



EHESP

**Directeur d'établissement sanitaire,
social et médico-social**

Promotion : **2018-2019**

Date du Jury : **décembre 2019**

**La coupe PATHOS en EHPAD : un enjeu
stratégique à piloter**

Eve GUILLAUME

Remerciements

Je remercie ma maîtresse de stage, directrice de l'EHPAD où j'ai réalisé mon stage de professionnalisation pour son accompagnement tout au long de ces 8 mois, pour sa disponibilité à échanger sur ma thématique de mémoire et pour son engagement sans faille pour un service public du médico-social qui a aiguisé ma vision de ce secteur.

Je remercie également le médecin coordonnateur de l'EHPAD et la cadre supérieure de santé pour nos échanges toujours riches, nos débats éthiques et nos questionnements qui ont enrichi mon travail sur l'outil PATHOS.

Je remercie Madame Odessa Petit pour son aide précieuse dans l'élaboration de la méthode d'investigation et dans la conception des grilles d'entretien.

Je remercie également l'ensemble des personnes qui ont consacré du temps pour répondre à mes questions lors des entretiens ainsi que les personnes ayant relu avec dévouement mon mémoire.

Sommaire

Introduction	3
1 Le référentiel PATHOS : construction d'un outil de tarification devenu stratégique pour la gestion des EHPAD	5
1.1 La nécessité de développer un outil commun à tous pour déterminer la dotation en soins..	5
1.2 Un outil dont l'adaptation à l'évolution de la prise en charge en EHPAD s'est montrée indispensable	7
1.2.1 La création d'un comité scientifique des référentiels AGGIR et PATHOS.....	7
1.2.2 Un outil standardisé dont certains biais sont observés.....	8
1.3 La maîtrise de l'outil PATHOS : un enjeu pour les EHPAD	9
1.3.1 La coupe PATHOS : fonctionnement	9
1.3.2 La place du directeur d'établissement durant la coupe PATHOS	13
1.4 Photographie du PATHOS en France	14
2 Étude de la méthodologie PATHOS à l'EHPAD	16
2.1 Présentation du lieu d'étude	16
2.2 Matériels et méthodes	17
2.2.1 Étude qualitative	17
2.2.2 Étude quantitative et analyse de données	20
2.3 Présentation du déroulement de la coupe PATHOS dans l'établissement	20
2.3.1 Une anticipation de la coupe PATHOS dès 2016	20
2.3.2 Six mois de mobilisation des équipes en amont du jour de la coupe.....	24
2.3.3 De la coupe PATHOS à la présentation des résultats	33
2.4 Interprétation du résultat de la méthode utilisée par l'établissement	37
2.4.1 Une montée en charge significative des transmissions et des surveillances mais une pertinence des cibles à améliorer	37
2.4.2 Une montée en compétence des soignants, qualifiée de valorisante.....	40
2.4.3 Une compréhension des enjeux de l'établissement par l'équipe qui agit sur les facteurs de motivation et renforce la dynamique d'équipe.....	41
2.4.4 Une charge de travail conséquente soulevée quasi-unanimement par les équipes soignantes...	43
2.4.5 Une amélioration de la prise en charge médicale liée à l'implication importante du médecin coordonnateur	44
3 Mobiliser autour de l'enjeu PATHOS : des Clés de réussite identifiées	47
3.1 Un trinôme indispensable : directeur, médecin coordonnateur, responsable des soins	47
3.2 Une anticipation de la coupe PATHOS par la formalisation d'un calendrier	48
3.2.1 Qualifier le besoin de l'établissement et resituer l'enjeu PATHOS dans le contexte	48
3.2.2 Organiser le pilotage de suivi du projet.....	49
3.2.3 Dérouler le rétro-planning de la préparation de la coupe.....	50
3.3 Des variables restent non maîtrisables lors d'une coupe PATHOS	52
Conclusion	55
Bibliographie	57
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupes Iso Ressources
AMI : Acte médico-infirmier
AMP : Aide médico-psychologique
ANAP : Agence nationale d'appui à la performance
APA : Allocation personnalisée d'autonomie
APM : Agence presse médicale
ARS : Agence régionale de santé
AS : Aide-soignant
ASG : Assistante de soins en gérontologie
ASH : Agent de service hospitalier
CA : Conseil d'administration
CASF : Code de l'action sociale et des familles
CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CTE : Comité technique d'établissement
CVS : Conseil de la vie sociale
DLU : Dossier de liaison d'urgence
Dominic : dotation minimale de convergence
EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ETP : Équivalent temps-plein
FFAMCO EHPAD : fédération française des associations de Médecins Coordonnateurs en
Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
GALAAD : Gérontologie Approche Logistique pour une Aide à l'Analyse et à la Décision
GDS : Echelle Gériatrique de dépression
GIR : Groupe iso-ressource
GMP : GIR moyen pondéré
GMPS : GIR moyen pondéré soins
HAD : Hospitalisation à domicile
HAS : Haute autorité de santé
IDE : Infirmier diplômé d'état
IGAS : Inspection générale des affaires sociales
LFSS : Loi de financement de la sécurité sociale

MNA : Mini Nutritional Assessment

MMS : Mini Mental State

NPI-ES : Inventaire neuropsychiatrique version équipe soignante

PASA : Pôle d'activité de soins adaptés

PMP : PATHOS moyen pondéré

SFGG : Société française de gériatrie et gérontologie

USLD : Unité de soins longue durée

Introduction

Le vieillissement de la population et la médicalisation progressive avec l'avancée en âge ont contribué à augmenter les besoins sanitaires et médico-sociaux de la population entraînant une augmentation des dépenses de santé inéluctable. Face à ce constat, les établissements de santé sont soumis à des contraintes budgétaires ou à des objectifs financiers, fixés nationalement, et la maîtrise financière et budgétaire sont devenus des axes centraux de leur gestion, notamment dans le secteur public. Ainsi, des dispositifs ont été créés pour maîtriser l'activité et ses coûts dans le domaine de la santé. Une attention gestionnaire de plus en plus forte a été demandée aux managers des établissements médico-sociaux qui s'est traduite par la mise en place d'outils successifs, motivés aussi par une volonté de transparence de gestion et d'équité des dépenses publiques.

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont financés, encadrés et tarifés par l'état concernant les soins délivrés. Des réformes successives ont eu lieu ces trente dernières années à propos du financement public des soins passant ainsi progressivement d'un forfait par établissement variant en fonction du statut juridique à la répartition de financements selon l'état de santé et de dépendance de la personne accueillie. En 2007, la grille PATHOS est ainsi devenue un outil de tarification.

Élaboré en 2001 par le Syndicat National de Gériatrie Clinique et le service médical de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) à partir de l'échantillon « ERNEST¹ », l'outil PATHOS est utilisé pour quantifier le niveau de soins requis des résidents d'un EHPAD et ainsi participer à déterminer le niveau de dotation en soins. PATHOS peut être défini comme un outil permettant d'évaluer les niveaux de soins nécessaires pour assumer la prise en charge de toutes les pathologies d'une population de personnes âgées, en établissement ou à domicile.

Le niveau de dotation en soins d'un établissement est déterminé par une équation tarifaire qui tient compte du Groupe iso-ressource moyen pondéré (GMP) et du PATHOS moyen pondéré (PMP). Le niveau de PMP d'un établissement est arrêté lors d'une coupe PATHOS par un médecin valideur de l'Agence régionale de santé (ARS). Cette coupe est une photographie d'une population de personnes âgées à un moment donné. Elle est préparée par le médecin coordonnateur et nécessite la mise en œuvre d'une méthodologie particulière et la mobilisation de l'ensemble des intervenants médico-soignants.

¹ Étude publiée en 2003 par la CNAMTS « Etude PATHOS sur l'échantillon ERNEST 2001. Les soins de santé en maisons de retraite, foyers logements et services de soins de longue durée au niveau national » suite à la demande de la mission Marthe, mise en place par le Ministère en charge de la santé dans le cadre de la réforme de la tarification des EHPAD prévue par la loi du 24 janvier 1997.

Le résultat d'une coupe PATHOS est cruciale pour un établissement. Il doit correspondre au mieux aux besoins en soins de l'établissement afin que la dotation soit au plus près des dépenses de l'établissement nécessaire pour l'accompagnement des résidents dans leur prise en charge médico-soignante

L'établissement, où s'est déroulé le stage de professionnalisation, devait réaliser sa coupe PATHOS en mai 2019. Il s'agissait de l'une des priorités définie par l'établissement. La précédente coupe PATHOS, arrêtée à 181, était réputée inférieure à la réalité des profils accueillis dans l'établissement. L'enjeu était alors d'augmenter significativement le PMP de l'EHPAD. Depuis 2016, la directrice de l'établissement avait déterminé une méthodologie de travail pour atteindre cet objectif, en lien avec le médecin coordonnateur et les encadrants de l'équipe soignante.

Le directeur de l'établissement n'a pas de rôle clairement défini dans une coupe PATHOS selon le guide méthodologique de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). En effet, le médecin coordonnateur est l'acteur central de la préparation de la coupe PATHOS. Pourtant, celle-ci contribue à définir les budgets de l'établissement que le directeur a la responsabilité de gérer. L'EHPAD ayant mis en œuvre une méthode de travail particulière, impulsée par la directrice dont l'implication paraissait importante, l'étude de la méthodologie et de ce plan d'action sur le résultat du PMP semblait pertinente : comment le directeur d'un établissement peut accompagner la réalisation d'une coupe PATHOS et contribuer à sa réussite, en fonction des objectifs fixés ? Quels impacts peuvent avoir sa participation et quel levier peut-il actionner pour mobiliser l'ensemble de l'établissement autour de la coupe PATHOS ?

La première partie s'attachera à présenter l'évolution du financement de la section soins et le fonctionnement de l'outil PATHOS. La deuxième partie sera consacrée à l'analyse de la méthodologie utilisée dans le cadre de la coupe PATHOS de l'établissement où s'est déroulé le stage long et à en discuter les effets sur le résultat obtenu. Enfin, la dernière partie ouvrira sur une proposition de méthode adaptée à une coupe PATHOS en EHPAD.

1 Le référentiel PATHOS : construction d'un outil de tarification devenu stratégique pour la gestion des EHPAD

Le budget des EHPAD se découpe en trois sections tarifaires : la section hébergement, la section dépendance et la section soins. Ainsi on distingue trois sources de financement pour chacune des sections avec des modalités de détermination des montants propres (Annexe 1). Depuis 2007, le GIR moyen pondéré soins (GMPS) est l'équation tarifaire permettant de définir le niveau de financement du budget soins par l'Assurance maladie.

La genèse de l'outil (1.1) et son adaptation à l'évolution du public accueilli (1.2) permettent de comprendre l'enjeu qu'il recouvre pour les EHPAD (1.3) et enfin de dresser un panorama du niveau de PMP des établissements en France (1.4)

1.1 La nécessité de développer un outil commun à tous pour déterminer la dotation en soins

Avant l'introduction de l'outil PATHOS et Autonomie Gérontologie Groupes Iso Ressources (AGGIR), un nombre important de grilles de références en matière de calcul de la dépendance d'une personne âgée existait. Il n'y avait donc aucune harmonisation des pratiques. Ainsi, il était possible qu'une autorité de tarification se réfère à un outil très différent de celui utilisé par un établissement (BRAMI, 2013).

La dotation en soins était auparavant attribuée par une dotation minimale de convergence (Dominic) qui fonctionnait sur la logique d'un plancher commun². Cette dotation pouvait être augmentée par arrêté préfectoral. La dotation Dominic présentait trois contraintes : elle était exponentielle de par les coefficients multiplicateurs et l'équation tarifaire utilisée, elle n'était pas équitable sur le territoire en tarifant différemment des établissements similaires selon leur implantation territoriale et elle tenait compte imparfaitement du besoin en soins (Bonne, 2018). Né d'une volonté de disposer de données quantifiées permettant de décrire l'état de santé des personnes âgées et de mettre en évidence les besoins liés à la prise en charge, à l'aide et aux

² La Dominic était déterminée à partir du GMP, auquel s'ajoutait un nombre forfaitaire de points fonction du degré de médicalisation de l'établissement, l'addition des deux formant le GMPS. Ce dernier était par la suite multiplié par une valeur de point définie par circulaire ministérielle, puis par le nombre de résidents.

soins nécessaires, le décret 99-316 de 1997³ a fixé l'obligation de recours à l'outil AGGIR pour mesurer la dépendance. Cet outil évalue la perte d'autonomie, or celle-ci n'est pas toujours corrélée à la présence d'une ou plusieurs pathologies chroniques ou affections aiguës. Ainsi, l'outil PATHOS répondait quant à lui à une demande particulière de la CNAMTS de disposer d'un outil complémentaire à AGGIR centré sur les pathologies les plus fréquentes en gériatrie et les projets de soins, afin de permettre la comparaison des établissements. Ce dernier modèle est élaboré en 2001 en partenariat avec le syndicat national de gérontologie clinique et le service médical de la CNAMTS.

