel outil d'évaluation des charges en « soins médicaux et techniques importants ». Cette proposition a été retenue, et l'attribution des financements de soins en

EHPAD a par conséquent connu une deuxième réforme en 2006 avec l'introduction de l'outil PATHOS comme outil tarifaire des soins en EHPAD[3].
Désormais, le montant du financement public des soins d'un établissement est calculé selon la formule suivante :
GMPS = GMP + (PMP * 2,59) [4];
Par ailleurs, le montant du financement des soins d'un EHPAD ou d'une USLD = [GMP + (PMP * 2,59) ] * capacité de l'EHPAD * valeur du point.
En 2008, le ministère a de nouveau modifié ce système de tarification, en décidant que le résultat du calcul via la formule « GMPS » serait considéré comme le financement « plafond » pour un établissement. Autrement dit, à partir de cette date, le plafond de financement d'un établissement = [GMP + (PMP * 2,59) ] * capacité de l'EHPAD * valeur du point.
Ici, la valeur du point, comme pour la tarification DOMINIC, est fixée annuellement par arrêté ministériel.

Encadré 1 : La fiche d'évaluation individuelle de l'outil Pathos
Le modèle PATHOS a été élaboré en partenariat par le Syndicat National de Gérontologie Clinique (SNGC) et le service médical de la CNAMTS. L'outil PATHOS sert à établir une « photographie » de l'état de santé d'une population de résidents à un moment donné, afin de déterminer les niveaux de soins jugés « nécessaires » pour assurer le traitement des pathologies dont souffrent les patients.
Le modèle consiste à identifier les patients sur un thésaurus de **50 états pathologiques**. Mais l'état pathologique seul ne suffit pas pour indiquer les moyens à mobiliser pour sa prise en charge, et il doit être caractérisé par les soins requis : c'est ce qu'on appelle son « profil de soins ». Chaque état pathologique présenté sera donc qualifié par un des **12 profils de soins** possibles indiquant la « gravité » de l'état pathologique :
-Profils T1 : Pronostic vital en jeu au quotidien ;
-Profils T2 : équilibration thérapeutique et surveillance rapprochée. Haut risque de rechutes.
-Profil P1 : prise en charge psychiatrique de crise ou à rechute ;
-Profil P2 : prise en charge psychothérapique de soutien ;
-Profil R1 : réadaptation rééducation fonctionnelle intensive individuelle ;
-Profil R2 : réadaptation rééducation fonctionnelle de soutien ou allégée ;
-Profil CH : plaies, soins locaux complexes et longs ;
-Profil DG : investigations pour un état non diagnostiqué (hors T1 ou T2) ;
-Profil M1 : soins palliatifs psychothérapiques et/ou techniques lourds ;
-Profil M2 : état crépusculaire, soins palliatifs d'accompagnement ;
-Profil S1 : prévention, surveillance, dispensation médicamenteuse ;
-Profil S0 : absence significative de prévention, de surveillance ou de soins

[3] La circulaire budgétaire du 17 octobre 2006 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2006 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillants des personnes âgées.
4 GMP : GIR Moyen Pondéré ; PMP : Pathos Moyen Pondéré



Galaad — Version 3 - 2003

FICHE INDIVIDUELLE
Annexe

IDENTIFICATION

*NOM :* .....

*Prénom :* .....

Échelon local |_|_|_|

Étude |_|_|_|

Numéro |_|_|_|_|

Définis par le système informatique

PATHOLOGIES Entourez, à gauche le numéro de l'état pathologique présent et cochez la case - *une seule* - du profil correspondant à cet état pathologique

| ÉTATS PATHOLOGIQUES | | T1 | T2 | P1 | P2 | R1 | R2 | CH | DG | M1 | M2 | S1 | S0 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Affections cardio-vasculaires** | | | | | | | | | | | | | |
| 01 | Insuffisance cardiaque | ☐ | ☐ | | | | | | ☐ | | | ☐ | |
| 02 | Coronaropathie | ☐ | ☐ | | | | | | ☐ | | | ☐ | ☐ |
| 03 | Hypertension artérielle | ☐ | ☐ | | | | | | ☐ | | | ☐ | ☐ |
| 04 | Troubles du rythme | ☐ | ☐ | | | | | | ☐ | | | ☐ | ☐ |
| 05 | Phlébites | ☐ | ☐ | | | | ☐ | | ☐ | | | ☐ | |
| 06 | Embolie et thrombose artérielle, amputation | ☐ | ☐ | | | | ☐ | ☐ | ☐ | | | ☐ | ☐ |
| 07 | Artériopathies chroniques | | ☐ | | | | | | ☐ | | | ☐ | ☐ |
| 08 | Hypotension orthostatique | | | | | | | | | | | ☐ | ☐ |
| **Affections neuro-psychiatriques** | | T1 | T2 | P1 | P2 | R1 | R2 | CH | DG | M1 | M2 | S1 | S0 |
| 09 | Malaises, vertiges, P d C, chutes | | ☐ | ☐ | | ☐ | ☐ | | ☐ | | | ☐ | ☐ |
| 10 | Accidents vasculaires cérébraux | ☐ | ☐ | | | ☐ | ☐ | | ☐ | | | ☐ | ☐ |
| 11 | Comitialité focale et généralisée | ☐ | ☐ | | | | | | ☐ | | | ☐ | ☐ |
| 12 | Syndrome parkinsonien | | ☐ | | | ☐ | ☐ | | ☐ | | | ☐ | ☐ |
| 13 | Syndrome confusionnel aigu | ☐ | ☐ | ☐ | | | | | ☐ | | | | |
| | | T1 | T2 | P1 | P2 | R1 | R2 | CH | DG | M1 | M2 | S1 | S0 |
| 14 | Troubles chroniques du comportement | | | ☐ | ☐ | | | | | | | ☐ | |
| 15 | Etats dépressifs | | ☐ | ☐ | ☐ | | | | | | | ☐ | |
| 16 | Etats anxieux | | ☐ | ☐ | ☐ | | | | ☐ | | | ☐ | |

Tous les profils ne « rapportent » pas le même nombre de points en Pathos. Par exemple, selon le médecin responsable du Pathos au niveau national, les profils T1, T2, R1, R2 rapportent beaucoup plus de points que les profils S1 et S0.

Nous pouvons analyser cette tarification avec l'introduction de l'outil Pathos en la décomposant en deux processus comme le propose Michel Callon [5] : un processus de ***qualification*** qui compare, classe et hiérarchise les produits, et un processus de ***valuation*** qui accorde une valeur monétaire à un produit. M. Callon a développé ce cadre théorique dans ses analyses sur l'établissement du prix de marché libre. Mais il nous parait possible et utile de l'employer pour analyser une pratique de « pricing » administratif. En effet, Pathos a été utilisé pour mesurer, classer et hiérarchiser les établissements, autrement dit, il remplissait la fonction de qualification. La fonction de valuation, la mise en valeur monétaire, a été dominée par le ministère, qui opérait : une traduction administrative du résultat de l'évaluation en

[5] Michel Callon, 2009, « La formulation marchande des biens », in François Vatin et alii, *Evaluer et valoriser : Une sociologie économique de la mesure*, Toulouse : Presse Universitaire du Mirail.

montant d'euros. Pathos répondait à la question : « comment répartir des ressources entre les différents établissements ? », alors que le ministère décidait combien de ressources on injectait. Cependant, la particularité du Pathos est qu'il y a un troisième aspect, qu'on appellera le « processus de normalisation ».

