

"Forfaitiser" la section soins des Ehpad et "arrêter" avec Pathos



Crédit: Shutterstock/De brown32

Alors que la DGCS réfléchit à parfaire le système des coupes Pathos avec des algorithmes, Didier Sapy, le directeur de la Fnaqpa, appelle à abandonner l'outil pour "une forfaitisation" des soins. Objectif: davantage coller à la réalité "de la vie" des résidents et utiliser "temps et énergie" à en améliorer la qualité.

Outre [la fusion des sections soins et dépendance](#) et la nécessité de [délester l'hébergement de dépenses pouvant être "socialisées"](#), la table ronde politique du Géronforum de la Fédération nationale avenir et qualité de vie des personnes âgées (Fnaqpa), organisé les 13 et 14 juin à Strasbourg, a été l'occasion d'évoquer le tarif soins.

Alors que le secteur s'émeut notamment [d'une compensation partielle des revalorisations salariales par l'Etat](#), le directeur général de la cohésion sociale (DGCS) a assuré qu'elles étaient "financées".

"Je pense qu'on a fait le boulot sur la dotation soins", a souligné Jean-Benoît Dujol.

"Et les contestations, on les a gagnées, car notre dossier était bon. On s'est même substitués à d'autres pour financer [ces revalorisations] et on a financé plus ce qu'on aurait dû. La somme des dépenses de l'assurance maladie [sur cette dépense] depuis le début du Ségur, c'est de l'ordre de 3 milliards d'euros", a-t-il justifié.

Une affirmation nuancée par Didier Sapy, le directeur de la Fnaqpa: "C'est financé en macro-économie mais pas en micro-économie. Certains [Ehpad] sont surfinancés et d'autres, sous-financés. Et certains recours sont encore en cours, vous avez perdu en première instance et vous êtes en appel", a-t-il précisé.

Concernant le calcul de la dotation soins, Gerontonews a pointé lors de cette table ronde [l'imperfection des coupes Aggir et Pathos](#), reconnue par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) même.

Or, le GMP et le PMP moyen des Ehpad interviennent, depuis la loi "vieillesse", dans l'équation GMPS [pour l'attribution du forfait soins](#).

Vers "l'intelligence artificielle au service de la tarification"?

"[On accélère sur les coupes Pathos](#)", a rappelé Jean-Benoît Dujol, reconnaissant toujours un manque de ressources médicales "pour les faire et les valider".

Profitez de toute l'information Gerontonews.com en continu & illimité

Articles illimités

Dossiers pratiques illimités

Newsletter quotidienne

Multi-comptes

Testez **gratuitement** pendant 1 mois

DÉCOUVRIR L'OFFRE

"On a des coupes qui sont trop anciennes, qui ont quatre ans, cinq ans [...] notre souhait c'est vraiment d'accélérer", a-t-il insisté.

Comme la CNSA l'avait laissé entendre auprès de Gerontonews début avril, il a confirmé que la DGCS pilotait une réflexion sur une piste d'amélioration.

"Nous avons des projets sur le sujet en matière d'intelligence artificielle au service de la tarification", a-t-il dévoilé. L'idée serait d'aller chercher les données "dans les [dossiers informatisés](#) des résidents" via "un algorithme automatisé, sans renoncer à l'expertise médicale mais en l'allégeant et en la limitant à une forme de contrôle et de validation d'une coupe qui serait préparée par informatique".

"A modèle de tarification inchangé", il s'agirait de "pouvoir mobiliser, extraire [des données], automatiser la coupe, et donc pouvoir couper plus souvent et mieux financer les établissements".

"Le projet est totalement [balbutiant]", la DGCS prévoyant de "lancer dans quelques semaines une étude de faisabilité", mais Jean-Benoît Dujol a dit y "croire beaucoup".

Interrogé pour savoir s'il était question d'annualiser les coupes Pathos, il a répondu que "si on le peut le faire de manière très réactive, pourquoi ne pas le faire une fois par an?"

"Arrêter le 'pathogage'"

"Pourquoi on n'arrête pas avec Pathos?", a cinglé Didier Sapy en réaction. "Cela ne rime plus à rien, on est enfermés dans un système de mesure de la polyopathie, on en oublie l'essentiel. Pathos fait partie de ce qui a causé l'"inaccessibilité" et les difficultés actuelles des établissements. Il a certes amené du financement, mais dans un système qui est vicié par rapport à l'innovation, la qualité de vie, le développement des capacités des personnes. Et nous, on continue cet engrenage infernal!", s'est-il désolé.

"Pathos servait à une équation tarifaire qui n'a plus aucun sens parce qu'il n'y a plus rien qui [y] soit équitable. Je me demande même comment vous pouvez faire une équation tarifaire aujourd'hui alors qu'il n'y a plus rien, dans le système de financement, qui soit équivalent d'un établissement à l'autre, du secteur public à l'associatif par exemple", a illustré le directeur de la Fnaqpa.

"On a établi un système dans lequel tout le monde s'est engouffré, après lequel tout le monde continue de courir alors qu'il illustre parfaitement tout ce qu'il ne faut plus faire!", a-t-il continué.

"Vous êtes-vous posé la question d'à quoi servent ces outils?", a-t-il demandé au DGCS, interrogeant l'utilité d'Aggir et de Pathos quant à "l'amélioration de la qualité de vie des résidents et de la situation des Ehpad. Quand est-ce qu'on arrête le 'girage' et le 'pathogage'?", a-t-il raillé.