Le rapport d'information du sénateur Vasselle en 2011 évoque un processus de médicalisation qu'il qualifie de « pathossification » à partir de 2007 avec l'inscription du PATHOS comme outil de tarification des EHPAD. En effet, l'article 56 de la loi n°2007-290 du 5 mars 2007 a instauré l'outil PATHOS comme outil de tarification à côté de la grille AGGIR afin de mieux prendre en compte la charge réelle en besoins de soins pesant sur les Unités de soins de longue durée (USLD) et les EHPAD. L'introduction de ce nouvel outil a permis de réévaluer les dotations en soins des établissements les moins dotés et a conduit à une augmentation sensible des moyens globalement accordés aux EHPAD (Comité scientifique des référentiels AGGIR et PATHOS, 2012).

Pour le sénateur Bonne, l'introduction du PATHOS moyen pondéré (PMP) en 2007 répond à un double impératif : la nécessité d'avoir une dotation plus conforme aux besoins thérapeutiques réels mais aussi de maîtriser la dépense publique par une gestion plus contrainte des deniers publics. Ainsi la pondération par le poste de soins vise « à tenir compte de la contrainte financière que suppose la rémunération des différents personnels ». Le sénateur pense ainsi que le calcul PMP est « davantage soumis à la logique budgétaire qu'à la logique sanitaire ».

Depuis 2007, les points obtenus en additionnant le GMP et le PMP majorés par un coefficient permettent donc de calculer le GMPS. Cette somme multipliée par une valeur en euros, et par le nombre de lits exploités, définit une dotation théorique pour chaque établissement.

$$\mathbf{GMPS = GMP + (PMP*2.59) = \text{nombre de points GMPS}}$$

³ Il s'agit d'un décret d'application de la loi n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance.

Dans l'optique de la convergence tarifaire⁴, la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2009⁵ a rendu opposable la notion de tarif plafond par l'autorisation donnée au Ministre des affaires sociales et de la santé de définir des règles permettant de ramener les tarifs effectivement pratiqués au niveau des tarifs plafonds.

1.2 Un outil dont l'adaptation à l'évolution de la prise en charge en EHPAD s'est montrée indispensable

En 2009, seul 45% des places en établissement étaient concernées par l'outil de tarification « PATHOS » démontrant une mise en place progressive. En effet, les décideurs ont entériné une mise en œuvre par étape de l'outil PATHOS dans les EHPAD. Il s'agit d'une décision pragmatique au regard de la situation de ces établissements : difficulté à rassembler les données médicales nécessaires par l'absence de médecin coordonnateur et technicité requise pour rassembler et présenter les données médicales probantes (IGAS, 2010). Au cours de son application, la nécessité d'ajuster périodiquement l'instrument PATHOS à l'évolution et la réalité des EHPAD s'est avérée nécessaire.

1.2.1 La création d'un comité scientifique des référentiels AGGIR et PATHOS

Dès sa création, le référentiel se base sur des ordonnances qui couvrent les situations médicales majoritairement rencontrées en EHPAD. Pour un profil de résident est associé des ordonnances décrivant les soins requis pour ce profil, comme le temps d'intervention d'un infirmier, d'un orthophoniste etc. Au cours des années, les consignes de codage ont été actualisées suite aux recommandations élaborées chaque année par l'assurance maladie puis la CNSA. Les sociétés savantes et les organisations professionnelles ont démontré l'importance d'une mise à jour reposant sur une base scientifique.

Un comité scientifique des référentiels AGGIR et PATHOS a alors été créé par arrêté ministériel le 31 octobre 2011. Il était chargé d'émettre des recommandations qui ont été publiées en 2012. Une lettre de mission ministérielle du 14 juin 2013 a fixé comme prioritaire la réécriture des ordonnances⁶ et la prise en compte de la prévention.

⁴ La convergence tarifaire consiste à ramener les établissements dont le tarif soins excède un plafond national prédéfini au niveau de ce dernier.

⁵ Article 53 de la loi du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009

⁶ Les ordonnances décrivent les couples « état pathologique-poste de soins » possibles et servant de base à la grille Pathos.

Le comité scientifique a achevé son travail par la validation des ordonnances révisées et de l'algorithme de sommation le 29 mars 2017. Cependant la version actualisée définitive n'est toujours pas parue. Selon un article de l'Agence presse médicale (APM)⁷, le retard de parution du nouveau référentiel serait dû à des difficultés d'arbitrage entre le ministère en charge du budget et la CNSA.

1.2.2 Un outil standardisé dont certains biais sont observés

Le référentiel PATHOS est décrit comme un instrument de l'action publique dans les EHPAD au sens de Lascoumes et Le Galès (Dussuert et. Al., 2017). Il oriente, avec l'indicateur GIR, la politique d'accueil des établissements et opérationnalise donc l'action gouvernementale. En diffusant un référentiel national, les établissements peuvent mettre en place une politique d'admission tendant à choisir les nouveaux entrants selon leur niveau de dépendance afin de maximiser leur dotation. Cela peut alors conduire à une standardisation à plusieurs niveaux pour les auteurs :

- Standardisation des publics accueillis : accueil de la grande dépendance
- Standardisation des tâches : rationalisation de l'activité en fixant le temps que doit passer chaque soignant auprès des résidents selon les niveaux de GIR.
- Standardisation de l'information : transmissions écrites dans un logiciel qui permet aussi de mesurer le Pathos et l'évolution du GIR. L'objectif étant aussi d'avoir un accès à l'information détaillée pour les familles et le résident.

L'outil a pu parfois pousser certains établissements à des dérives pour réussir à atteindre un niveau important lors de la coupe. Le Docteur Xavier Gervais souligne que la version 2017 du guide de codage du référentiel Pathos « pousse au crime car plus un résident est malade, plus il rapporte de points et donc de dotations » (APM, 2018). De plus, ce représentant de la fédération française des associations de Médecins Coordonnateurs en EHPAD (FFAMCO-EHPAD) dénonce une sous-estimation des besoins en soins requis par l'outil PATHOS car « selon son expérience sur 10 ans [...] le PMP moyen, en utilisant le guide de codage 2012, on arrive à 280-300, alors que la moyenne nationale affichée ne dépasse pas 220 ». Le guide 2017 ferait donc plafonner, selon lui, le PMP à 260 maximum.

La sénatrice Monique Iborra (2018) a par ailleurs relevé, elle aussi, dans son rapport d'informations que l'outil PATHOS tend à ne pas valoriser la qualité des prises en charge « si l'on met tout en œuvre pour permettre au résident de recouvrer une partie de son autonomie

⁷ Article du 20 novembre 2018 « Ehpads : des questions autour de la mesure des besoins en soins des résidents »

ou pour améliorer son état de santé, notre dotation va diminuer » évoque un directeur d'établissement auditionné par la sénatrice.

La médicalisation des EHPAD est encouragée par les outils financiers actuels comme l'outil PATHOS (Hébert, 2011). Une personne en forte dépendance et ayant un besoin en soins requis important débloque plus de financement qu'une personne restant plus autonome au premier abord. Pour Hébert, la réalité des EHPAD est pourtant tout autre. Faute d'autres alternatives, des personnes en pertes modérées voire faibles d'autonomie y sont hébergées. C'est le cas notamment des personnes sans domicile fixe, des personnes ayant des pathologies psychiatriques ou des personnes vieillissantes en situation de handicap. Pour autant, cela ne veut pas dire que ces personnes pourraient rester à leur domicile et qu'elles ne représentent pas une charge en soins importantes pour les équipes soignantes : temps de négociation, gestion de l'agressivité, prise en charge sociale... Ainsi, ces profils sont difficilement valorisables avec le référentiel PATHOS actuel ce qui peut avoir pour conséquence une réticence des EHPAD à accueillir ces profils de résidents et donc entraîner une sélection à l'admission en fonction des profils PATHOS.

La version actualisée du référentiel qui devrait paraître prochainement, doit notamment tenter de limiter ces biais.

1.3 La maîtrise de l'outil PATHOS : un enjeu pour les EHPAD

L'Agence régionale de santé (ARS) utilise l'outil PATHOS⁸, en complément de la grille AGGIR, comme outils de tarification pour justifier les financements de l'assurance maladie. Le niveau de GMPS est identifié suite à une coupe PATHOS réalisée suivant une méthodologie précise, décrite par la CNSA dans un guide méthodologique.

1.3.1 La coupe PATHOS : fonctionnement

Depuis la loi d'adaptation de la société au vieillissement de 2015, les coupes AGGIR et PATHOS doivent avoir lieu simultanément lors de la conclusion ou du renouvellement du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) qui se substitue aux conventions tripartites pluriannuelles. Ces évaluations font l'objet d'une procédure de validation organisée

⁸ Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 suite à la création des agences régionales de santé

conjointement par le médecin de l'ARS et le médecin du conseil départemental, avant la conclusion du CPOM ainsi qu'au cours de la troisième année du même contrat. Ces évaluations doivent être validées au plus tard le 30 juin de l'année N-1 pour être prises en compte à l'année N. Lors des coupes, le médecin du conseil départemental réalise la coupe AGGIR et le médecin de l'ARS la coupe PATHOS.

Une coupe pathos est l'identification des soins requis ou des soins qu'il faudrait réaliser pendant plusieurs jours (selon la taille de l'établissement).

Le guide d'utilisation du modèle PATHOS (CNSA, 2017) définit les « soins requis » comme « le soin utile, qui devrait être fait pour chaque état pathologique selon les recommandations de bonnes pratiques cliniques de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) ou de la Haute Autorité en Santé (HAS), par exemple. Mais c'est également un soin qui devrait être :

- Réalisable et acceptable éthiquement compte tenu de l'état de santé global du patient ;
- Non refusé par le patient ;
- Que l'on ait ou que l'on n'ait pas actuellement les moyens nécessaires pour faire ce soin ;
- Si le soin n'est pas prescrit par le médecin traitant, alors qu'il semble que le soin soit requis selon l'avis du médecin coordonnateur, il faut s'interroger sur les raisons de la non prescription par le médecin traitant. Dans cette situation, le soin n'est pas systématiquement requis, l'avis du médecin traitant est à prendre en considération s'il apparaît justifié. »

Ainsi, c'est le médecin coordonnateur qui a la charge de coder les dossiers des résidents et non le médecin traitant. De plus, une importance particulière est portée sur le consentement éclairé du résident.

Le modèle Pathos consiste à identifier dans un thésaurus de 50 états pathologiques, tout ce dont souffre la personne le jour de l'évaluation. Puis chaque état pathologique est qualifié par un des 12 profils de soins possibles (tableau 2), en indiquant les soins requis par l'état pathologique compte tenu du contexte clinique.

Tableau 2 : présentation des 12 profils de stratégie thérapeutique ou profils de soins
(Source : CNSA, 2017)

T1	Soins importants et multiples avec surveillance médicale quotidienne. Pronostic vital en jeu dans l'immédiat.
T2	Equilibration et surveillance rapprochée. Surveillance médicale pluri-hebdomadaire et permanence infirmière 24h sur 24 requise le plus souvent.

P1	Soins de prise en charge psychiatrique de crise, mais aussi de rechutes fréquentes.
P2	Soins de prise en charge psychiatrique continue, soutien psychothérapeutique.
R1	Rééducation fonctionnelle intensive, le plus souvent individuelle.
R2	Rééducation fonctionnelle d'entretien, discontinuée ou allégée chez un patient ne pouvant supporter une rééducation intensive, parfois collective après évaluation individuelle.
CH	Plaies, soins locaux complexes et longs (opérés récents, plaies importantes, dermatoses), mobilisant l'infirmière au moins 20 minutes tous les deux jours.
DG	Investigations pour un état non diagnostiqué
M1	Etat terminal soins psychothérapeutiques et/ou techniques lourds
M2	Etat terminal d'accompagnement sans soins techniques lourds conduisant au décès à plus ou moins longue échéance.
S1	Surveillance épisodique programmée au long cours des affections chroniques stabilisées et de leurs traitements
S0	Absence de toute surveillance ou de traitement (pathologie séquellaire, traitement inutile ou inefficace...)

Enfin, pour chaque couple état pathologique - profil présenté par personne, est évalué le niveau de soins requis à sa prise en charge dans les 8 postes de ressources définis en fonction du temps requis près du malade (CNSA, 2017) :

- Le gériatre, en minutes par semaine ;
- Le psychiatre, en minutes par semaine ;
- L'infirmier en actes médico-infirmiers (soit 10 minutes) par semaine ;
- La rééducation, en minutes par semaine ;
- Le psychologue, en minutes par semaine ;
- La biologie, total d'un coefficient par semaine ;
- Les explorations, en actes par semaine pondérée ;
- La pharmacie et le petit matériel, coût réel journalier.

Cette évaluation qui a donc lieu tous les trois ans, de par les enjeux associés au budget, nécessite une préparation importante. Le rassemblement des informations par le médecin coordonnateur et les équipes doit commencer, même dans un EHPAD bien organisé, au moins six mois avant le déplacement des médecins de l'ARS (IGAS, 2010). Ainsi, la CNSA et les ARS proposent des formations sur la bonne utilisation de l'outil. Le médecin coordonnateur a l'obligation de suivre celle-ci pour que la coupe soit validée par la suite.