**1)Processus de qualification** : l'outil Pathos produit un système de catégorisation des patients en qualifiant les 50 pathologies principales grâce à 12 profils de soins selon la gravité et les conséquences en termes de charge de soins, ce qui donne 240 combinaisons possibles. Selon l'un des fondateurs de cet outil, presque 98% des patients âgés peuvent ainsi être classés dans un des profils proposés dans Pathos[6]. Le « Pathos moyen pondéré », calculé à l'échelle d'un établissement, rend faisable la comparaison et le classement des structures en termes de charges de soins.
**2)Processus de normalisation** : Une particularité du Pathos consiste en la notion de « soins requis ». Pour chaque maladie et chaque profil, l'outil pathos indique des « soins requis », autrement dit, pour chaque profil de soins, il existe une ordonnance-type prescrivant des soins qui devraient être réalisés. Dans les ordonnances, le travail « humain » était exprimé en durée de temps. En effet, Pathos n'évalue pas « *ce qui est fait, mais ce qui devrait être fait selon les bonnes pratiques cliniques si on avait les moyens* »[7]. Autrement dit, Pathos n'est pas un outil positif (qui traduit la réalité des soins), mais un outil normatif (qui indique un idéal de soins) : l'outil inclus « ce qu'il faut faire dans chaque situation », ce qui consiste en un processus de normalisation des soins.
**3)Processus de valuation** : comme pour l'outil AGGIR, les résultats de l'évaluation des charges en soins sont exprimés en points, et le ministère garde la main sur la fixation de la valeur du point.
Le montant du financement des soins attribué à un établissement dépend donc ici du résultat de l'évaluation via l'outil Pathos, exprimé en points multipliés par une valeur du point qui est fixée chaque année par le ministère de la santé. Même si Pathos a été créé par des médecins, au final, comme AGGIR, il reste un outil de répartition des ressources publiques entre différents établissements en contexte de « pénurie » de financements, tout en permettant à l'État de maîtriser le financement public selon ses propres objectifs.

***2 La mise en œuvre du Pathos par les Agences Régionales de Santé : comment un instrument d'action publique modifie les rapports sociaux autour de la production des soins***
Le pouvoir d'action d'un instrument d'action publique ne dépend pas seulement de sa conception, mais aussi et surtout de la manière dont il est mis en œuvre. Afin de comprendre l'impact du pathos sur l'offre de soins en EHPAD, nous allons étudier sa mise en œuvre territoriale par les Agences régionales de santé (ARS) dans la partie présente.

L'article 118 de la loi du 21 juillet 2009 mettant en œuvre la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (Loi HPST) a créé les Agences Régionales de Santé. Celles-ci ont regroupé plusieurs organismes dont elles reprennent les missions, notamment les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et les pôles sanitaire et médico-social des Directions des affaires sanitaires et sociales (DRASS et DDASS). En ce qui concerne le secteur des personnes âgées et des personnes handicapées, les ARS s'occupent de l'organisation et de la programmation des établissements, ainsi que de l'attribution des financements de soins médico-sociaux. Les articles L314-3 à L 314-9 du code de la sécurité sociale définissent la méthode de fixation des tarifs des établissements financés par

[6] Entretien avec l'ancien président du Syndicat national de la gérontologie clinique, septembre 2014.
[7] Entretien avec l'ancien président du Syndicat national de la gérontologie clinique, septembre 2014

l'assurance maladie. Chaque année, chaque agence régionale de la santé dispose d'une enveloppe régionale (la dotation limitative régionale) dont le montant est décidé par le ministère des affaires sociales et de la santé, et elles distribuent le financement public de leur enveloppe entre différents types d'établissements et entre différents producteurs de services.

Une étude sur les ARS montre que l'organisation du travail et le mode de fonctionnement de ces institutions sont hétérogènes et diffèrent selon la région[8]. Cependant, dans la mise en œuvre de la tarification avec l'outil Pathos, nos deux ARS enquêtées, B et E, partagent un même principe d'organisation : une répartition du travail clairement établie entre les médecins et les administratifs. Les médecins de l'ARS s'occupent de la validation du codage Pathos, autrement dit, le processus de qualification et de normalisation, et les agents tarificateurs s'occupent de la traduction des points en un certain montant de financement public des soins, autrement dit le processus de valuation. Dans cette partie, nous allons donc examiner respectivement ces deux aspects dans la mise en œuvre du pathos par les ARS.
En l'occurrence, nous se focalise principalement sur la région E. Dans cette région, on trouve au total 419 EHPAD, répartis sur les quatre départements que compte la région.

Tableau 1 : les EHPAD dans la région E et en France métropolitaine

| | Région E en 2012 | France Métropolitaine en 2011[9] |
|---|---|---|
| Le nombre de structures | 419 | 6 768 |
| dont public autonome/territorial | 211 (50%) | 1 908 (28%) |
| dont public hospitalier | 47 (11%) | 1 021 (15%) |
| dont privé à but non lucratif | 137 (33%) | 2 091 (31%) |
| dont privé à but lucratif | 24 (6%) | 1 748 (26%) |
| Le nombre de places | 39 676 | 564 045 |
| Capacité moyenne | 94,7 /EHPAD | 83,3 /EHPAD |

### *2.1 Le processus de valuation : comment calculer le montant du financement à partir des points GMPS*

Dans la région E, j'ai observé que la répartition du financement des soins entre différents EHPAD/USLD est largement prédéterminée par la formule GMPS, même si le montant plafond calculé par cette dernière n'est pas opposable[10]. Peu de normes régionales ont été produites à ce propos. Généralement, l'autorité tarifaire et les EHPAD négocient le financement public des soins et son évolution lors du renouvellement de leur convention tripartite tous les cinq ans[11]. Pourtant, l'ARS E a décidé de prendre comme base de négociation un montant égal aux 90% de la dotation plafond, elle-même calculée par la formule GMPS. Il s'agit d'une des seules normes tarifaires régionales que j'ai pu constater.
En entretien, un inspecteur responsable de l'allocation des ressources dans le secteur des personnes âgées explique ainsi l'origine de cette norme régionale :

[8]Rolland Christine et Pierru Frédéric, 2013, « Les Agences Régionales de Santé deux ans après: une autonomie de façade », *Santé Publique*, Vol. 25, p. 411-419.
[9] « Les soins en EHPAD en 2012 : le financement de la médicalisation et le bilan des coupes PATHOS », CNSA, octobre 2013.
[10] Circulaire N° DGCS/5C/DSS/CNSA/2013/106 du 15 mars 2013 relative aux orientations de l'exercice 2013 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées.
[11] La loi du 24 janvier 1997 prévoit que les établissements doivent s'engager dans un processus de conventionnement afin de pouvoir continuer à assurer leurs missions.

« *[…] Ce qui est retenu, c'est une politique régionale, on essaie d'allouer les moyens de manière uniforme, de ne pas dépasser 90% du plafond, c'est-à-dire que celui-là, sa base de négociation en cas de convention tripartite, c'est 90% du plafond national, voilà, c'est sa référence dans le cadre d'une convention tripartite. C'est la règle qu'on leur donne effectivement, que c'est expliqué dans le rapport d'orientation budgétaire.*»[12]
L'enquête a permis de savoir que cette norme tarifaire de 90% du montant plafond est le résultat d'une série de simulations effectuées par les agents du siège de l'ARS. En effet, les ARS sont censés respecter des directives venant du ministère et de la Casse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), qui précisent souvent des objectifs à atteindre et les moyens pour les réaliser.

La deuxième norme régionale de tarification consiste en la reprise de résultats antérieurs. Par exemple, si un établissement a eu un déficit de 100 000 euros en 2011 et que l'agence régionale de santé a accepté de reprendre ce déficit, cet établissement recevra 100 000 euros en plus du financement prévu en 2013, et vice-versa. En effet, depuis 2011, les agences régionales de santé gèrent les déficits et les excédents des établissements médico-sociaux avec leur enveloppe régionale limitative[13]. Autrement dit, l'État central n'accorde plus de fonds supplémentaires pour combler les déficits des établissements qu'il finance – c'est aux Agences Régionales de Santé de le faire. Pour cela, les établissements médico-sociaux proposent eux-mêmes une certaine affectation des résultats dans leur compte administratif, et l'agence régionale de santé remanie ces affectations en fonction des normes régionales. Dans la région E, la politique en matière d'affectation des résultats est d'équilibrer ce qu'elle reprend en déficit et en excédent, c'est-à-dire de couvrir les déficits des établissements déficitaires par les excédents des établissements excédentaires. En l'occurrence, depuis quelques années, les établissements excédentaires sont deux fois plus nombreux que les déficitaires, et le montant des excédents à affecter est presque deux fois plus élevé que des déficits à combler. La reprise des déficits pratiquée n'a donc pas été remise en question.
Les pratiques de l'agence régionale de santé E créent donc une sorte de « solidarité » entre les établissements déficitaires et ceux qui sont excédentaires: elle reprend les excédents pour combler les déficits. Les déficits diminuent ainsi les financements à distribuer entre les établissements. Cela pose un problème en termes d'incitation : les établissements ne sont pas incités à réduire leurs coûts de production et à produire des excédents, puisque l'excédent sera de toute façon repris pour compenser les mauvaises gestions d'autres établissements. Pourtant, cette norme de reprise de résultats conduit à ce qu'il y ait peu de fermetures ou de regroupement d'EHPAD, contrairement au secteur hospitalier où ces phénomènes sont relativement fréquents. La « faillibilité » financière au sens strict n'est donc pas encore très répandue dans le secteur des EHPAD, en grande partie grâce à cette norme de reprise des résultats antérieurs.