"Trop de choses" manquent dans l'équation tarifaire GMPS

"[La fusion des sections](#) [soins-dépendance] sera l'occasion de se reposer la question [Aggir et Pathos], car on ne va pas, dans une seule section financée par la même personne publique, évaluer la même personne de deux manières différentes. On a donc bien prévu de se demander comment on tarifie de manière unique une section unifiée", a répondu Jean-Benoît Dujol.

"Pour autant, je ne suis pas certain qu'on puisse se dispenser d'un dispositif de caractérisation des besoins de la personne qui justifient des financements différenciés en fonction de la situation", s'est-il positionné, rencontrant à nouveau l'opposition frontale de Didier Sapy.

"Le problème, on le répète depuis des années, c'est qu'on s'est focalisé depuis 20 ans sur les besoins médico-techniques, qui ne [reflètent pas] la vie des gens. [Ces besoins] existent, mais maintenant, on sait faire", a réattaqué le directeur de la Fnaqpa.

"Là où on est arrivé, je pense qu'on peut forfaitiser la prise en soin des besoins médico-techniques, se passer d'un outil de mesure de ces besoins et arrêter avec ce système qui nous prend du temps, de l'énergie et de l'argent quelquefois, et qui n'a plus aucun sens par rapport à la vie d'un établissement", a-t-il persisté.

"Donc on forfaitise et on discute d'innovation, de qualité de vie et des attentes des gens [...]. D'autant que le besoin en soins est financé de manière totalement arbitraire, car dans l'équation tarifaire, par rapport à Pathos, la seule chose qui n'est pas scientifique c'est le multiplicateur en euros. Alors qu'on arrête de nous dire que c'est un juste financement d'un réel besoin de soins!", a-t-il conclu.

"Je vous rejoins sur le fait que trop de choses ne sont pas dans l'équation", a reconnu le DGCS. "C'est paradoxal que dans les années précédentes, -ce n'est pas le cas cette année-, on

revalorise la valeur du point sur la section soins de manière très faible, en dessous de 1%, et qu'on multiplie les tarifications et les compléments de tarification *ad hoc* avec des subventions fléchées sur tel ou tel objet", car "cela détruit la logique de l'équation", a développé Jean-Benoît Dujol.

"Soit l'équation permet de capturer, de décrire de manière précise, un besoin de prise en soins et il faut l'appliquer de manière globale et rigoureuse dans toute sa logique, soit ce n'est pas le cas, et on n'a plus besoin d'équation".

"Ce qu'on a essayé de faire dans [la circulaire budgétaire numéro un](#) cette année est de remettre des choses dans le taux, et donc dans l'équation, et d'éviter justement -car cela contribuait à l'arbitraire et à l'opacification du modèle de financement-, d'[y] remettre des mesures qui [pouvaient] être gérées [hors taux]. [D'où ce taux de 3%, -de 5% pour certains-](#), qui a pu être déterminé, alors qu'en construction, si l'on avait appliqué les mêmes modalités que les années précédentes, on aurait revalorisé de 0,8% la valeur du point. On est monté à 3%, certes à budget constant", a défendu le DGCS.

"Mettre fin aux 'faisant-fonction' par le haut et pas le bas"

Interrogé par Gerontonews sur l'encadrement juridique des personnels [faisant-fonction d'aides-soignants](#), largement répandus en Ehpad alors qu'ils ne sont pas qualifiés, le DGCS a renseigné qu'un texte "se prépar[ait]" dans le cadre "[d'une stratégie d'ensemble](#)" sur les métiers du grand âge.

Fin 2023, Aurore Bergé, alors ministre des solidarités et des familles, avait évoqué d'ici à 2025 [le déploiement d'un "plan de qualification" pour ces agents](#).

"Sur les faisant-fonction, il y a une dimension de qualifications illégales, que l'on veut résorber. La réponse est un plan de qualification massif, donc d'accélérer l'entrée en formation, la sortie et l'accès au diplôme d'Etat d'aide-soignant [pour ces agents]", a détaillé Jean-Benoît Dujol.

"Après, lorsqu'on a affaire à 25%, en moyenne nationale, de faisant-fonction, et quand on regarde les flux de diplomation, cela ne marche pas [...] donc il y a [aussi] une dimension de régularisation, qui passe par l'accès à des certifications qui ne sont pas des diplômes d'Etat", a-t-il poursuivi.

Le DGCS a suggéré "peut-être des certifications *ad hoc* qu'on peut travailler ensemble [avec les fédérations]. Nous voudrions que personne qui soit amené à interagir de manière technique avec des résidents ne puisse le faire sans un minimum de formation. Nous voulons mettre fin aux faisant-fonction par le haut et par le bas, ce qui suppose de prendre des textes qui sont en cours d'écriture et qu'on espère sortir [prochainement] mais je ne sais pas si ce sera possible", a-t-il résumé, étant donné [le contexte politique](#).

Plus largement, sur la sécurité au travail dans le champ du grand âge, il a rappelé les "négociations en cours autour de la COG [convention d'objectifs et de moyens] de la branche AT-MP [accidents du travail-maladies professionnelles, de la sécurité sociale] pour essayer de [flécher plus qu'aujourd'hui une partie des financements AT-MP](#) sur le médico-social.

"C'est validé dans son principe, j'espère que ce sera signé avant le 7 juillet [date du second tour des élections législatives, NDLR], car on aurait des fonds dédiés au médico-social par la branche AT-MP pour aller au-delà [des financements existants](#), qui sont totalement insuffisants. Il y a un combat majeur à mener [sur] la crise des vocations, les conditions de travail et la sinistralité", a-t-il souligné.

cbe/ab