Afin que l'évaluation de la coupe PATHOS soit possible, la CNSA et les ARS veillent à ce que l'établissement soit dans des conditions de fonctionnement stables. Trois critères définissent cette stabilité pour la CNSA :

- L'établissement doit être ouvert depuis au moins 6 mois ;
- Il ne doit pas être dans une période d'épidémie ;
- Le médecin coordonnateur ne doit pas être nouvellement recruté ;
- Elle ne doit pas être réalisée dans une période de bilans systématiques à destination de la majorité des résidents puisque cela ne correspond pas à un état de fonctionnement habituel de l'établissement.

La date d'une coupe PATHOS est fixée par le médecin coordonnateur et le médecin valideur de l'ARS. A partir de cette date où l'ensemble des données est enregistré sur le site de la CNSA (base Galaad), l'ARS a un délai de 3 mois pour valider la coupe. Au-delà, la validation est tacite excepté si des erreurs supérieures à un taux qui est fixé par arrêté, sont constatées. Dans cette dernière situation, l'ARS dispose de 2 mois à compter de la validation tacite pour saisir le médecin valideur. En cas de litige entre le médecin coordonnateur et médecin valideur, une commission régionale de coordination médicale, présidée par le médecin conseil de l'ARS se réunit dans une démarche de conciliation amiable avant tout recours contentieux (Article L.314-9 du code de l'action sociale et des familles (CASF)).

La coupe est donc réalisée sur un jour donné. Tous les résidents sont pris en compte sauf : les résidents hospitalisés le jour de la coupe (exception de l'hospitalisation à domicile (HAD)), les personnes en accueil de jour et en hébergement temporaire, les personnes de moins de 60 ans. Les médecins de l'ARS et du conseil départemental analysent par la suite les données qui ont été transmises par le médecin coordonnateur sur l'ensemble des résidents. Le médecin de l'ARS sélectionne un pourcentage de fiches qui seront à valider pour Pathos (en moyenne 50 à 70% des résidents). Enfin, les médecins se rendent sur site en présence du médecin coordonnateur et d'autres personnes de l'équipe soignante. La présence du directeur n'y est pas autorisée. L'ensemble des éléments médicaux des résidents doit être rendu accessible aux médecins de l'ARS pour la vérification⁹.

⁹ Cette procédure est détaillée dans l'arrêté du 15 novembre 2013 relatif aux modalités de validation des évaluations de la perte d'autonomie et des besoins en soins des personnes âgées accueillies dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, pris en application de l'article R. 314-171-2 du code de l'action sociale et des familles

A chaque dossier étudié, si le médecin de l'ARS est d'accord sur le codage PATHOS du médecin coordonnateur, celui-ci est validé. Si les deux médecins sont d'accord sur une modification du codage, cette modification est validée. En revanche, en cas de désaccord les deux médecins remplissent des fiches argumentaires qui seront soumises à la commission régionale de coordination médicale.

A l'issue de la validation, un certificat mentionnant la valeur du GMP validé et du PMP validé est imprimé ainsi qu'un bilan AGIR PATHOS. Le médecin coordonnateur doit signer les documents avant transmission à l'ARS et au conseil général.

1.3.2 La place du directeur d'établissement durant la coupe PATHOS

Le directeur n'est pas directement impliqué lors d'une coupe PATHOS. Le guide d'utilisation du modèle PATHOS de la CNSA qui décrit la méthodologie de l'outil et son application, précise le rôle du médecin coordonnateur dans la préparation et la réalisation de la coupe PATHOS. Ainsi, il rassemble les informations avec l'appui des équipes paramédicales et des personnels médicaux pouvant intervenir dans l'établissement. Il y est précisé que la formation du médecin coordonnateur par l'ARS est obligatoire pour prétendre à une validation de la coupe. C'est aussi le médecin coordonnateur qui défend les dossiers des résidents face au médecin valideur. Dans ce même guide, le terme « directeur » est absent. Il apparaît donc que la coupe PATHOS est avant tout une question médicale.

Par conséquent, le médecin coordonnateur et le médecin de l'ARS qui valident le codage, ont un impact prédominant dans le calcul du financement public alloué pour les soins. L'attribution du financement des soins n'est plus une affaire entre administratifs comme avec la DOMINIC qui octroyait un pouvoir discrétionnaire dans l'attribution des financements, mais une affaire entre médecins de différents corps avec un rôle limité des administratifs (Xing, 2015).

Pour autant, la coupe PATHOS est déterminante dans l'attribution des budgets soins de l'établissement et « c'est l'enjeu essentiel financier de l'établissement » comme l'indique la directrice de l'établissement étudié lors d'un entretien, puisque la médicalisation est de plus en plus importante dans les EHPAD. *« On n'a aucune prise en tant que directeur pour avoir un budget, notamment si on n'a pas un médecin coordonnateur et un cadre de santé qui tiennent la route, et ça je trouve que c'est rude parce qu'en terme de pilotage et de management, toute la responsabilité [du résultat de] la coupe PATHOS est essentiellement portée par le directeur ».*

En effet, la coupe PATHOS déterminant les budgets de la section soins des EHPAD (forfait soins) impacte directement le financement des postes de médecins coordonnateurs, d'infirmiers, d'une partie des postes d'aides-soignants (AS), d'assistants de soins en

gérontologie (ASG) et d'aides médico-psychologiques (AMP) ainsi que des autres paramédicaux (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens...) pouvant intervenir (Annexe 1). Pour la directrice de l'établissement « la coupe PATHOS c'est le forfait soins donc c'est la possibilité d'améliorer ou pas la prise en charge médicale et paramédicale par la suite ».

Les dépenses en personnel, dans les EHPAD, représentées en 2016 89% des charges de la section soins. Le reste couvrait les dépenses de prestations et fournitures médicales et paramédicales (8%) ainsi que les dépenses consacrées au matériel médical et son amortissement (CNSA, 2017). Dès lors, selon le résultat de la coupe PATHOS, les effectifs rattachés aux soins peuvent être directement impactés. Pour exemple, une diminution importante du score GMPS aura pour conséquence une diminution du budget soins et entraînera nécessairement une réflexion sur le nombre d'équivalent temps-plein (ETP) et donc sur l'organisation des soins. Au contraire, une augmentation peut permettre une largesse budgétaire amenant à une augmentation du nombre d'ETP dans l'établissement ou des marges de manœuvre plus importantes.

En conclusion, un établissement qui a mal préparé sa coupe PATHOS risque d'avoir un niveau de GMPS validé inférieur à la réalité des besoins en soins des résidents de l'établissement. Par conséquent, 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 » (Xing, 2015).

Quelle place peut alors prendre le directeur de l'établissement pour accompagner les équipes et faire comprendre l'enjeu de la coupe PATHOS ?

1.4 Photographie du PATHOS en France

A partir des indicateurs du tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social, l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) détermine la médiane des points PATHOS à 203 points sur 5250 EHPAD qui ont renseigné les indicateurs en 2017. 50% des EHPAD auraient un PMP compris entre 177 et 232. En analysant par région, l'ANAP constate que :

- Les régions avec les plus faibles médianes se situent dans les régions Pays de la Loire (168), Réunion (183), Corse (186), Centre-Val de Loire (191), Bretagne (199) ;
- Les régions avec les plus fortes médianes se situent dans les régions Guyane (271), Guadeloupe (223), Ile de France (220), Martinique (220) et Haut de France (216).

En étudiant les autorisations des établissements ayant renseigné les indicateurs, l'ANAP souligne que les valeurs médianes des GMP et PMP sont plus élevées dans les EHPAD avec un PASA ou avec une unité spécifique Alzheimer que dans les EHPAD n'en disposant pas. Dans tous les cas, la dispersion des valeurs des GMP et PMP est forte autour de la médiane (30% de taux de dispersion).

Ces différentes données indiquent un écart important de traitement entre les établissements et entre les territoires.

Dans son rapport sur la situation des EHPAD en 2017, la CNSA constate que le niveau de perte d'autonomie des résidents et leur besoin en soins continuent d'augmenter. Les PMP les plus élevés sont constatés dans le secteur lucratif (211) puis dans le secteur public rattaché à un établissement de santé (207) alors que les établissements publics autonomes ont en moyenne 201. Le PMP traduisant le besoin en soins, en première lecture ces données indiqueraient que les EHPAD du secteur lucratif accueillent des résidents ayant besoin d'une médicalisation plus importante que dans le secteur public autonome. Une analyse plus approfondie pourrait aussi mettre en évidence une différence d'organisation entre les secteurs publics et privés lucratif dans la méthode de préparation de la coupe PATHOS : le recrutement de médecin conseil pour appuyer le médecin coordonnateur, la présence d'expert de l'outil PATHOS au niveau du siège sont des pratiques relevées par Jingyue XING dans son article lors du congrès de l'Association Française de Science Politique (2015).

En conclusion, La coupe PATHOS peut être décrite comme un outil financier nécessitant une organisation à priori. Les cotations doivent être justifiées et prouvées par des preuves selon un outil médical. L'outil PATHOS nécessite que le médecin coordonnateur soit investi dans sa mission et connaisse les enjeux liés à cette évaluation. Le directeur de l'établissement s'il n'a pas de prise directe sur l'utilisation de PATHOS devra par la suite adapter le fonctionnement de l'établissement selon les budgets soins obtenus à la suite de la coupe. Il ne peut dès lors se mettre entièrement en retrait de cet enjeu majeur pour la stratégie médicale de l'établissement.

2 Étude de la méthodologie PATHOS à l'EHPAD

L'EHPAD étudié, lieu de stage de professionnalisation de novembre à juin 2019, a réalisé sa coupe PATHOS en mai 2019. La direction de l'établissement s'est particulièrement investie pour la réussite de cette dernière et a mis en œuvre une méthodologie spécifique pour parvenir à mobiliser l'ensemble de l'établissement autour de cet enjeu. La position d'élève directeur durant cette période a permis de suivre la mise en pratique de celle-ci jusqu'à la réalisation de la coupe et de recueillir des matériaux afin d'analyser les points forts et d'amélioration de cette méthode.

Après avoir présenté le lieu d'étude (2.1) et les méthodes d'analyse utilisées (2.2) une description du déroulement de la coupe PATHOS dans l'établissement sera réalisée (2.3) permettant d'analyser la méthodologie utilisée au regard du résultat obtenu (2.4).

2.1 Présentation du lieu d'étude

L'EHPAD étudié est un établissement public autonome. Sa capacité est de 280 lits dont 2 lits en hébergement temporaire. Historiquement, l'établissement résulte d'une fusion entre une maison de retraite intercommunale et une maison de retraite communale. Les deux établissements sont cependant sur le même site mais gardent une architecture en trois bâtiments reliés.

Chaque bâtiment correspond à un pavillon. Le premier comprend 100 lits d'hébergement classique (résidents pluri-pathologiques en perte d'autonomie), le second 100 lits dont 68 d'hébergement dédiés à une prise en charge Alzheimer en unité sécurisée et le dernier comprend, quant à lui, 80 lits dédiés plus spécifiquement à des personnes atteintes de pathologie psychiatrique et vieillissante.

L'équipe de direction de l'établissement est composée de :

- Une directrice
- Une directrice adjointe en charge notamment du service des ressources humaines
- Un responsable des services économiques, financiers et logistiques
- Une responsable des services de soins et d'hébergement (Cadre de santé supérieure)
- Un médecin coordonnateur (pôle médical)
- Une responsable du service des affaires générales, qualité et relations usagers
- Un responsable des services techniques (ingénieur)

Dans chaque pavillon, un cadre de santé est responsable des équipes soignantes (infirmiers, aides-soignants, agents de service hospitalier). Les équipes paramédicales salariées sont composées d'infirmiers, d'1 ETP de psychologue, d'1 ETP de psychomotricienne en charge notamment du pôle d'activité adapté (PASA).

L'établissement est actuellement au tarif partiel sans pharmacie à usage interne et dispose d'une blanchisserie et d'une cuisine interne. Une officine de ville, proche de l'établissement, est chargée des traitements.

2.2 Matériels et méthodes

L'observation et l'analyse de la méthode se sont faites à la fois à l'aide d'outils qualitatifs, à partir d'entretiens semi-directifs et d'outils quantitatifs à partir de données disponibles sur le logiciel de soins.

2.2.1 Étude qualitative

Afin d'analyser la méthode utilisée par l'établissement, des entretiens ont été réalisés auprès de deux groupes de population, en fonction de l'objectif recherché à travers ceux-ci.

Ces deux groupes peuvent être décrit comme suit :

- Groupe 1 : Les soignants participant à la méthodologie dans le cadre de la coupe PATHOS ;
- Groupe 2 : Les personnes ayant élaboré et organisé la méthode pour la coupe PATHOS.