### *2.2 Le processus de classement et de normalisation*

L'évaluation de l'état pathologique des résidents d'un EHPAD par l'outil Pathos, appelée la « coupe pathos » par les enquêtés, est réalisée généralement au moment du renouvellement de la convention tripartite, qui se déroule tous les 5 ans selon la loi[14]. Les EHPAD concernés

[12] Entretien avec l'inspecteur responsable de l'allocation des ressources dans le secteur des personnes âgées, le 15 janvier 2014
[13] http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/circulaire_interminist_C3_A9rielle_n_DGCS_5C_DSS_1A_2011_160_du_29_avril_2011_1_.pdf
[14] Le ministère de la santé publie chaque année une liste des EHPAD qui entrent dans le champ de la coupe pathos de l'année. Les critères du choix des EHPAD à « pathossifier » sont assez divers, par exemple, ceux qui renouvellent leur convention tripartite, ceux qui ont un GIR moyen pondéré supérieur à 800 (donc ayant un public accueilli très dépendant), ceux qui ont demandé à être réévalués, etc.

sont informés à l'avance et leurs médecins coordonnateurs doivent suivre une journée de formation organisée par les médecins de l'ARS et un ou deux médecins « formateurs » certifiés par la CNSA. Ces derniers y expliquent l'usage du Pathos en s'appuyant sur le guide d'utilisation rédigé par les fondateurs de l'outil et en discutant avec leur public quelques cas cliniques. Suite à ce court apprentissage, les médecins coordonnateurs concernés doivent faire une évaluation de tous les résidents de leur établissement avec l'outil Pathos et saisir les résultats dans un logiciel développé par l'assurance maladie et géré par les médecins de l'ARS. Ces derniers examinent les données en sélectionnant un échantillon qui représente environ 70% du nombre total de résidants d'un EHPAD. Ils se déplacent ensuite dans les EHPAD pour examiner la « pathossification » de l'échantillon.
Nous avons interviewé trois médecins de l'ARS de deux régions différentes dans le cadre de nos enquêtes. Tous formés par un même médecin de la CNSA, qui est responsable national du Pathos, les médecins de l'ARS enquêtés partagent beaucoup de pratiques. Par exemple, ils passent en général une journée entière dans l'EHPAD à évaluer ; de même, la validation du codage Pathos est faite entre le médecin « valideur » de l'ARS et le médecin coordonnateur de l'EHPAD sans la présence des médecins traitants – bien que les soins soient en large partie prescrits par ces derniers – et sans la présence des directeurs d'EHPAD. Cependant, quelques différences existent également : deux des trois médecins des ARS interrogés nous disent faire la vérification sur place du codage Pathos uniquement « sur dossiers » médicaux, paramédicaux et à l'aide de documents de travail comme les fiches de transmission des aides-soignants. Seul le troisième dit rencontrer éventuellement des résidents.

Lors de la validation, les médecins de l'ARS codent en effet à partir des dossiers médicaux et paramédicaux rassemblés par les médecins coordonnateurs, avant de comparer leur codage avec le leur. Les points de désaccord et de discussion sont souvent liés aux différentes interprétations des « soins requis », c'est-à-dire les soins nécessaires pour les résidents. Selon le guide d'utilisation du Pathos, document rédigé par l'équipe fondatrice de l'outil et publié sur le site de la CNSA, Pathos « *détermine les niveaux de soins requis* » pour prendre en charge un résident, et « *pas obligatoirement les soins dispensés. […] Le caractère requis du soin s'appuie sur une évaluation indispensable et traçable* »[15]. Autrement dit, Pathos exige aux médecins coordonnateurs de l'EHPAD de justifier les « besoins » en soins et leur codage. Sur le terrain, les médecins de l'ARS semblent accorder une grande importance à cette norme de traçabilité dans leur évaluation : si des symptômes d'un résident ne sont pas notés dans les dossiers, si un soin dispensé n'est pas accompagné d'un bilan ou n'est pas circonstancié dans le dossier médical, les médecins de l'ARS disent ne pas reconnaître la nécessité des soins et refuser le codage réalisé par les médecins coordonnateurs. Selon ces derniers, il faut tout « tracer » pour justifier les soins dispensés et l'éventuel besoin en soins.
« *Dr Dreyfus : ah oui, plus il y a de traçabilité, plus il y a de points pathos, clairement, ah oui. Un kiné qui vient de soigner quelqu'un, qui ne nous dit pas pourquoi, qu'est-ce qu'il fait, il n'y a aucune évaluation, on ne peut pas valider que le soin de kiné est nécessaire. Donc on considère que le kiné il ne sert à rien, parce qu'on ne sait pas ce qu'il fait. Tout doit être tracé, ah, tout est tracé, oui, les soins infirmiers sont tracés oui. Ah oui.*
*JX: même des soins paramédicaux?*
*Dr Dreyfus : Alors les traitements quand ils sont données, les ordonnances sont données, par exemple, quand ils veulent coder une prise en charge particulière de la douleur, bah oui, il faut qu'il ait une évaluation de la douleur. Avant, il faut qu'il y ait une évaluation régulière de la douleur. Pour valoriser quelque chose, il faut une traçabilité de ce qu'ils ont fait.* »[16]

[15] Le modèle « Pathos » : Guide d'utilisation 2012, CNSA-CNAM-Ministère de la santé.
[16] Entretien avec Dr Dreyfus, médecin de l'ARS E, le 19 août 2014.

Pourtant, en cas de désaccord, les médecins de l'EHPAD ont peu de voies de recours : jusqu'en 2014, il n'existait pas de commission de recours officielle au niveau régional. Les plaintes étaient traitées à Paris, par les médecins fondateurs de l'outil, dont certains sont eux-mêmes salariés d'une ARS. Depuis 2014, des commissions de recours commencent à être mises en place dans chaque région, mais elles sont souvent présidées par des médecins de l'ARS, qui ont le dernier mot sur les recours contre leurs décisions initiales.

Dans cette partie, nous avons dévoilé plusieurs caractéristiques de la mise en œuvre de l'outil Pathos : la maîtrise de la traduction du point Pathos en euros par l'administration, les modalités de validation du codage Pathos, l'exigence en traçabilité dans les dossiers médicaux… Ces particularités ne sont pas neutres en termes d'effets sur l'offre de soins en EHPAD, et elles contribuent à rendre faillibles les soins dans certains EHPAD, notamment au regard de la qualité des services rendus. C'est ce que nous allons approfondir à présent.

### *3. Rendre les soins en établissement « faillibles » ?*

Dans quelle mesure le pathos a-t-il un impact sur les soins en EHPAD ? Dans cette partie, nous tenterons à répondre à cette question. Comme nous l'avons déjà montré plus haut, les modalités de la mise en œuvre du Pathos, notamment la reprise quasi-systématique des déficits par l'ARS, conduit à ce qu'il y ait peu de faillite financière ou de restructuration dans le secteur des EHPAD. Pourtant, si nous définissons la « faillibilité » des soins au sens large en incluant l'accès aux soins et la qualité des soins donnés, nous observons que le Pathos exerce un effet non négligeable sur la « faillibilité » des soins en EHPAD à trois niveaux : au niveau organisationnel ; au niveau des missions assurées par les médecins coordonnateurs ; au niveau des soins paramédicaux assurés par les aides-soignantes.