Le premier groupe est composé de professionnels de santé paramédicaux ou d'auxiliaires médicaux. Ils peuvent être répartis en trois sous-groupes :

- Sous-groupe 1 : Les agents de service hospitalier (ASH) des trois pavillons ;
- Sous-groupe 2 : Les aides-soignants des trois pavillons ;
- Sous-groupe 3 : Les infirmiers des trois pavillons.

La constitution de ces sous-groupes avait pour objectif d'identifier les degrés d'implication et les impacts en termes d'indicateur de la qualité de vie au travail sur les trois catégories de profession afin de mettre en perspective des différences ou similitudes. Une répartition par pavillon avait été arbitrée en fonction de la taille des équipes.

Les agents ont été sollicités directement par les cadres de santé de leur pavillon pour obtenir leur accord ainsi qu'une date de préférence. Il était convenu le jour même d'un horaire qui leur convenait dans leur organisation de travail. Une personne du sous-groupe 2 a refusé l'entretien qui devait avoir lieu un jour de canicule de niveau 3 avec un manque d'effectif

soignant et le jour de l'annonce d'un décès dans l'équipe soignante. De plus, un autre entretien a été réalisé avec un autre soignant du sous-groupe 2 suite à l'impossibilité de réaliser un entretien avec la personne initialement prévue (planning non compatible). Enfin, un entretien du sous-groupe 3 n'a pu avoir lieu suite à une suractivité le jour prévu entraînant l'indisponibilité de l'infirmière.

Certains cadres ont annoncé que mon mémoire abordait la thématique de l'outil PATHOS ce qui peut être un biais important puisque certains soignants ont exprimé le fait d'avoir fait des recherches avant l'entretien, de peur de ne pouvoir répondre à mes questions. Un second biais concerne la posture d'enquêteur, puisque le stage de direction avait commencé depuis presque 7 mois au moment des entretiens. Le fait d'être identifiée comme faisant partie de l'équipe de direction a pu empêcher, dans une certaine mesure, de libérer totalement la parole.

Tableau 1 : Personnes contactées pour l'étude et personnes incluses à l'étude :

		Nbr de soignants	Nbr de soignants souhaités	Nombre de personnes contactées	Nombre de personnes incluses (= entretiens réalisés)	Mouvement
Sous groupe 1	Pavillon 1	12	3	2	2	-1
	Pavillon 2	19	3	3	3	
	Pavillon 3	9	2	2	2	
Sous groupe 2	Pavillon 1	26	4	6	4	1C*
	Pavillon 2	30	4	3	3	-1
	Pavillon 3	14	3	3	3	
Sous groupe 3	Pavillon 1	4	2	2	2	
	Pavillon 2	4	2	2	2	
	Pavillon 3	4	2	2	1	-1
Total		122	25	25	22	

*C = Changement de personne suite à l'indisponibilité de l'une des personnes.

Ainsi 22 entretiens ont été réalisés pour ce groupe (tableau 1).

Tableau 2 : Groupe des soignants participant à la méthodologie dans le cadre de la coupe PATHOS (n = 22)		
	n	%
Sexe :		
- Femmes	20	90,9
- Hommes	2	9,1
Fonctions :		

- Sous groupe 1 : ASH	7	31,8
- Sous groupe 2 : Aides-soignants	10	4,5
- Sous groupe 3 : Infirmiers	5	22,7
Pavillon d'exercice		
- Pavillon 1	8	36,4
- Pavillon 2	8	36,4
- Pavillon 3	6	27,3
Ancienneté dans l'établissement		
- Moins d'un an	2	9,1
- 1 à 5 ans	3	13,6
- 6 à 10 ans	1	4,5
- 11 à 15 ans	4	18,2
- 16 à 20 ans	5	22,7
- 21 à 25 ans	3	13,6
- 26 ans et +	4	18,2

Le second groupe correspond aux personnes ayant élaboré et organisé la méthode pour la coupe PATHOS. Dans l'objectif d'approfondir la méthodologie utilisée, les objectifs sous-jacents étaient de mettre en évidence ce qui aurait pu être amélioré ou fait différemment, des entretiens ont été réalisés avec : la directrice de l'établissement, la cadre supérieure de santé, le médecin coordonnateur et deux cadres de santé. Ainsi, cinq entretiens ont été réalisés au sein de ce second groupe.

Au total, vingt-sept entretiens semi-directifs ont ainsi été effectués sur la période du 3 au 26 juin. Ils ont duré en moyenne 17 minutes. La grille d'entretien (Annexe 2 et 3) des soignants avait été conçue de manière à ce que les entretiens soient relativement courts (en moyenne 14 minutes) contrairement au groupe 2 (en moyenne 33 minutes). En effet, les entretiens étant réalisés sur le temps de travail des soignants pour faciliter l'acceptation de celui-ci, il s'agissait de cibler les questions. Ils se sont déroulés physiquement dans un espace calme : un bureau pour l'équipe de direction, la salle de pause, le bureau animation ou la salle de transmission pour les soignants. Un guide d'entretien avait été élaboré, adaptable en fonction de chaque groupe et sous-groupe et validé par l'enseignante suivi du mémoire. Les entretiens ont été enregistrés, avec accord des personnes concernées. Le contenu des échanges a été mis par écrit sous forme de compte rendu et non retranscrit entièrement. L'ensemble a ensuite été

analysé à l'aide d'un guide d'analyse (annexe 4) en fonction du groupe cible sur la période du 1^{er} au 12 juillet. Les verbatim ont été anonymisés. Seul le féminin sera utilisé pour qualifier les personnes du groupe 1 à qui se rattachent les citations afin de préserver l'anonymat puisque seul un infirmier et un ASH ont été rencontrés. L'établissement où s'est déroulé l'étude, a été volontairement anonymisé.

2.2.2 Étude quantitative et analyse de données

L'établissement utilisant Netsoins comme système d'information partagé concernant les données de santé, la partie statistique a permis de recueillir des données quantitatives pour appuyer ou confirmer des hypothèses issues des entretiens. Les données extraites ont été recueillies dans un tableur du logiciel Microsoft Excel.

Les thèmes d'analyse quantitative retenus concernaient la quantité mensuelle de transmissions, la durée d'hospitalisation, le nombre d'hospitalisations et le nombre de décès sur une période de novembre 2017 (installation du logiciel Netsoins) à juin 2019.

2.3 Présentation du déroulement de la coupe PATHOS dans l'établissement

La coupe PATHOS a eu lieu sur site, avec le médecin de l'ARS, entre mi-mai et début juin. La direction de l'établissement et le médecin coordonnateur avaient préparé celle-ci en trois phases : une phase de préparation qui a débuté fin 2017 et qui consistait à faire connaître la méthode PATHOS au plus grand nombre, une phase d'intensification de la mobilisation de l'ensemble des équipes de novembre 2018 à avril 2019 et une phase de clôture de la coupe d'avril à juin 2019.

2.3.1 Une anticipation de la coupe PATHOS dès 2016

L'échéance de la coupe PATHOS a très rapidement été identifiée comme l'une des priorités de l'établissement par la nouvelle direction.

A) La coupe PATHOS, un enjeu stratégique mis en évidence par la direction

Dès son arrivée en mai 2016, la directrice de l'établissement a pris connaissance du calendrier et des échéances de l'établissement :

- La convention tripartite devait être signée rapidement. Le GIR de l'établissement étant à 699, il apparaît indispensable à la direction de le réévaluer avant la signature de celle-ci au vu du public accueilli. Un médecin va intervenir une journée par semaine, en l'absence de médecin coordonnateur, et former les équipes à l'évaluation par la grille AGGIR des résidents. En septembre 2016, le GIR sera réévalué par un médecin du département à 742. La convention tripartite sera finalement signée en décembre 2016.
- Les négociations pour le CPOM devaient s'engager en 2019. Une coupe PATHOS devait donc avoir lieu en amont. La dernière coupe avait été effectuée en 2013, le PATHOS avait alors été arrêté à 171. Au vu de la moyenne nationale et du niveau de GIR de l'établissement, le niveau de besoins en soins apparaît dès lors comme sous-évalué par la direction et une marge de progression est identifiée.

La directrice de l'établissement avait déjà vécu une coupe PATHOS lors de son précédent poste avec une équipe soignante qui maîtrisait l'outil et ses enjeux. Lors de cette précédente coupe, cet établissement avait augmenté de manière considérable son score grâce à une mobilisation conséquente des équipes. La directrice était donc particulièrement sensibilisée à l'enjeu que pouvait recouvrir une coupe PATHOS pour un établissement.

B) Des points faibles identifiés dès le début du processus

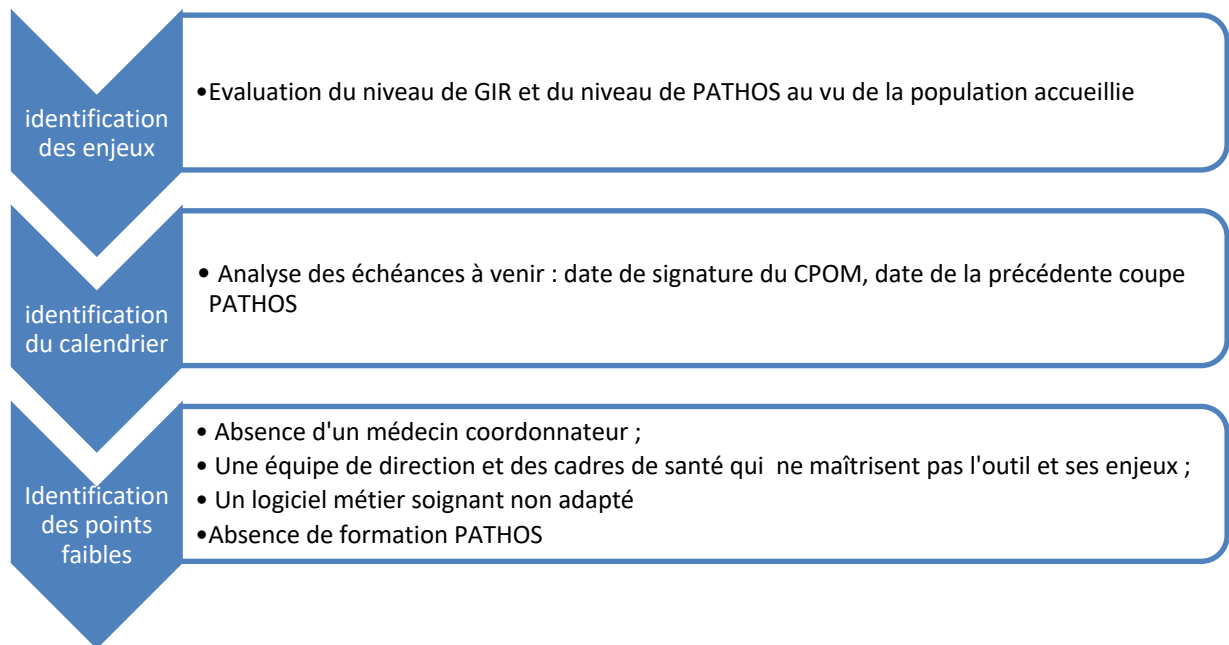
Fin 2016, l'établissement ne dispose pas de médecin coordonnateur ce qui est un handicap conséquent lors d'une coupe PATHOS puisque celui-ci est au cœur du dispositif. La direction a alors décidé de réunir l'ensemble des intervenants libéraux et notamment les médecins traitants pour un point d'information sur PATHOS en décembre. L'un des médecins traitants s'est alors montré intéressé et a intégré l'équipe quelques semaines après avec comme objectif de mener à bien, notamment, la coupe.

Le médecin de l'ARS, lors d'une coupe, étudie les dossiers médicaux ainsi que les transmissions soignantes pour vérifier la cohérence avec la cotation du médecin coordonnateur. Il est donc indispensable de disposer de dossiers médicaux complets et d'avoir une dynamique de transmission et de traçabilité de l'ensemble de l'équipe médico-soignante bien ancrée. Or il est très vite apparu que le logiciel de soins ne permettait pas une utilisation fluide et ne facilitait pas les transmissions des soignants ainsi que des intervenants libéraux. Ainsi, il était nécessaire d'investir rapidement dans un nouveau logiciel.

L'équipe de direction et encadrante ne connaissait pas l'outil PATHOS et ses enjeux. La cadre de santé supérieure et les cadres de santé étaient présents lors de la précédente coupe en 2013 mais ils n'avaient pas été impliqués dans le dispositif. Le médecin coordonnateur de l'époque avait travaillé isolément pour la préparation de la coupe. Lors des entretiens, des infirmiers ont évoqué le souvenir d'avoir contribué à la complétude de certains dossiers sur la demande du médecin coordonnateur mais la majorité des soignants ignorés qu'une coupe avait déjà eu lieu. Il fallait donc envisager une formation et une information rapide de l'équipe de direction et des cadres de santé. En effet, la cadre supérieure et les cadres sont des relais indispensables à la mobilisation des équipes. La parfaite compréhension de l'outil et de ses enjeux apparaissait donc inévitable à la direction. Une formation a eu lieu en décembre 2016 afin de faire « *prendre conscience de ce qu'était PATHOS [...] et qu'il fallait se bouger* » selon la directrice de l'établissement.