#### *3.1 Rendre faillible financièrement l'offre de soins dans les petits EHPAD de milieu rural?*

Dans cette partie, nous analyserons l'impact du Pathos sur la situation financière des soins en EHPAD. Bien qu'il n'y ait pas d'EHPAD en faillite pour le budget « soins » dans les deux régions enquêtées, nous nous demandons ici si la mise en œuvre du Pathos conduit à une différenciation des EHPAD en termes de probabilités d'être exposé à la faillite financière.

1) Le rôle central du médecin coordonnateur

Comme nous l'avons montré dans les parties précédentes, Pathos, un outil créé et utilisé par des médecins, borne et réduit très fortement la marge de manœuvre des cadres de l'Agence régionale de santé (ARS) (anciennes Directions départementales des affaires sanitaires et sociales - DDASS), qui disposaient auparavant d'un pouvoir discrétionnaire dans l'attribution des financements sous DOMINIC. En retour, l'évaluation des patients, le codage et le remplissage des grilles, la négociation des résultats d'évaluation entre les médecins coordonnateurs des EHPAD et les médecins de l'ARS et la validation du codage par ces derniers ont aujourd'hui un impact prédominant dans le calcul du financement public alloué pour les soins. L'attribution du financement public des soins n'est plus une affaire entre administratifs, mais une affaire entre médecins de différents corps avec un rôle limité des administratifs.

Pourtant, tous les établissements ne disposent pas de médecin coordonnateur. Selon les médecins de deux ARS enquêtés, environ 30% d'EHPAD n'ont pas de médecin coordonnateur. Par conséquent, ils n'ont pas pu passer sous le mode de tarification GMPS. Pour ces établissements, l'ARS actualise les financements des soins en appliquant un taux d'évolution sur le montant de l'année précédente, et ils ne peuvent pas bénéficier des avantages financiers accordés dans le cadre du programme de « médicalisation » – qui

augmente en général les moyens des soins en établissement. Si on examine les caractéristiques de ces établissements sans médecin coordonnateur, on remarque qu'ils se trouvent majoritairement en milieu rural où le phénomène de pénurie des médecins est le plus présent[17]. Autrement dit, la modalité actuelle d'outil tarifaire Pathos risque de pénaliser financièrement les EHPAD en milieu rural, et d'aggraver les inégalités territoriales de l'offre de soins en EHPAD.

De plus, selon nos enquêtes, disposant relativement de peu d'informations sur le fonctionnement des EHPAD au quotidien, les tarificateurs de l'ARS ont tendance à avoir une vision financière et donc très réductrice des établissements. Pour beaucoup de tarificateurs, avoir un déficit est un signe de mauvaise gestion de l'établissement. Par exemple, lors d'une réunion, une tarificatrice a exprimé que « *de toute façon, ceux qui font le déficit, font de la mauvaise gestion* »[18]. Les EHPAD en milieu rural, qui ont du mal à recruter des médecins, risquent donc d'avoir une mauvaise image aux yeux des agents tarificateurs de l'ARS, et risquent donc d'être disqualifiés quand ils posent une demande de financements ponctuels.

2) La temporalité dans l'application de l'outil

La question de la temporalité dans l'application des outils tarifaires attire également notre attention, notamment son effet sur l'accès aux soins de certaines personnes âgées. Dans la plupart des EHPAD, la « pathossification » est réalisée au moment du renouvellement de la convention tripartite qui a lieu tous les cinq ans. Autrement dit, une fois validé, le score pathos est employé dans le calcul des financements publics d'un EHPAD pendant cinq années consécutives. Si un établissement a mal préparé sa campagne de pathos, il sera pénalisé financièrement pour les cinq ans suivants, ce qui peut le conduire à une restriction du nombre de soignants salariés et du temps de travail du médecin traitant. Par exemple, selon la directrice d'un autre EHPAD public, *« il suffit qu'on ait... c'est ce qui s'est passé ici, une mauvaise évaluation de départ sur le Pathos ou sur le... et vous le payez en termes de gestion pendant des années* »[19]. Elle précise ensuite les conséquences pour son petit établissement de 40 lits :

« *JX: l'écart financier causé par les différentes évaluations est important? Ça représente quel montant?*

*C: alors, tout dépend de l'évaluation qui a été faite, moi j'ai calculé, à un moment donné, ça pouvait aller jusqu'à 40 000 euros, ce sont des sommes qui n'étaient pas négligeables*. »[20]

La logique prospective de l'attribution des financements des soins et la longue validité du score Pathos accentuent l'enjeu de la préparation et de la validation de cet outil, ainsi que l'importance du rôle des médecins coordonnateurs. Cependant, face à la temporalité particulière du Pathos, la dizaine d'EHPAD interviewés développent une stratégie de « sélection des résidents » afin de « mieux s'en sortir financièrement » : les directeurs d'EHPAD acceptent des résidents plus dépendants, avec des pathologies plus lourdes, pendant 6 mois avant la coupe pathos, et une fois le score Pathos validé, ils sélectionnent des nouveaux entrants plus autonomes, qui ont besoin de moins de soins effectués par les aides-soignants pour « *ne pas surcharger l'équipe* »[21]. Dans le raisonnement des directeurs, deux

[17] Gérard Cornilleau, 2012, « Crise et dépenses de santé. Financement et politiques à court-moyen terme », *la note* de l'OFCE, n°12 / 20 février 2012.

[18] Note d'observation de la réunion mensuelle du service de tarification de l'Agence régionale de santé H, le 10 décembre 2014

[19] Entretien avec la directrice d'un EHPAD public dans la région E, le 30 mai 2014

[20] Entretien avec la directrice d'un EHPAD public dans la région E, le 30 mai 2014

[21] Entretien avec la directrice de l'EHPAD Vert, le 15 mai 2014.

aspects sont pris en compte : la situation financière de l'EHPAD et la charge de travail des soignants. Par exemple, selon une directrice d'EHPAD, le fait de sélectionner les résidents « moins dépendants et moins malades » pourrait être interprété comme un acte responsable pour les professionnels. Les conséquences pour des personnes âgées hébergées ou en liste d'attente ne sont quasiment pas mentionnées par les directeurs. Pourtant, la sélection des résidents remet en question l'accès aux services des EHPAD pour les personnes âgées dépendantes et malades.

3) La notion de soins requis et la modalité de validation du Pathos

Comme nous l'avons expliqué, la notion de « soins requis » conduit à ce que le Pathos mesure non pas ce qui est réellement fait, mais ce qui « devrait être fait ». Autrement dit, les soins médicaux et paramédicaux réalisés par les établissements ne se justifient plus à priori, et les médecins coordonnateurs de l'EHPAD doivent fournir des « preuves » pour montrer les « besoins » de soins et pour légitimer leur codage via l'outil Pathos. Cependant, en ce qui concerne les modalités de vérification et de validation, nous observons que les médecins de l'ARS se basent quasi exclusivement sur les dossiers écrits ou informatisés. Autrement dit, le lien entre le codage du Pathos et la quantité et la qualité du travail effectué n'est pas systématiquement établi, et tout dépend si les « besoins » et les soins réalisés sont bien « tracés » dans les dossiers de l'EHPAD.

En un sens, la manière de préparer les dossiers médicaux de l'EHPAD pour assurer la traçabilité des « besoins » devient un facteur déterminant pour le codage du Pathos. Le montant des financements publics se différencie donc non seulement selon le profil pathologique des résidents, mais également – et surtout – selon la capacité des médecins coordonnateurs à établir des dossiers médicaux dans les normes attendues, même si leur contenu s'éloigne du travail effectivement réalisé.

Sur le terrain, nous observons que les EHPAD ne disposent pas des mêmes ressources face à l'exigence en termes de traçabilité de l'outil Pathos. Des différences peuvent être constatées selon les modalités de tarification (établissement en tarif global / tarif partiel), la taille et le statut de l'EHPAD[22]. En effet, les soins en EHPAD peuvent être financés selon deux modalités : le tarif partiel et le tarif global. La différence se trouve notamment dans le montant de financement que l'établissement perçoit et dans le nombre de médecins salariés que l'établissement peut embaucher. Les EHPAD en tarif global ont un temps de travail de médecins coordonnateurs plus important que des EHPAD en tarif partiel et ont moins d'intervenants libéraux. Selon les médecins coordonnateurs interviewés, la traçabilité est plus facilement accomplie dans les EHPAD en tarif global. Cependant, le temps de travail des médecins coordonnateurs est également corrélé à la taille de l'établissement. Par exemple, dans la région E, parmi les 22% d'EHPAD ayant une capacité inférieure à 50 places, 38% ont un temps de travail des médecins coordonnateurs fixé à moins de 0,1 équivalent temps plein (ETP) et 38% ont un temps de travail des médecins coordonnateurs situé entre 0,1 et 0,2 ETP. Selon deux médecins coordonnateurs interviewés, quand le temps de travail qui leur est alloué est très partiel, ils ont du mal à « bien » préparer les dossiers pour l'évaluation Pathos[23]. Enfin, l'enquête auprès des médecins valideurs de l'ARS a mis en lumière un troisième facteur : le statut de l'EHPAD. Les trois médecins de l'ARS ont mentionné les comportements

[22] Deux autres facteurs pourraient également avoir un impact sur la préparation des dossiers médicaux : le lieu d'implantation et la modalité de dotation. Comme nous l'avons déjà évoqué, beaucoup d'EHPAD en milieu rural qui ont du mal à recruter des médecins coordonnateurs sont encore financés par ancien mode de tarification DOMINIC et ne peuvent pas bénéficier des avantages liés à la tarification avec Pathos. Par ailleurs,

[23] Entretien avec Dr Monin, le 13 février 2015.

opportunistes des groupes privés à but lucratif, qui se saisissent efficacement des marges laissées par la modalité de validation du Pathos.
« *Dr Martin : Alors il y a ça, il y a aussi des directions, il y a des groupes, à but lucratif, qui ont complètement étudié la grille, ont complètement décortiqué la grille, donc on se retrouve, quand on doit valider là-dedans, avec que des codages qui rapportent des points. Et en plus, comme ils ont compris que tout doit être tracé, ils le tracent systématiquement dans les dossiers.*
*X: c'est à dire que c'est un dossier "produit" ou "fabriqué" quoi*
*Dr Martin : "produit", "bétonné", ils nous décrivent la personne âgée d'une... alors qu'elles ne ressemblent pas du tout à ça. […] Dans ces établissements-là, on va souvent au lit du malade, on est vraiment beaucoup plus attentif... on vérifie bien plus, parce qu'ils essaient au maximum de forcer les niveaux de pathologie.* »[24]

Selon la Dr Colin, médecin de l'ARS B, les groupes privés à but lucratif ont souvent des médecins experts de l'outil Pathos au niveau du siège, qui forment leurs médecins coordonnateurs et les aident à préparer les dossiers Pathos[25]. Par ailleurs, nous avons su que le Dr Vétel, fondateur de l'outil Pathos, travaille actuellement pour un groupe privé à but lucratif en tant que directeur médical.
Lors d'un déjeuner que nous avons eu avec quatre médecins d'une ARS, la Dr Martin a parlé de son expérience dans la formation organisée par Dr Vétel à Paris. « *Parmi tous les médecins présents, je suis la seule qui vienne du corps de l'Etat, et tous les autres sont des « médecins conseils »* »[26]. Ces derniers sont souvent embauchés par des EHPAD privés à but lucratif sur des missions de courte durée afin d'aider les EHPAD à préparer leur dossier Pathos. Selon les médecins de l'ARS B, cela s'avère être une stratégie efficace pour obtenir un bon score Pathos. Les grands groupes lucratifs profitent en effet d'un savoir-faire expert de l'outil Pathos :
« *En général, les lucratifs ce sont souvent des grands groupes, et ils essaient au maximum de tirer profit de l'outil pour effectivement avoir un niveau de financement de soins très élevé, alors après nous on a des statistiques nationales sur les profils qui rapportent des sous quoi, donc on essaie au mieux de mettre en avant ces problèmes de "triche organisée", souvent malheureusement on est coincés quoi.*
*X: parce que le dossier est tellement bien monté?*
*Dr Martin : voilà, le dossier est tellement bien monté, et qu'on n'arrive pas à le mettre en avant quoi.* »[27]

Nos analyses à l'échelle organisationnelle dévoilent donc que les EHPAD ne disposent pas des mêmes ressources face à un instrument d'action publique, et une différence se manifeste dans la répartition des financements publics par l'outil Pathos selon le lieu d'implantation, la taille et le statut de l'établissement. Nous constatons deux logiques d'action : d'un côté, les EHPAD privés à but lucratif, notamment des grands groupes, développent ou profitent d'un savoir-faire spécifique du Pathos afin d'obtenir plus de financements publics. De l'autre, les EHPAD publics ou privés à but non lucratif, restant dans un mode de gestion plus « traditionnel » ou plus « social », comptent surtout sur leur propre médecin coordonnateur et ne sollicitent que rarement des expertises privées. Parmi ces établissements, ceux qui ne disposent pas de médecins coordonnateurs ou ceux qui accordent un temps de travail très

[24] Entretien avec Dr Martin, médecin de l'ARS B, le 15 janvier 2015.
[25] Entretien avec Dr Colin, médecin formatrice de l'outil Pathos de la région B, le 15 janvier 2015.
[26] Observation au moment du déjeuner avec quatre médecins de l'ARS B, le 15 janvier 2015.
[27] Entretien avec Dr Martin, le 31 mars 2015.

partiel à leurs médecins coordonnateurs sont défavorisés face à la mise en œuvre de l'outil, et sont davantage exposés au risque de faillite financière.

### *3.2 Rendre faillible la mission de coordination des soins en EHPAD*

Quand nous examinons l'impact du Pathos sur la production et la qualité de soins en EHPAD, il nous paraît incontournable d'analyser ses effets sur le travail des médecins coordonnateurs. Ces derniers ont pour mission d'assurer la coordination et la continuité des soins en EHPAD, et jouent un rôle central dans l'offre de soins qu'ils proposent.

Selon nos enquêtes, sur les sept médecins coordonnateurs interviewés, six nous ont dit que le Pathos a rendu difficile leur travail au quotidien. Selon eux, la notion de « soins requis » et l'exigence de traçabilité a aggravé leurs difficultés, déjà présentes, dans les relations avec les médecins traitants libéraux qui interviennent en EHPAD, et leur a imposé une lourde charge de travail administratif.

1) L'accentuation des difficultés dans les relations avec les médecins traitants

La plus grande partie des soins en EHPAD est réalisée par deux catégories de professionnels : d'un côté, les médecins et personnels soignants paramédicaux salariés de l'EHPAD, et de l'autre, des professionnels extérieurs à l'établissement exerçant en libéral. Depuis la crise économique, l'Etat français privilégie le mode de financement « par tarif partiel » qui, plutôt que d'encourager la production des soins par les seuls personnels de l'établissement, favorise la combinaison entre des soins médicaux réalisés par la médecine libérale et des soins paramédicaux réalisés par les soignants salariés. Les médecins coordonnateurs des EHPAD, qui suivent les résidents au quotidien, ne sont cependant habilités par la loi à leur prescrire des soins qu'en cas d'urgence. De plus, un principe de confraternité est établi entre les médecins traitants et les médecins coordonnateurs, et ces derniers n'ont aucun pouvoir sur les premiers. En cas de désaccord sur les traitements d'un résident, les médecins coordonnateurs n'ont qu'un rôle d'informateur, et ce sont les médecins traitants qui ont le dernier mot. Par exemple, le Dr Monin raconte : « *j'interviens jamais sur les ordonnances de mes confrères, même si certaines choses me choquent* »[28]. Par exemple, dans un établissement, un médecin traitant a prescrit un nouveau médicament à un patient. Or, avec celui-ci, le résident a chuté trois fois en une semaine. « *Cela me choque beaucoup* », dit le Dr Monin. Il n'a pourtant pas arrêté le traitement, et a envoyé un email au médecin libéral concerné : selon lui, son seul rôle est d'informer ses confrères.