A l'étude du plan de formation, il apparaît qu'avant 2016 les équipes soignantes étaient très peu formées à l'utilisation de la grille AGGIR et n'avaient jamais eu de formation PATHOS. Le plan de formation a dès lors été mis à jour.

Graphique 1 : Rappel des étapes successives qui ont été préalables au lancement de la mobilisation autour de la coupe PATHOS dans la situation de l'EHPAD étudié



C) Un déploiement de moyens préalable à la mobilisation des équipes

Le logiciel de soins ayant été identifié comme un point faible pour l'établissement, il a été décidé d'investir dans un nouveau logiciel en 2017. Le choix a été fait d'un logiciel permettant un accès à distance, facilitant ainsi la possibilité pour les intervenants libéraux de réaliser des bilans ou des transmissions depuis leur cabinet. L'objectif était de faciliter au maximum

l'utilisation pour intensifier la montée en charge du suivi et des transmissions des résidents par l'ensemble des équipes paramédicales et médicales. L'établissement, dans un contexte budgétaire contraint, notamment avec une ligne de trésorerie, a bénéficié de crédits non reconductibles de l'ARS afin d'investir dans ce nouveau logiciel. Les soignants ont été très rapidement formés à celui-ci.

Afin d'améliorer les transmissions des infirmiers, l'établissement a également investi dans des tablettes numériques qui ouvrent la possibilité de pouvoir réaliser des photographies, lorsque nécessaires, pour le suivi cutané de certains résidents (pansements complexes, escarres...). De plus, l'établissement a été équipé de bornes wifi pour faciliter l'utilisation de celle-ci en dehors des salles de soins. De nouveaux ordinateurs ont été installés dans les salles de soins pour augmenter le nombre de postes et faciliter le traitement des transmissions.

Enfin, le personnel a été progressivement formé aux outils AGGIR (Tableau 3) et PATHOS (Tableau 4) pour une bonne maîtrise des outils et la compréhension de l'enjeu pour l'établissement.

Tableau 3 : Nombre d'agents formés par année et par grade à l'utilisation de la grille AGGIR

GRADES	ANNÉES			Total	/ nbr agents
	2017	2018	2019		
Cadre de santé	1	2	0	3	3
Médecin coordonnateur	0	0	0	0	1
Secrétaire médicale	1	0	0	1	1
Infirmiers	1	4	0	5	12
Aides-soignants	5	11	8	24	70
TOTAL	8	17	8	33	

Tableau 4 : Nombre d'agents formés par année et par grade à l'outil PATHOS

GRADES	ANNÉES			Total	/ nbr agents
	2016	2018	2019		
Direction	1	2	0	3	6
Cadre de santé	4	3	2	9	3
Médecin coordonnateur	1	0	0	1	1
Psychologues	1	0	0	1	2
Psychomotricienne	1	1	0	2	1
Infirmiers	3	9	6	18	12
Aides-soignants	0	16	14	30	70
TOTAL	11	31	22	64	

Ainsi, suite à l'identification des enjeux et à l'évaluation des besoins, de fin 2016 à fin 2018 l'équipe de direction a mis en œuvre des actions pour préparer au mieux la coupe PATHOS par :

- Des investissements matériels nécessaires (équipement et logiciel)
- Des formations sur les grilles AGGIR et PATHOS des soignants et de leurs encadrants ;
- Le recrutement d'un médecin coordonnateur ;
- De l'information régulière dans les différentes réunions.

2.3.2 Six mois de mobilisation des équipes en amont du jour de la coupe

Dès novembre 2016 les demandes autour du PATHOS se sont intensifiées pour les différents corps de métier. La coupe a été présentée comme la priorité des équipes soignantes et les fonctions supports devaient faciliter cette mobilisation jusqu'au jour J.

A) Information, formation, motivation de l'ensemble des personnels

La première étape préalable au lancement de la mobilisation des équipes a été d'informer, fin 2018, l'ensemble du personnel et les acteurs extérieurs qui devaient être mobilisés pour la coupe.

Ainsi, une présentation de l'outil PATHOS, de ses enjeux pour l'établissement et de la méthodologie déployée par l'établissement a été réalisée en décembre 2018 :

- En comité de direction ;
- En réunion des cadres qui réunit l'équipe de direction et les cadres de service (soins, cuisine et blanchisserie) ainsi que les psychologues et la psychomotricienne ;
- En commission de coordination gériatrique ;
- En réunion institutionnelle : au nombre de deux pour permettre de toucher un maximum d'agents de l'établissement.

Une communication par le biais des messageries électroniques des agents a été réalisée en parallèle.

Lors de cette présentation, la directrice de l'établissement a fait le choix délibérément d'impliquer les équipes dans l'enjeu de la coupe PATHOS. Elle a alors expliqué succinctement le fonctionnement budgétaire et présenté à l'aide du tableau ci-après (tableau 5), les projections en fonction du score obtenu.

Tableau 5 : Tableau de présentation des projections budgétaires en fonction du score PATHOS obtenu

Capacité exploitée	PMP	GMP	PMP x 2,59	GMPs = GMP + (PMP x 2,59)	Budget Soins 2018 Tarif Partiel Sans PUI 10,17€	Budget Soins 2018 Global Sans PUI 12,44€
Valeur du point PMP					10,17 €	12,44 €
278	171	742	442,89	1184,89	3 349 992,10 €	4 097 728,78 €
278	210	760	543,9	1303,9	3 686 464,31 €	4 509 303,45 €
278	230	780	595,7	1375,7	3 889 461,58 €	4 757 610,82 €
278	220	790	569,8	1359,8	3 844 508,15 €	4 702 623,54 €
				DIFFERENCE	494 516,05	(1 352 631)

L'établissement disposait d'un PMP de 171 soit un budget soins en 2018 de 3 349 992,10€. Si l'équipe parvenait à un score de 220 qui était le score minimum espéré par la direction, l'établissement bénéficierait alors de + 494 516,05 euros sur son budget soins. La direction souhaitant négocier un passage au tarif global sans PUI lors du CPOM, une explication en ce sens a aussi été donnée.

Le plan de formation et le rétro-planning ont été détaillés par la suite.

Tableau 6 : présentant le plan de formation présenté aux agents dans le cadre de PATHOS

Novembre	Formation PATHOS : directrice, élève directrice, cadre de santé, médecin coordonnateur
Janvier	Formation du personnel : <ul style="list-style-type: none"> - États dépressifs et suicidaires - Pathos - Grilles AGGIR - Alzheimer

Février	Formation du personnel : <ul style="list-style-type: none"> - PATHOS - Netsoins - Alzheimer Coupe GMP dans le pavillon de 80 résidents
Mars	Formation du personnel : <ul style="list-style-type: none"> - Netsoins

Image 1 : résumé du rétro-planning présenté lors des différentes réunions

- 1- Information, formation, motivation de l'ensemble des personnels : M -6 mois
- 2- Récolte des données pour la pré-coupe échelonnée dans le temps, du 04/12 au 8/04.
 - ☞ Mise en forme des dossiers médicaux : du 01/11/18 au 31/01/2019
 - ☞ MNA : 280 à réaliser, du 4/12 au 31/03 = 1 par jour par pavillon ou 7 par semaine : planning à faire
 - ☞ Bilans sanguins : A réaliser du 11 février au 31 mars 2019
 - ☞ Bilans kiné : du 06/12/2018 au 31/03/2019
 - ☞ Bilans psycho : à partir du 4/12/2018
 - ☞ Bilans ortho : à partir du 10/12/2018 = planning des interventions à faire .
- 2 bilans réalisés tous les lundis par Mm [REDACTED] (1 vers 12h40, 1 vers 16h45)
- Rencontre avec Mm [REDACTED] Y prévue le 14/12/2018
- 3- Réalisation de la pré-coupe du 08/04 au 19/04
- 4- Saisie de la pré-coupe du 23 au 25 avril
- 5- Réalisation de la coupe et Mise à jour de la saisie de la pré-coupe :
 - Mise à jour du 26 avril au 3 mai
 - Envoi du fichier zippé par mail : 7 mai 2018
- 6- Validation coupe PATHOS : mardi 21 et jeudi 23 mai 2018

Suite à ces différents temps d'information, la cadre supérieure de santé a agi comme relais auprès des équipes soignantes en passant lors des réunions de transmission des différents pavillons afin de réexpliquer les enjeux et la méthode. Après l'information de la directrice en réunion institutionnelle il a fallu « redécliner ce que [la directrice] avait pu leur expliquer, répondre aux questions des équipes sur l'importance que ça pourrait revêtir leur engagement » selon les termes de la cadre supérieure de santé.

B) Récolte des données pour la pré-coupe

La période de récolte des données s'est déroulée de début décembre à début avril. La récolte des données et la traçabilité dans les dossiers médicaux et paramédicaux doivent permettre de justifier la cotation de chaque résident par le médecin coordonnateur. En effet, un résident côté pour des troubles de la déglutition sévères qui n'a pas eu de bilan réalisé par un orthophoniste ou pour lequel aucun trouble n'a été relevé dans les transmissions, lors des

repas, par les soignants, ne peut être défendu devant le médecin valideur de l'ARS. La cotation doit donc être cohérente avec les transmissions des différents intervenants auprès du résident.

Chaque équipe avait un rôle clairement identifié durant cette période (tableau 7).

Tableau 7 : présentation des rôles par corps de métier durant la coupe PATHOS.

Médecin coordonnateur	Mettre à jour les dossiers médicaux de chaque résident et faire le lien avec les intervenants libéraux sur des éléments qui pouvaient être soulevés ; Suivre les transmissions des soignants et les accompagner pour permettre une montée en charge quantitative et qualitative des transmissions.
Secrétaire médicale	Récupération des comptes rendus d'hospitalisations manquants, aide à compléter les dossiers des résidents et à leur tenue à jour ; Impression des dossiers pour le jour de la coupe.
Cadre de santé supérieure	Coordination des cadres de santé et réalisation de points réguliers Réalisation d'outils techniques avec les cadres de santé (tableaux de suivi) ; Appui à la formation des soignants ; Gestion des accès et déblocage technique si nécessaire du logiciel de soins pour les différents intervenants par la cadre supérieure de santé ; Lien avec le médecin coordonnateur ;
Cadres de santé	Suivi de l'avancement du rétro planning et des attentes suite aux réunions PATHOS ; Action de soutien technique auprès des différents intervenants impliqués : médecins traitants, kinés, psychologue, infirmiers (IDE), AS, et ASH ; Formation des équipes pour les bilans Mini Nutritional Assesment (MNA) pour les troubles de la déglutition ; Organisation des dossiers pour la pré-coupe ;
Infirmiers	Réalisation de transmission quotidienne et suivi des aides-soignants et des ASH ; Réalisation de grilles et évaluation en lien avec les pathologies des résidents : <u>Risque de dénutrition</u> Effectuer des bilans (MNA) pour tous les résidents entre décembre et mars soit 1 par jour par pavillon ; Pesée tous les mois sauf si besoin d'un suivi plus régulier signalé par les médecins ; <u>Douleur</u>

	<p>Évaluation chez tous les résidents présentant une douleur, une apathie, une agressivité, une agitation psychomotrice ou toute modification comportementale (DOLOPLUS 2/ALGOPLUS)</p> <p><u>Suivi hydrique et alimentaire</u> pour les patients le nécessitant</p> <p>Lister les résidents qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Font de la kinésithérapie et évaluer avec le médecin coordonnateur ceux qui pourraient en faire - Font des fausses routes pour identifier ceux nécessitant d'un bilan d'orthophoniste à jour et d'une surveillance rapprochée pendant les repas avec des transmissions ciblées. - Ont des troubles du comportement fréquents pour cibler les transmissions <p>Faire le point des suivis de pansement.</p>
Aides-soignants	<p>Formation et réalisation des MNA avec l'infirmier ;</p> <p>Renforcement des transmissions dans le logiciel de soins quotidiennement ;</p> <p>Réalisation des surveillances quotidiennes, hebdomadaires, mensuelles tels que la pesée, les troubles du comportement, les troubles de la déglutition...</p>
ASH	<p>Surveillance des résidents et transmission aux aides-soignants de tout fait marquant ou important notamment concernant la prise des repas : surveillance des troubles de la déglutition.</p>
Médecins traitants	<p>Prescription de bilan sanguin en systématique selon un modèle proposé par le médecin coordonnateur avec l'ensemble des éléments nécessaires ainsi que des bilans plus complets selon l'état de santé, les pathologies et les traitements en cours des résidents entre février et mars 2019 (3 mois avant la coupe).</p> <p>Prescription des bilans de kinésithérapie.</p> <p>Échange avec le médecin coordonnateur</p> <p>Traçabilité dans le dossier médical et renseignement des éléments médicaux permettant d'évaluer le besoin en soins requis.</p>
Autres intervenants paramédicaux	<p>Tout au long de cette période et pour les résidents le nécessitant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réalisation de bilans de kinésithérapie (pour tous les résidents avant fin mars) - Réalisation de bilans psychologiques et psychomotriciens pour les résidents qui le nécessitent (déterminé en comité de pilotage)

	<p>Pathos) : Mini mental state (MMS), 5 mots, Horloge, échelle gériatrique de dépression (GDS) ou Cornell, Covi et Inventaire neuropsychiatrique version équipe soignante (NPI-ES)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réalisation de bilans orthophoniques
--	---

De nouveaux intervenants orthophonistes ont été recherchés pour réaliser les bilans de la déglutition afin d'assurer l'augmentation de la demande. La secrétaire médicale assurait la coordination des interventions des libéraux avec les infirmiers et le médecin coordonnateur.

C) Un accompagnement renforcé des équipes soignantes

Afin d'accompagner les équipes dans l'appropriation de la méthodologie PATHOS, l'équipe d'encadrement, composée de la cadre supérieure de santé et des trois cadres de santé, a développé des outils et mis en place des réunions hebdomadaires.

Les transmissions ciblées sur les logiciels de soins devant être renforcées quantitativement et qualitativement, les encadrants ont fait un premier constat comme l'exprime la cadre de santé, Madame P « les niveaux de compréhension sont différents [...] avec souvent, notamment, une population d'origine étrangère avec diplôme français ou étranger ». Il existe un niveau de maîtrise de la langue écrite variable entre les soignants, parfois parce que le français est une seconde langue mais aussi en fonction du niveau d'étude. Si le personnel a la possibilité de suivre des classes ouvertes depuis le début des années 2010, au sein de l'établissement, il a été tout de même nécessaire d'accompagner les soignants à la rédaction des transmissions. Ainsi, l'équipe encadrante, « avec le filtre de chaque soignant, avec les limites de la compréhension de chacun, [...] a pu mener des ateliers et ça a été jusqu'à de l'accompagnement quasi individuel pour certains » comme l'exprime la cadre de santé supérieure. L'objectif était que chacun sache « comment on peut verbaliser pour qu'avec leurs mots on arrive à avoir une trace ». En parallèle, des cadres de santé ont mis en place un tableau « avec les mots clés, ce qu'il fallait qu'ils écrivent. Par exemple, pour Monsieur L, vous devez parler du comportement, de son agressivité et au niveau de l'alimentation écrire s'il refuse le repas mixé, s'il y a des troubles de la déglutition ». Un document qui a aidé les soignants, Madame A, aide-soignante, se souvient que la cadre de santé leur avait demandé de « noter ce que vous avez vu ou ce que vous avez entendu et ce que vous savez [...] et elle nous a beaucoup aidé. Elle a mis tout sur papier, comment il faut formuler les mots et ça c'était bien ». Les soignants ont aussi été accompagnés sur l'outil informatique pour certains parce « qu'on ne connaît pas trop l'informatique mais au fur et à mesure... » comme l'a expliqué Madame C, aide-soignante.

Pour faciliter ce travail de transmission, l'équipe de cadre a réalisé des tableaux de suivi qui leur permettaient de suivre toutes les surveillances à effectuer par résident et à quelle fréquence, comme par exemple les suivis du poids et des tensions.

Chaque lundi, le médecin coordonnateur réunissait l'équipe d'un pavillon. Ainsi, un lundi sur trois, l'équipe de l'un des pavillons se retrouvait avec la cadre de santé, la cadre supérieure de santé, un infirmier, une psychologue et une aide-soignante en salle du conseil d'administration pour étudier au minimum dix dossiers de résidents présentés par le médecin coordonnateur. A chaque dossier, le médecin expliquait les comorbidités du résident, les suivis qu'il était nécessaire de mettre en place et les vigilances à avoir. Les cadres, avec l'appui des soignants, mettaient ainsi à jour les tableaux de suivi si des nouveaux éléments étaient mis en lumière. Il s'agissait aussi d'un temps pour faire un point d'étape et rappeler les bonnes pratiques si nécessaires ou réexpliquer un protocole de soin. Ces réunions se sont tenues de septembre à février.

Un système de référent avait été mis en place dans les trois pavillons. Chaque aide-soignant suivait 5 à 6 résidents et une exigence en termes de nombre de transmissions par soignant avait été fixée. Les cadres de santé allaient vérifier tous les jours les transmissions comme l'exprime la cadre de santé, Madame J, qui « à un moment donné [allait] derrière « alors vous avez fait ? ». [Elle y allait] tous les jours dans les étages pour voir si c'était fait » et la cadre de santé, Madame P qui « [éditait] les transmissions la veille et [demandait] les comptes rendus par rapport aux poids par exemple, si ce n'était pas fait, et [demandait] à la personne qui devait le faire de le faire ». Cette surveillance des traçabilités par les cadres a demandé un travail important comment l'évoque la cadre de santé supérieure « on y consacrait un tantinet de temps ».

De son côté, le médecin coordonnateur surveillait aussi les transmissions en parallèle de l'étude des différents dossiers et lorsqu'elle percevait « des défauts, [elle essayait] de rattraper le tire auprès de tous les corps de métier ». Ainsi au départ elle avait l'impression que c'était « mou et je sentais qu'il fallait répéter, répéter [...] la répétition par les cadres et la directrice et par moi-même qui me déplaçais dans les services quand je voyais un problème ». Son investissement était aussi bien auprès des équipes soignantes de l'établissement que des professionnels de santé libéraux comme des kinésithérapeutes « je leur ai dit au moins 20 fois ce que j'attendais d'eux. A chacun. En perso, par sms etc. »

Dès janvier, le médecin a noté une montée en charge progressive des transmissions pour arriver « en haut de l'asymptote » en avril. Une augmentation qui se vérifie en étudiant les statistiques du logiciel de soins (Graphique 2).

Comme pour le médecin coordonnateur, les cadres de santé ont eu le sentiment de devoir soutenir les équipes et de devoir insister sur certains messages. Pour la cadre de santé, Madame J, « il faut aller-revenir, il ne faut pas arrêter de parler. Ça fait partie du travail du cadre, dire et rabâcher » notamment pour impliquer celle qui semblait moins impliquée dans la dynamique. Cette cadre de santé s'est trouvée « lourde [avec mes équipes], parce que j'étais derrière ».

Il a donc fallu trouver les bons mots pour motiver les équipes, en rappelant les enjeux « Je leur disais « c'est notre établissement, on va se battre ». Et ça ça leur plaisait. Il faut choisir les mots. Il faut expliquer que l'on est tous là pour le bien des résidents. ». L'objectif pour la cadre supérieure de santé était de leur « parler de la lisibilité de la valeur de leur travail. Parce que de dire que vous allez avoir des postes en plus, au regard de l'endettement de l'établissement [...] je savais que ça n'avait pas de sens [...] j'avais un discours sur la réelle reconnaissance de la charge de travail qu'ils ont au travers de leurs écrits ». En effet, la coupe PATHOS, permettant de mettre en lumière la charge en soins, l'équipe des cadres a beaucoup insisté sur la possibilité offerte aux soignants de montrer aux autorités leur charge de travail et la qualité de ce dernier.

Les infirmiers ont aussi participé à l'organisation de la coupe en coordonnant « à [leur] niveau par rapport aux aides-soignantes et aux ASG, orienté, encadré, quelquefois montré ce qu'il y a à faire ou pas, ce qu'il y a à privilégier dans les transmissions » comme l'expliquait une infirmière, Madame D. De même Madame T, infirmière, a eu le sentiment que son rôle était beaucoup dans le « management par rapport aux aides-soignants. Il fallait les motiver, leur expliquer comment décrire les choses. Beaucoup venaient me voir et me demandaient si ça c'était important de le marquer ».

Les cadres de santé ont unanimement exprimé l'engagement conséquent d'une grande partie des équipes soignantes. La cadre de santé J a été marqué par « les AS qui n'avaient pas l'habitude de l'outil informatique mais qui se sont mises à écrire, et tant qu'elles n'avaient pas terminé, elles ne partaient pas ». Durant toute cette période, la cadre supérieure de santé se souvient avoir entendu des soignants dans les couloirs dire « J'ai PATHOS à faire » et avoir le sentiment qu'il y avait parfois un côté « aliénant » sur lequel il fallait rester vigilant. Un propos que confirme l'aide-soignante, Madame E, « on n'avait plus que ce mot là à la bouche « PATHOS » pendant 5 mois ».

De plus, un médecin expert qui réalise des formations sur l'outil PATHOS est venu deux fois deux jours dans l'établissement pour accompagner le médecin coordonnateur dans la

méthode pour constituer les dossiers. Le recours à un médecin extérieur est une méthode couramment utilisée dans les EHPAD à but lucratif mais qui se développe dans le secteur public. Un directeur rencontré durant l'étude, d'un autre département, a eu recours à ce service qu'il a jugé gagnant après avoir revalorisé très largement son PMP.

D) En parallèle, une mobilisation des services administratifs

La directrice de l'établissement avait fixé comme objectif un taux de remplissage de presque 100% pour le jour de la saisie de la coupe. En moyenne, l'établissement a un taux de remplissage annuel de 96%. L'EHPAD accueillait deux personnes qui auraient moins de 60 ans le jour de la coupe et ne seraient donc pas comptabilisées ainsi que deux chambres d'hébergement temporaire. Sachant que les personnes hospitalisées le jour de la saisie de la coupe ne sont pas prises en compte dans le PATHOS, l'objectif était d'avoir un taux de remplissage permettant des marges de manœuvre. Le service des admissions a donc été pleinement impliqué dans cet enjeu et a tenu l'objectif pour le jour de la saisie.

Une autre vigilance a été demandée au service des admissions, elle concernait la complétude des dossiers médicaux. Plus la date de la saisie de la coupe se rapprochait, moins il restait de temps au médecin coordonnateur pour monter les dossiers médicaux des nouveaux résidents, les coter et donner les éléments de surveillance particuliers aux équipes soignantes. Le service des admissions veillait donc à ce que le résident entre dans l'établissement avec un maximum de comptes rendus médicaux détaillés. Dans le cas contraire, la secrétaire médicale était mobilisée pour contacter les structures d'amont ou le médecin traitant afin de récupérer les éléments.

Le service des ressources humaines a été mobilisé sur le volet formation pour s'assurer qu'un maximum de soignants était bien inscrit dans les formations liées à PATHOS et que celles-ci étaient bien complètes en nombre maximal de personnes. Il s'agissait notamment de faire le lien avec les cadres de santé sur les besoins et les personnes identifiées prioritairement pour les formations.

Ainsi, la directrice de l'établissement a une posture de pilote dans l'organisation de la préparation de la coupe PATHOS, en organisant le planning et en prévoyant les moyens nécessaires à la réalisation de celui-ci dans de bonnes conditions. Le médecin coordonnateur et la cadre supérieure de santé venant compléter un trinôme de gouvernance de l'exécution

de la coupe PATHOS, le premier en coordonnant les aspects techniques et les intervenants médicaux et la seconde en organisant la mobilisation des équipes soignantes.

2.3.3 De la coupe PATHOS à la présentation des résultats

La coupe PATHOS s'est déroulée sur plusieurs jours entre mai et début juin. Au préalable, l'ensemble des grilles AGGIR ont été actualisées puisque les coupes PATHOS et GIR doivent être réalisées simultanément. Les cadres de santé et le médecin coordonnateur ont été particulièrement mobilisés dans cette dernière phase.

A) Actualisation des grilles AGGIR pour tous les résidents

Sur la période d'avril à mars, l'ensemble des grilles AGGIR a été revu sur les trois pavillons. Le formateur qui intervient habituellement sur cette formation est venu sur une à deux journées par pavillon. Il a réuni le cadre de santé et deux aides-soignantes pour chaque pavillon et les a accompagnés dans la finalisation des grilles.

Les équipes soignantes se sont aperçues qu'elles avaient pour habitude de surcoter les résidents, comme l'explique Mme V, aide-soignante « le formateur disait qu'il y a des moments où l'on était dans l'affect, où l'on parlait à la place du résident donc il nous a donné la méthode pour mieux noter les GIR ». Pour la cadre de santé, Madame J, cette formation « était une très bonne chose, maintenant je fais les grilles plus facilement et les personnes de mon équipe aussi ». Cette réévaluation a permis de déposer un GIR à 806 alors qu'il était évalué à 742 auparavant.

B) Réalisation de la pré-coupe

La pré-coupe PATHOS s'est déroulée du 8 au 19 avril. 3,5 jours étaient prévus pour les deux pavillons de 100 résidents et 3 jours pour le pavillon de 80 résidents. Lors de ces journées, la cadre de santé supérieure, le médecin coordonnateur et le cadre de santé s'enfermaient dans la salle de formation, « à la mine » comme l'appelait la cadre supérieure de santé durant cette période, pour étudier chaque dossier des résidents un par un. Il s'agissait de vérifier les cotations et de la disponibilité des preuves pour argumenter celles-ci (transmissions, compte-rendu médicaux, réalisation de test, surveillances particulières...). Durant cette réunion, le médecin coordonnateur et la cadre de santé supérieure se sont aperçus que « la plupart des messages n'étaient pas passés au niveau du cadre déjà, puis des soignants. Trop de

messages a tué le message » explique le médecin coordonnateur. Il a alors fallu remettre de l'ordre sur les consignes données aux soignants lors de la réalisation de leur transmission.