Plusieurs des médecins coordonnateurs et des médecins de l'ARS interviewés différencient les médecins coordonnateurs des médecins traitants libéraux et critiquent les pratiques de ces derniers, par exemple sur le plan du délai ou encore de la durée d'intervention. Par exemple, selon le Dr Bonneau, « *quand tu leur [les médecins traitants libéraux] demande de venir voir un résident, ils disent toujours oui, oui, je viens, je viens. Après ils viennent dans 10 jours ou dans 20 jours quoi* »[29]. Selon le Dr Colin, formatrice sur l'outil Pathos de la région B, « *Le médecin coordonnateur, en général, est un peu plus investigateur, alors que le médecin traitant est un peu plus « abandonniste » en disant "ah, c'est bon, il n'y a rien à faire"* »[30].

Pour trois des médecins coordonnateurs interviewés, le manque de pouvoir des médecins coordonnateurs face aux médecins libéraux, mieux dotés en légitimité en cas de litige, les met en difficulté. L'arrivée de l'outil Pathos et ses modalités de fonctionnement a aggravé cet embarras, notamment en raison de l'exigence de traçabilité des besoins et des soins effectués.

[28] Entretien avec Dr Monin, le 13 février 2015.
[29] Entretien avec Dr Bonneau, le 20 mars 2015.
[30] Entretien avec Dr Colin, médecin formatrice de l'outil Pathos de la région B, le 15 janvier 2015.

Selon nos enquêtés, certains médecins traitants ou kinésithérapeutes libéraux refusent de remplir les dossiers médicaux de leurs patients hébergés en EHPAD : « *il y a quelques médecins qui ne remplissent jamais le dossier médical. Ils doivent se dire « moi le dossier médical, j'en ai rien à faire ». Souvent, je leur demande gentiment s'ils peuvent faire une photocopie des documents, et je fais la saisie après. Mais certains ne répondent jamais à mon mail.* »[31]Alors qu'ils sont responsables du codage des actes dans l'outil Pathos, les médecins coordonnateurs ne disposent d'aucun moyen pour forcer les professionnels libéraux de jouer le jeu de traçabilité.

Néanmoins, tous les médecins coordonnateurs n'adoptent pas une position identique face à ces difficultés, selon les modalités de financements de l'EHPAD où ils travaillent (en tarif global ou en tarif partiel), leur ancienneté dans la profession médicale et le genre. Parmi les sept médecins coordonnateurs enquêtés, une seule travaille dans un établissement en tarif global où elle est aussi médecin traitant de plus de 90% des résidents de cet EHPAD, où peu de médecins libéraux interviennent. Cette jeune docteure de 32 ans nous a dit ne pas avoir de problème dans la gestion des relations avec les deux ou trois médecins libéraux intervenants. Dans les six autres établissements financés en tarif partiel, en revanche, le nombre de médecins libéraux intervenant varie entre 25 et 50 pour des établissements ayant entre 80 et 100 lits. Notre enquête de terrain permet de formuler l'hypothèse que, dans ces établissements, les relations entre médecins traitants et médecins coordonnateurs dépendent de l'ancienneté du médecin coordonnateur dans la profession médicale et de son genre. On constate qu'en pratique, l'ancienneté et le genre sont souvent corrélés : selon une enquête menée par la fondation Médéric Alzheimer dans trois régions de France, l'âge moyen des médecins coordonnateurs femmes est de 47 ans, soit 6 ans plus jeunes que celui des hommes[32]. En l'occurrence, l'âge moyen des quatre femmes médecins enquêtées ici est de 39 ans et demi, alors que celui des hommes est de 53 ans. Sur notre terrain, nous constatons donc que ce sont les femmes médecins relativement plus jeunes que les autres, et qui travaillent dans les EHPAD en tarif partiel, qui déclarent avoir beaucoup de difficultés avec les médecins traitants libéraux. Pour leur part, les trois hommes médecins enquêtés nous ont dit ne pas avoir beaucoup de problèmes avec les médecins libéraux grâce à leurs réseaux d'interconnaissance et à leur expérience. Par exemple, selon Dr Monin,
« *Dans les deux établissements [où il travaille], ça se passe plutôt bien avec les médecins libéraux. Puisque ça fait 10 ans que ce poste existe, et ça fait 10 ans que je travaille avec les médecins libéraux. Avec le temps, ça se passe plutôt bien. La plupart de médecins libéraux me fournissent les documents qu'il me faut. […] Seuls deux ou trois refusent de collaborer…* »[33]

Dans tous les cas, les médecins coordonnateurs interviewés adoptent une même stratégie pour éviter les problèmes éventuels avec les médecins libéraux : sélectionner les nouveaux résidents selon leur médecin traitant. Par exemple, le Dr Gilbert travaille depuis 2006 dans un EHPAD de 84 lits en tarif partiel. Le nombre de médecins libéraux y intervenant était de 45 il y a quelques années. Il raconte : « *J'ai réussi à réduire ce nombre de 45 à 26, soit par le choix des familles, soit par la sélection au moment de l'admission […] Avant d'accepter un résident, je regarde qui est son médecin traitant »*[34].Le Dr Bonneau développe la même stratégie : *« Je*

[31] Entretien avec Dr Bonneau, le 20 mars 2015.
[32] La lettre de l'Observation des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer, 2009, Fondation Médéric Alzheimer, n°12, novembre 2009.
[33] Entretien avec Dr Monin, le 13 février 2015.
[34] Entretien avec Dr Gilbert, le 20 mars 2015.

*n'accepterai pas un résident si je sais que son médecin traitant ne va pas être collaborateur »*[35].
Néanmoins, ce critère reste invisible et n'est jamais mobilisé comme un argument officiel de l'EHPAD. En effet, la sélection des résidents par leur médecin traitant remet en question l'équité de l'accès à l'offre de soins et de services en EHPAD. Elle risque de pénaliser des personnes âgées qui cherchent une place et qui sont suivies par un médecin libéral « non désirable » pour les EHPAD et qui, pourtant, ne sont pas au courant de ce critère de choix invisible.

2) Une lourde charge de travail administratif qui oblige à réduire le temps de soin
Le second impact du Pathos sur le travail des médecins coordonnateurs de l'EHPAD se trouve dans l'accroissement de la charge administrative à supporter. Par exemple, le Dr Bonneau nous a raconté son travail au quotidien :
*« Je travaille à mi-temps dans cet établissement, et je viens deux jours et demi par semaine. Il y a une réunion hebdomadaire avec la direction, une avec l'équipe des soignants, chaque réunion prend 1 heure ou 1 heure et demie. Je reçois tous les courriers qui donnent le résultat des tests des résidents envoyés par les laboratoires, et je dois les saisir un par un dans le logiciel de notre association. Je n'ai pas de secrétaire. Le réseau marche assez mal ici, la page se charge très lentement. La saisie me prend pratiquement 1 jour entier voire plus. Quand il y a des demandes d'admission, il faut que j'étudie les dossiers et donne un avis… Tu vois, je n'ai plus de temps… Je n'ai presque pas de temps pour passer auprès des résidents. Je suis obligée de revenir le soir ou le weekend pour finir la saisie et pour avoir un peu de temps pour les résidents. »*[36]
Le Dr Bonneau n'est pas la seule à avoir un sentiment de « manque de temps de travail ». La seule médecin coordonnateur interviewée à n'avoir pas mentionné ce problème est la Dr Ville, qui travaille en équivalent temps plein dans un EHPAD en tarif global. Le Dr Monin a fait des heures supplémentaires deux ou trois soirs par semaine pendant 6 mois afin de préparer le dossier Pathos de son établissement. Le Dr Gilbert estime pour sa part qu'un temps de travail de 0,6 ETP « *pour un EHPAD de 80 lits n'est pas suffisant* »[37], puisque les médecins coordonnateurs sont impliqués dans diverses instances : la commission d'admission, la pré-admission, la saisie des documents médicaux, la participation au projet d'établissement, à l'évaluation interne et externe… Cinq des sept médecins interviewés considèrent ainsi que leur métier se traduit, en pratique, non pas par un travail médical, mais par un travail administratif. Ils passent relativement peu de temps auprès des résidents, et estiment ne pas pouvoir accomplir correctement leur mission première de « coordination des soins ».