Au départ de la pré-coupe, le logiciel de soins donnait un PATHOS à 312 selon la cotation du docteur qui « savait que je cotais trop haut ». A la fin des 15 jours, la cotation était à 230 car « tous les jours on a perdu 10 points, dans la cotation, en fonction de ce que l'on trouvait dans la traçabilité ». Par la suite, le médecin coordonnateur a revu sur quelques jours tous les dossiers pour essayer de « grignoter des points, d'ajuster » pour remonter à 270. Il s'agissait pour le médecin de trouver à chaque fois des éléments dans le dossier qui puissent lui permettre d'argumenter la cotation et lorsqu'elle ne trouvait pas « j'envoyais un mail aux soignants pour qu'ils essaient de corriger le tir ». Puis le médecin coordonnateur et la cadre supérieure de santé ont repassé deux jours à revoir tous les dossiers et recoter le plus justement possible pour arriver à 254.

La saisie de la pré-coupe a eu lieu fin avril, sur la journée qui semblait la plus favorable pour l'établissement. Le médecin coordonnateur a déposé la coupe sur la plateforme de la CNSA, accompagné par la cadre supérieure de santé.

C) Déroulement de la coupe avec le médecin de l'ARS

La coupe PATHOS s'est déroulée sur cinq jours. La cadre supérieure de santé accompagnait le médecin coordonnateur face au médecin valideur de l'ARS. L'ensemble des dossiers avait été édité en papier par la secrétaire médicale afin de fluidifier la lecture. Un ordinateur était disponible pour rechercher un élément dans les dossiers de soins informatisés et un ordinateur de sauvegarde était présent en cas de problème.

Le médecin valideur était connu du médecin coordonnateur et de la directrice de l'établissement. Une première rencontre avait eu lieu en août, peu de temps après la prise de poste du médecin à l'ARS afin d'aborder des difficultés de prise en charge médicales dans l'établissement, mise en lumière par le travail de construction des dossiers médicaux des résidents par le médecin coordonnateur. Le médecin valideur a par la suite été convié à une commission de coordination gériatrique en janvier pour présenter de manière institutionnelle, la coupe PATHOS et l'actualité du médico-social dans le département. La cadre supérieure de santé ne l'avait, en revanche, jamais rencontré. Ces rencontres ont permis au médecin coordonnateur d'apprendre à connaître le médecin valideur avant le jour de la coupe.

La période d'analyse des cotations avec le médecin de l'ARS, malgré les rencontres antérieures, restent un moment particulier. Le médecin coordonnateur a eu le sentiment que le médecin de l'ARS était « glaçant. Elle ne savait pas qui j'étais et moi non plus. Elle était un mur de glace ». La cadre supérieure de santé et le médecin coordonnateur ont eu l'impression

de passer une inspection « elle m'a jugé aussi pour voir si j'étais clean » évoque le médecin coordonnateur. En retour, le médecin a joué la transparence sur sa démarche et les dossiers. La cadre supérieure de santé se souvient de questions posées sur l'actualisation annuelle et la réalisation des projets de vie individuels ainsi pour elle « malgré sa générosité, parce qu'elle n'a modifié que 42 cotations de dossiers sur 180 étudiés, elle enquête sur le fonctionnement de l'EHPAD ».

L'étude des dossiers de soins et médicaux de l'établissement peut effectivement donner des indicateurs de qualité de la prise en charge au médecin de l'ARS. Lors de la première réunion CPOM qui a eu lieu un mois après la coupe, elle est revenue sur des éléments qu'elle a perçus et qu'elle souhaite voir apparaître comme axe d'amélioration dans les fiches actions.

D) Validation de la coupe PATHOS et analyse du résultat

La coupe PATHOS de l'établissement a été validée à 221. Il y a donc eu une revalorisation de 50 points par rapport à la précédente. L'établissement qui souhaite faire reconnaître la spécificité de sa prise en charge psychiatrique sur l'un des pavillons, a eu 17 résidents de validés en P1 contre 1 résident lors de la précédente coupe. La valorisation a été importante même si elle n'a pas atteint l'objectif de l'établissement qui se situe aux alentours de 230 pour s'assurer la possibilité de recruter.

Actuellement, l'organisation soignante mise en place en 2017 qui visait à diminuer les coûts de remplacement, fonctionne avec un déficit de 100 000 euros en section soins par rapport à ce qui est autorisé pour un PMP à 171. L'établissement ayant un cumul de déficit à reprendre et étant en convergence négative, le gain avec la nouvelle coupe PATHOS n'aura pas de bénéfice direct sur la masse salariale comme l'espéraient la direction et les équipes soignantes. Il permettra en revanche de maintenir l'organisation actuelle et le nombre de postes. D'après les projections, si le GMP est bien validé à 804 (en l'absence de médecin inspecteur au département il devrait tacitement être approuvé) et que les financeurs acceptent une reprise des déficits sur 10 ans et non sur 3 ans lors des négociations CPOM, l'embauche de nouveau personnel ne pourrait se faire qu'en 2021, voire 2022.

E) Présentation des résultats au personnel de l'établissement

Les personnels soignants avaient une attente très forte de la coupe PATHOS au vu de l'investissement qu'ils ont eu. A la fin de la journée de la coupe PATHOS, le médecin coordonnateur et la cadre supérieure de santé avaient connaissance du résultat. Il a dès lors été convenu d'harmoniser le discours de l'équipe de direction et des responsables de service

de l'établissement pour éviter une déformation de l'information en amont l'annonce officielle et de toute discussion avec les représentants du personnel. Ainsi, le discours commun était de valoriser l'investissement des soignants sur les derniers mois, quel que soit le résultat et de répondre que nous étions en attente du résultat définitif. Ces éléments de langage partagés n'ont cependant pas évité les « bruits de couloir ». Il y a eu, pour certains, des sauts de joie suite à un discours très positif sur le PATHOS ou encore des personnels particulièrement démotivés par un message qui véhiculait que quel que soit le résultat, les budgets supplémentaires serviraient à recruter des kinésithérapeutes ou des psychologues supplémentaires mais pas d'aides-soignants. Un élément qui est revenu dans les entretiens comme l'exprime Madame V qui a « entendu que les aides-soignantes [ne seront] pas favorisés. Ce ne sera pas pour nous mais plus pour le kiné ou le médecin. Après, je ne sais pas, j'attends le résultat ». Lors des entretiens, il y a aussi eu des confusions avec les appels à projet auquel l'établissement avait répondu et qui ont permis la mise en place d'infirmier de nuit et de salarié un médecin prescripteur. Ces nouvelles mesures ont parfois été traduites par les soignants comme étant liées au résultat de la coupe PATHOS.

Pour la directrice, il était évident qu'il y aurait une démotivation des équipes « parce que le résultat est en dessous de ce qui était attendu par la direction ». En effet, lors des entretiens la quasi-unanimité des soignants espérait du personnel supplémentaire comme l'explique l'infirmière, Madame A qui « espère que l'on va pouvoir avoir plus de soignants parce que si toutes les équipes se sont mobilisées et qu'à la fin on a aucune modification je pense qu'à la prochaine coupe PATHOS, les personnes qui sont là et qui se rappelleront, elles vont moins s'impliquer parce qu'elles vont se dire « ça n'a rien donné » malheureusement » et Madame E, aide-soignante qui « pense que c'était important et j'espère que l'on sera entendu parce qu'on nous a bien mis la pression donc j'espère que c'est pour quelque chose ».

A la réception de la notification de l'ARS, une réunion a été organisée avec les deux représentants du personnel au conseil d'administration afin de présenter le résultat, exposer les projections pluriannuelles et expliquer le contexte de l'établissement, notamment dans le cadre du CPOM. La réunion a permis un échange transparent entre la direction et les représentants du personnel qui ont eu une très bonne compréhension des résultats et des enjeux à venir.

Une réunion institutionnelle a eu lieu début juillet pour présenter les résultats officiellement à l'ensemble du personnel. Pour la directrice de l'établissement, une déception des soignants était palpable « ils avaient des espérances très élevées, ils auraient souhaité un à deux soignants supplémentaires par pavillon mais pour avoir un soignant en plus par jour, ce n'est pas un aide-soignant en plus qu'il faut recruter et ça ils n'en avaient pas forcément conscience ». Les espoirs que fondent les soignants dans les résultats de la coupe PATHOS sont très élevés et peuvent certainement être amplifiés par les leviers motivationnels employés

par l'équipe de direction et les cadres de santé. La difficulté est alors de trouver les bons éléments de langage et de fixer des objectifs atteignables et motivants pour les équipes et que ce discours soit harmonisé au niveau des encadrants.

Le résultat de la coupe PATHOS de l'établissement est au-dessus de la moyenne nationale pour un établissement public autonome (201 en 2017 selon la CNSA) et serait au-dessus de la moyenne régionale même s'il est inférieur aux espérances et aux projections de l'établissement. Une analyse de la méthode appliquée permet de mettre en lumière les points forts et les axes d'amélioration de la méthode employée.

2.4 Interprétation du résultat de la méthode utilisée par l'établissement

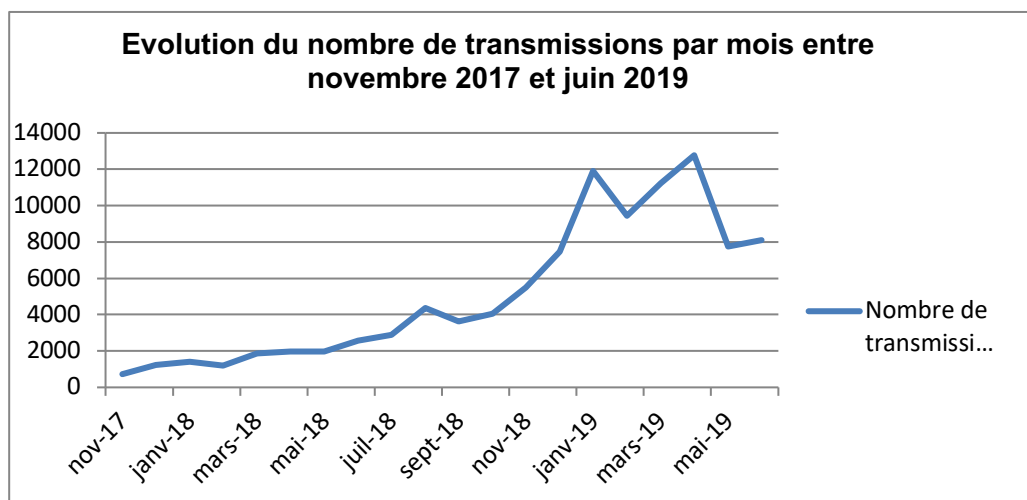
La méthode déclinée par l'établissement depuis fin 2017 a été analysée par le biais des entretiens et des données disponibles. L'impact sur le personnel soignant, en termes de conditions de travail et de motivation a été recherché plus particulièrement.

2.4.1 Une montée en charge significative des transmissions et des surveillances mais une pertinence des cibles à améliorer

A) Une augmentation de la traçabilité qui bénéficie à la meilleure connaissance des résidents.

Quantitativement, les transmissions sur le logiciel de soins sont passées d'une moyenne de 1749 par mois entre décembre 2017 et juin 2018 à 9806 par mois entre décembre 2018 et juin 2019. Les soignants ont donc augmenté leur nombre de transmissions et se sont emparés du logiciel. Une légère diminution des transmissions apparaît à partir de mai 2019 (Graphique 2) ce qui correspond au mois suivant la clôture du dépôt de la coupe. Si les soignants ont légèrement diminué leur nombre de transmissions, ils restent cependant sur une moyenne bien supérieure aux années précédentes. On peut penser qu'une habitude a été prise et que celle-ci devra perdurer dans le temps afin d'en garder les bénéfices. Comme l'explique la cadre de santé supérieure « [les soignants] ont été impliqués et le travail que l'on essaye de mener avec les collègues [cadres] pour continuer c'est de relâcher sans annihiler. C'est de repartir sur un mode de fonctionnement où cet engagement dans les écrits, sans devenir aliénant avec les agents qui disent « j'ai PATHOS à faire » [...], perdure ». Ce sentiment d'aliénation est revenu dans les entretiens. Madame E, aide-soignante « avait l'impression qu'il ne fallait faire que ça le PATHOS : écrire, écrire, écrire »

Graphique 2 : présentation de l'évolution du nombre de transmissions par mois, sur le logiciel de soins de l'établissement, entre novembre 2017 et juin 2019



Les transmissions des soignants ont été particulièrement utiles pour le médecin coordonnateur lorsqu'il a dû justifier ses cotations. Si parfois il pouvait manquer des éléments de preuve médicale (compte-rendu, observation du médecin traitant), les transmissions quotidiennes des soignants ont permis de les justifier.