### 3.3 *Rendre faillible les soins paramédicaux assurés par les aides-soignantes*
Si dans les deux premières sous-parties nous nous sommes davantage focalisée sur l'effet des modalités de validation du codage, nous analyserons à présent l'effet du versant « valuation », autrement dit, les conséquences du montant des financements publics accordés par l'ARS sur les soins produits par les EHPAD. Dans notre cas, nous nous concentrons sur les soins paramédicaux offerts par les aides-soignantes, qui sont des soins entièrement produits par des salariés des EHPAD.
Les postes d'aides-soignants en EHPAD sont financés à hauteur de 70% par le budget « soins » de l'assurance maladie. Selon les tarificateurs de l'ARS que nous avons interviewés, ces postes sont les premiers à être affectés par les plans de réduction (ou au contraire

[35] Entretien avec Dr Bonneau, le 20 mars 2015.
[36] Entretien avec Dr Bonneau (la partie non enregistrée à cause d'un problème matériel), le 20 mars 2015.
[37] Entretien avec Dr Gilbert, médecin coordonnateur d'un EHPAD, le 20 mars 2015.

d'amplification) des financements publics de soins. En conséquence, l'outil Pathos a un impact important sur les effectifs de ces métiers au sein des EHPAD, ainsi que sur leurs conditions de travail.
Dans le cadre de notre étude, nous avons conduit des entretiens auprès d'une dizaine de femmes aides-soignantes dans deux EHPAD de la région E. Si on examine le ratio du nombre d'aides-soignants rapporté au nombre de résidents dans ces deux établissement, on voit qu'ils se trouvent en dessous de la moyenne nationale qui s'est établie à 0,21[38]. Dans le premier EHPAD, qu'on nommera ici « Vert » et où le niveau d'encadrement est de 19 ETP d'aides-soignants pour 103 résidents (soit presque 3 ETP en moins par rapport à la moyenne nationale), ce ratio est même très bas (0,185). Lors de l'enquête, la directrice de l'EHPAD Vert a parlé à plusieurs reprises de ce manque de personnel et, selon elle, la contrainte budgétaire et le manque d'effectifs justifient certains arrangements pratiques. Par exemple, il n'y a pas d'animateur dans l'établissement, l'animation est réalisée par les aides-soignantes « *si elles ont le temps* », et le nettoyage complet des chambres des résidents n'est fait qu'une fois par semaine.

1) Une critique du manque d'effectifs
Dans les témoignages publiés dans la presse ou sous forme d'ouvrage par des aides-soignantes (qui travaillent souvent dans un contexte hospitalier), toutes dénoncent une situation de manque de personnels. Dans leurs analyses, elles établissent souvent un lien de causalité entre un manque d'effectifs dû aux restrictions dans les budgets des hôpitaux et une mauvaise qualité des soins et services apportés aux patients. Autrement dit, ces aides-soignantes ayant pris la parole sur la scène publique ont tendance à externaliser l'origine leur mécontentement vers l'action de l'Etat : pour elles, les pouvoirs publics seraient responsables de la situation. Les aides-soignantes interviewées lors de notre enquête adoptent également cette vision. Comme on l'a dit, elles dénoncent le manque de personnel comme source de pression au travail. Cependant, contrairement au terrain hospitalier, où a pu être observée une tension importante entre les professionnels soignants et la direction à propos des restrictions budgétaires[39], dans les deux EHPAD enquêtés, les aides-soignantes ne sont pas dans des rapports conflictuels avec la direction en raison du manque d'effectifs. Par exemple, Camille, aide-soignante titulaire, explique que « *ce n'est pas la faute de Mme Vega [directrice de l'EHPAD Vert], elle n'y peut rien, c'est l'ARS qui décide, c'est l'ARS qui nous donne pas d'argent.*»[40].

Passant outre la direction de l'EHPAD Vert, les aides-soignantes qui y travaillent attribuent en effet le mécontentement et la frustration directement à l'autorité tarifaire qui fixe le montant des financements publics et le nombre de postes. Cependant, elles nous paraissent avoir une connaissance limitée du système de répartition de financements publics : elles savent l'existence des deux outils AGGIR et Pathos, mais plusieurs nous ont dit ne pas connaître leur fonctionnement en détail.
« *Alice: C'est l'ARS qui fixe le budget quoi. Il y a le pathos, et la grille AGGIR. Et d'ailleurs, on va avoir une réponse d'ici mi-juin. En juin, on va avoir une réponse sur si on aura un poste de plus, le but étant...déjà de garder ce qu'on a en place, et d'avoir plus, on n'y croit pas trop. C'est difficile.* »[41]

[38] Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), 2013, « *Les soins en EHPAD en 2012 : le financement de la médicalisation & le bilan des coupes pathos* ».
[39] Nicolas Belorgey, 2010, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, Paris, La Découverte.
[40] Entretien avec Camille, le 2 juillet 2014.
[41] Soirée « afterwork » des aides-soignantes de l'EHPAD Vert, le 29 mai 2014.

Nous constatons que seuls les directeurs d'EHPAD et les médecins coordonnateurs associent directement la situation financière de leur EHPAD à l'outil Pathos. Plus particulièrement, six des sept médecins coordonnateurs critiquent la « sous-valorisation » du point Pathos qui, selon eux, est à l'origine du manque d'effectifs.

2) Critique du manque de temps et arrangements pratiques des aides-soignantes : la qualité de services remise en question ?

Depuis quelques années, les aides-soignantes, qui étaient traditionnellement « invisibles » et peu politisées[42], commencent à se faire entendre pour dénoncer un manque de financement et un manque de personnel. Sur le terrain, les soignants disent avoir beaucoup de difficulté au travail. Au quotidien, les aides-soignantes disent être soumises à des contraintes temporelles assez rigides. Des termes comme « on n'a pas le temps », « on est obligées » sont assez fréquents dans leurs paroles[43]. Cette contrainte s'accentue encore le weekend et les jours fériés. Les aides-soignantes critiquent un temps de travail « insuffisant » pour réaliser « dans les règles de l'art » les tâches qui leur sont confiées.

> « *Camille: Le temps de retirer le pyjama de la personne, de lui faire une toilette, de la rhabiller, de la lever, ensuite et bah lui brosser les dents, la coiffer, l'installer correctement dans son environnement. Donc si tu fais tout dans les règles de l'art, c'est une demi-heure ou trois quart d'heure, sauf que le weekend, la toilette s'est un peu raccourcie quoi.*
>
> *Marie : Tu passes un quart d'heure, vingt minutes maximum avec la personne.* »[44]

Dans l'EHPAD Vert, une enquête a même été menée par la direction auprès des soignants et des agents de services, et les résultats montrent qu'« *un sur deux déclare travailler sous trop de pression en 2013 »*[45]. La difficulté la plus importante de leur travail est, selon Mélanie et Alice, deux aides-soignantes interviewées, de « *ne pas avoir le temps de bien faire le travail qu'on souhaite »*, ce qui conduit à une « *situation lourde à gérer psychologiquement* »[46]. Martine, elle, explique que *« c'est ce manque de temps qui est hyper frustrant* »[47].

Le manque de temps, la frustration au travail et la situation de sous-effectifs ressentis constituent une forme d'épreuve de professionnalité[48]pour les aides-soignantes en EHPAD. Face à ces contraintes, elles ont développées des stratégies pour surmonter les problèmes afin de rendre le travail supportable au quotidien.

On remarque que les aides-soignantes font davantage de compromis dans leurs pratiques professionnelles dans les moments où les effectifs au travail sont les plus faibles, en particulier le week-end et les jours fériés. Par exemple, ces jours-là, les équipes des deux établissements enquêtés ne font se lever qu'une partie de résidents dépendants, aucune douche n'est programmée et « la toilette complète » des résidents alités se réduit à une toilette partielle.

---

[42] Anne-Marie Arborio, 2012, *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, 2ème édition, collection « Sociologiques », Paris, Economica.

[43] Soirée « afterwork » des aides-soignantes de l'EHPAD Vert, le 29 mai 2014.

[44] Soirée « afterwork » des aides-soignantes de l'EHPAD Vert, le 29 mai 2014.

[45] Rapport d'ensemble de l'activité de l'EHPAD Vert, 2013.

[46] Entretien avec deux aides-soignantes Mélanie et Alice, le 3 juillet 2014.

[47] Entretien avec aide-soignante Martine, le 15 mai 2014.

[48] Bertrand Ravon [et al.], 2008, « Epreuves de professionnalité - Repenser l'usure professionnelle des travailleurs sociaux », *Synthèse de la recherche « Usure des travailleurs sociaux et épreuves de professionnalité. Les configurations d'usure : clinique de la plainte et cadres d'action contradictoires » ;* Bertrand Ravon, 2009, « Repenser l'usure professionnelle des travailleurs sociaux », *Informations sociales*, vol 2, n° 152, p. 60-68.

> « *Camille: On se dépêche, on abrège les toilettes et il y a des gens qui vont passer leur journée au lit. Par exemple, aujourd'hui, c'est férié, donc il y a des gens qui ont passé leur journée au lit, qui ont été couchés hier, qui vont être levés demain, parce qu'on n'a pas le temps.*»[49]

Pour d'autres tâches, les arrangements pratiques ne se jouent pas sur leur réalisation ou non, mais sur le calendrier et l'horaire selon lesquelles elles seront effectuées. Par exemple, dans les deux EHPAD, la douche est normalement programmée une fois par semaine pour chaque résident. Pourtant, quand un jour de la semaine est férié, la douche programmée est reportée à la semaine suivante.

> « Marie : *Aujourd'hui c'est férié, les gens pour qui est programmé la douche le jeudi, ils attendront jeudi prochain. Parce qu'on n'aura pas le temps dans la semaine de le rattraper.* »[50]

L'horaire du « premier coucher » de résident est un autre exemple de ces arrangements. Afin de pouvoir faire manger les résidents grabataires entre 17h45 et 20h et de parvenir à les faire tous se coucher avant 21h, les aides-soignantes commencent à « coucher » les résidents les plus dépendants très tôt : elles font le « premier coucher » dès 15h30.
Ces arrangements pratiques affectent les actes de soins paramédicaux, financés en majeure partie par l'argent public de l'Assurance Maladie. Le fait de raccourcir le temps passé auprès de chaque résident, d'abréger les actes ainsi que de reporter certains soins remet en question la qualité de service rendu auprès des résidents.

Par ailleurs, dans les EHPAD enquêtés, le faible taux d'encadrement est accompagné par un absentéisme relativement important de la part des employés. Par exemple, l'EHPAD Vert a compté 1630 journées d'absence des salariés en 2013. Certaines absences ne sont pas remplacées, et les professionnels doivent parfois « se débrouiller » avec une charge de travail encore alourdie, comme le raconte une aide-soignante :

> « *Souvent, c'est une chaîne sans fin, un arrêt en entraîne un autre. Là, il y a eu dans l'équipe un arrêt, et du coup il y a une collègue qui a pété un plomb, et du coup, ça entraîne de la fatigue des autres…* »[51]

Le nombre de remplaçants et d'intérimaires est donc important : dans l'EHPAD Vert, en 2013, 914 contrats ont été signés pour 50 remplaçants en CCD et 82 contrats pour 46 intérimaires dans le cadre des fonctions d'aide-soignant et agent de service. Les aides-soignantes interviewées ont tendance à différencier les « remplaçants » en CDD, qui sont souvent considérés comme ayant de l'expérience du travail en question et une certaine connaissance de l'établissement, et les « intérimaires » qui interviennent en général pour une courte durée, ont peu de connaissance antérieure de l'établissement et s'investissent moins au travail, ce qui peut là aussi remettre en question la qualité des soins :

> « *Camille: Les intérimaires, ce n'est pas leur faute, ils s'adaptent, mais c'est juste que tu dois expliquer tout le temps. Tu ne sais jamais le lendemain, avec qui tu vas travailler. Tous les matins, tu dois réexpliquer aux gens ce qu'ils doivent faire. Tu dois dès fois repasser, parce qu'il y en a qui sont là juste pour la journée, donc ils ne s'investissent pas forcément.* »[52]

Dans cette partie, nous avons analysé l'effet du pathos en termes de faillibilité des soins en EHPAD. Nous avons montré qu'au niveau organisationnel, le pathos risque de rendre certains

[49]Soirée « afterwork » des aides-soignantes de l'EHPAD Vert, le 29 mai 2014.
[50]Soirée « afterwork » des aides-soignantes de l'EHPAD Vert, le 29 mai 2014.
[51] Entretien avec aide-soignante Camille, le 2 juillet 2014.
[52] Soirée « afterwork » des aides-soignantes de l'EHPAD Vert, le 29 mai 2014.

EHPAD davantage exposés au risque de difficultés financières. Au niveau des missions assurées par les médecins coordonnateurs, la coordination des soins en EHPAD a été rendue faillible par les contraintes découlant de l'outil. Enfin, en ce qui concerne les soins assurés par les aides-soignantes, les modalités de valorisation du Pathos ont accentué une faillibilité déjà existante des soins paramédicaux en termes qualitatifs.

**Conclusion**

L'introduction du Pathos comme outil tarifaire marque un changement profond de logique dans la gestion des EHPAD. Désormais, le montant du financement accordé par l'État n'est plus garanti à priori : les EHPAD doivent justifier et doivent prouver par des traces[53] leur « besoin financier », évalué par un outil médical selon les pathologies des résidents. Il s'agit d'un mécanisme de « prix paramétrique »[54], qui montre une volonté de « responsabiliser les établissements » dans l'usage de l'argent public par le biais du principe suivant : « on vous donne l'argent pour soigner tel ou tel patient avec telle ou telle pathologie ».

Dans notre analyse, nous sommes partie d'une définition large de la faillibilité du service, en prenant en considération la qualité des services rendus aussi bien que l'équité en termes d'accès aux soins. Les caractéristiques du Pathos en tant qu'instrument d'action publique, dans sa conception comme dans sa mise en œuvre, restructurent les rapports sociaux autour de la production et du financement des soins en EHPAD, et exercent un impact significatif sur leur faillibilité. Au niveau organisationnel tout d'abord, le pathos risque de créer une différenciation selon le milieu d'implantation et le statut de l'établissement, et rend certains EHPAD davantage exposés au risque de difficultés financières. Au niveau des missions assurées par les médecins coordonnateurs ensuite, le pathos rend faillible la coordination des soins en EHPAD et risque de remettre en question l'accès aux soins pour certaines personnes âgées. En ce qui concerne des soins paramédicaux assurés par les aides-soignantes, enfin, la faillibilité des soins en termes qualitatifs a été accentuée par les modalités de valorisation du Pathos. Dans l'ensemble, cet outil semble donc avoir affaibli certains points cruciaux du service rendu en EHPAD, affectant les soins reçus par les clients aussi bien que les conditions de travail de leurs salariés.

[53] L'évaluation des charges en soins par l'outil Pathos est basée sur les « traces » dans les dossiers médicaux des résidents. Pathos impose en effet une logique selon laquelle « tout travail doit être tracé ». Une pathologie ne sera pas prise en compte si elle n'a pas été suffisamment décrite dans le dossier.

[54] Michel Grignon, 2006, « La question de la régulation des systèmes de santé », *Revue française des affaires sociales*, n° 2-3, p. 43-62.