Au-delà de la coupe PATHOS, le développement de la culture des transmissions permet aux soignants de mieux connaître les résidents. Madame G, aide-soignante trouve qu'avec PATHOS « on trouve vraiment ce qui s'est passé quand on n'était pas là. [...] Quand j'arrive le matin, je sais ce qui s'est passé hier soir. » ce qui est indispensable pour les soignants vacataires explique Madame V, aide-soignante. La traçabilité permet ainsi d'assurer une meilleure continuité des prises en charge comme l'évoque la directrice de l'établissement « Maintenant les résidents ils les connaissent [...] et en terme de prise en charge et de sécurisation des soins c'est un gain qualitatif. »

B) Mais une pertinence des transmissions à perfectionner

Le problème soulevé par les transmissions concerne principalement leur pertinence. La quantité n'a pas forcément été corrélée à la qualité. En effet, les cadres de santé ont recherché un nombre de transmissions par jour avec un fonctionnement comme l'explique l'aide-soignante, Madame A « il fallait faire au moins 10 transmissions par jour ». Ce fonctionnement a un côté aliénant comme évoqué dans l'entretien avec la cadre supérieure de santé et fait « [perdre] la philosophie de tracer la surveillance du résident sur des choses avérées » pour la directrice de l'établissement. Cette perte de qualité a pu nuire à la visibilité des dossiers de soins infirmiers lors de la coupe.

Une méthode plus collégiale avec les soignants a été évoquée comme piste d'amélioration. En effet, les réunions du lundi matin devaient servir à discuter sur chaque dossier, en inter professionnalité, sur ce qui pouvait être attendu, à partir de l'analyse clinique du dossier du résident. Le médecin pense que la formule de ces réunions hebdomadaires a été « une perte de temps. C'était une grande messe, un monologue de ma personne ». Pour autant, la directrice de l'établissement, qui a connu une précédente coupe, ne rejoint pas son avis. Elle estime que la collégialité n'a pas suffisamment été au rendez-vous. D'après elle, il faudrait davantage « être sur la connaissance du résident, partir du résident, ce que l'on sait, ce qu'il faut rechercher, ce que l'on peut en attendre, en réfléchissant tous ensemble », la cotation ne devant intervenir que dans un second temps. Or, lors des réunions, le médecin avait bien souvent déjà coté les dossiers parce qu'il travaillait avec une grande minutie l'ensemble des dossiers. Les réunions étaient donc bien souvent une information descendante du médecin vers les soignants qui prenaient très peu la parole. Ce fonctionnement a certainement contribué à rendre flou l'objectif des transmissions dans les dossiers par les soignants, ce qui a conduit à la nécessité d'un redressement de la situation tardivement, en avril, comme évoqué dans la méthodologie.

Le médecin coordonnateur a passé beaucoup de temps à reconstituer les dossiers médicaux et à les retravailler, seul dans son bureau. Cela a diminué son temps de présence en transmission, au côté des équipes, pour les accompagner dans leur traçabilité et pouvoir réaliser des formations rapides ou des accompagnements en petits groupes. Ainsi, les soignants ont parfois passé « une demi-heure à tracer que tout va bien » alors que ce temps aurait pu être investi de manière plus pertinente avec un accompagnement plus précis. Ce constat rejoint l'analyse théorique de l'outil par Monsieur Dussuet (Dussuet et. Al., 2017) pour qui la méthode PATHOS peut entraîner une standardisation de l'information et donc des transmissions.

La pertinence du ciblage des transmissions pourrait aussi être améliorée par le biais de la formation continue.

C) Une difficulté à mobiliser les intervenants libéraux dans la traçabilité des actes

Les intervenants libéraux ont aussi eu un investissement très variable dans les transmissions malgré les réunions qui ont eu lieu et les interventions régulières du médecin coordonnateur et des cadres de santé. Pour la cadre de santé supérieure c'est en grande partie dû à une non appropriation du logiciel de soins, dès le changement de celui-ci.

Le médecin coordonnateur s'est trouvé démuné face au manque de traçabilité et d'implication des médecins traitants libéraux intervenant dans l'établissement. Ce constat est principalement dû au mode de financement de l'établissement par le tarif partiel. En effet, le

médecin coordonnateur ne pouvait prescrire qu'en cas d'urgence jusqu'à récemment selon la loi¹⁰. 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 (Xing, 2015). Le médecin coordonnateur peut par exemple informer un médecin traitant sur un traitement qui ne lui semble pas adapté mais c'est le médecin traitant qui prendra la décision finale. La coupe PATHOS met en exergue ces difficultés entre médecin coordonnateur et médecins traitants.

Ces points négatifs sont à nuancer par le gain « de la traçabilité, de la transmission et de la communication sur les résidents dans les équipes », comme l'exprime la directrice de l'établissement. L'aide-soignante Madame E a aussi le sentiment qu'auparavant « on faisait les transmissions parfois et on n'approfondissait pas assez et je trouve que là, depuis qu'on l'a fait je fais attention à plus de choses [...] alors qu'avant ce n'était pas assez claire. Maintenant c'est bien précis, bien ciblé » un avis que rejoint Madame G, aide-soignante, « les transmissions ça n'étaient pas détaillées mais avec les PATHOS on trouve vraiment ce qui s'est passé quand on n'était pas là ».

2.4.2 Une montée en compétence des soignants, qualifiée de valorisante

Sept aides-soignantes sur les dix (70%) rencontrées ont identifié le fait d'avoir appris des choses ou d'avoir fait évoluer leur pratique positivement, de même pour trois infirmiers sur cinq (60%). Madame V, aide-soignante trouve que « ça [lui] a beaucoup appris sur les pathologies. Telles choses qui sont importantes, qui priment, qui comptent. Tout ça ça [lui] est resté donc ça m'a beaucoup valorisé. [Elle a] l'impression d'avoir appris un peu plus de choses. ». Les infirmiers ont aussi le sentiment d'avoir fait évoluer leur pratique, comme Madame F, infirmière qui « [voit] les choses autrement parce [qu'elle voit] tout ce qu'écrit le médecin et les petites pistes qu'il nous donne, il faut que l'on continue parce que ça améliore la prise en charge et le suivi ». Le médecin coordonnateur confirme une amélioration qualitative de la prise en charge des résidents par les aides-soignants et les infirmiers « c'est certain, au niveau des troubles de la déglutition, au niveau de la sensibilisation des troubles de la personne âgée vieillissante ».

Les infirmiers se sont emparés des outils, comme la grille d'évaluation de la douleur. Sur le logiciel de soins, on relève sur une période de décembre 2017 à juin 2018 que seul 56

¹⁰ Le texte permettant au médecin coordonnateur de prescrire est paru le 5 juillet 2019 et donc après la coupe PATHOS (Décret au JO n°0155 du 6 juillet 2019)

évaluations avaient eu lieu contre 206 entre décembre 2018 et juin 2019. L'utilisation de cette grille est systématisée pour les personnes qui ont un traitement antalgique ou qui signalent une douleur afin d'évaluer celle-ci.

La mise en place de surveillance spécifique sur des résidents avec une explication de celle-ci par le médecin et les cadres de santé a permis aux soignants de faire des liens plus facilement (Madame C, aide-soignante) ainsi pour le médecin coordonnateur « ils ont compris, pour ceux investis, qu'ils n'étaient pas que des exécuteurs de tâche ». La cadre de santé, Madame P, pense que « ça a été valorisant pour eux de faire des grilles de suivi, pouvoir transmettre, apprendre des techniques pour donner à manger au côté des orthophonistes. Ils ont été impliqués directement dans le travail avec le psychologue et l'orthophoniste ainsi que le médecin. Ils n'étaient plus réduits aux actes de nursing ». Des propos confirmés par Madame L, aide-soignante qui 'n'aime pas rester sur la routine donc ce que l'on a vu c'est bien, c'est un apport en plus [...] on ne reste pas que dans les changes, le nursing ». Madame V, aide-soignante a trouvé que c'était valorisant, un propos repris par des infirmiers.

Les ASH se sont aussi investis et ont aussi constaté une modification dans leur manière de travailler « On est plus attentif. Une attention est donnée un peu plus. On est plus à l'écoute. Surtout les surveillances, au niveau de l'alimentation c'est hyper important moi je trouve, Ça je crois que c'est le point fort » explique Madame U. Avant, « nous on ne savait pas vraiment que tel résident il a telle difficulté. Mais là comme [les aides-soignants] en parlent, nous aussi on est motivé et on fait attention » (Madame K, ASH).

2.4.3 Une compréhension des enjeux de l'établissement par l'équipe qui agit sur les facteurs de motivation et renforce la dynamique d'équipe

Lors des entretiens, les soignants, qu'ils soient ASH, aides-soignants ou infirmiers, avaient tous été mobilisés sur la coupe PATHOS. Une seule soignante a répondu ne jamais avoir entendu parler de la coupe PATHOS. Elle avait conscience qu'on lui demandait davantage de traçabilité mais elle ne connaissait pas l'enjeu sous-jacent. Les termes les plus souvent employés pour décrire le PATHOS étaient le lien entre les pathologies et les surveillances (59%), un moyen pour avoir des aides, des budgets, des financements ou du personnel supplémentaire (45,5%) ou encore pour définir la charge en soins (18,2%) ou améliorer la prise en charge (13,6%). Seule une soignante la définit dès le départ comme étant une souffrance vis-à-vis de la charge de travail engendrée pour les équipes (tableau 8).

Tableau 8 : éléments de langage utilisés par les soignants pour définir « PATHOS »

	N=22	%
Lien avec le budget, les financements, les moyens	10	45,5%
- <i>Dont avoir du personnel supplémentaire</i>	6	27,3%
Lien avec les pathologies des résidents et les surveillances à effectuer, les transmissions	13	59%
Définir la charge en soins	4	18,2%
Une évaluation	3	13,6%
Améliorer la prise en charge	3	13,6%
Une souffrance	1	4,5%
Ne sait pas	1	4,5%

Au cours des entretiens, plusieurs soignants ont fait le lien entre l'enjeu présenté de la coupe PATHOS et leur motivation « ça m'a beaucoup motivée depuis le jour de la formation PATHOS, ça m'a boostée parce que l'objectif de se dire le PATHOS passe, nous avons le budget pour faire mieux notre travail, nous avons du personnel qui va sûrement nous aider à mieux prendre en charge, ça c'est motivant. Qui n'est pas motivé par ça ? » (Madame D, infirmière). 63,6% des personnes interrogées se sont dit motivées par la coupe PATHOS (tableau 9).

Tableau 9 : analyse des réponses à la question de savoir si le PATHOS avait eu un impact sur la motivation des agents.

	N=22	%
Plus de motivation « ça m'a motivé »	14	63,6%
Toujours motivé, pas de changement	2	9 %
Non	3	13,6%
Oui et non	3	13,6%

Le fait d'avoir été informé en réunion institutionnelle mais aussi par les cadres de santé en réunion de transmissions est apprécié par les soignants « [la directrice] nous met un dans le moove. Elle nous fait participer. Avant, on n'était pas tellement dans ces trucs là, dans la gestion » exprime Madame V, aide-soignante. Pour l'un des infirmiers, l'information a permis de « responsabiliser tout le monde, même les ASH. Je pense qu'avant beaucoup n'avait pas d'idée de ce que c'était le PATHOS. [...] avec la communication qui était autour, c'est devenu un objectif à atteindre pour l'ensemble de l'établissement et ça c'était génial ». De même pour Madame F, infirmière « ça valorise notre travail, et puis ça motive, on vient là pour quelque

chose, on apporte quelque chose aux résidents, à la maison ». « C'était comme si on était en mission » pour Madame O, aide-soignante.

Ainsi, la directrice de l'établissement pense que cela permet de gagner en cohésion d'équipe.

2.4.4 Une charge de travail conséquente soulevée quasi-unanimement par les équipes soignantes

L'implication des équipes dans la coupe PATHOS et l'augmentation de la traçabilité auront permis de mettre en lumière la charge de travail des équipes. Comme l'explique Madame T, infirmière, les transmissions ont permis « de montrer vraiment notre charge de travail, de montrer le temps passé, chose que l'on ne faisait pas forcément à chaque fois avant ». Les soignants ont en effet appris à quantifier le temps passé pour signifier la charge de travail notamment dans les temps de négociation avec les résidents, la gestion des troubles du comportement, la réfection d'un pansement technique... Pour la directrice, cela lui donne « une meilleure visibilité sur les équipes et comment ils bossent ».

Mais cette augmentation de la traçabilité et des suivis a corolairement entraîné une augmentation de la charge de travail. Les infirmiers se sont beaucoup investis « c'est vrai que ça a été très dense, c'est intense [...] c'était très lourd psychologiquement, il ne fallait pas oublier quoi que ce soit, on était beaucoup sollicité » explique Madame T, infirmière.

Cinq aides-soignantes (50%) ont relaté avoir débordé sur le temps de travail pour pouvoir finir de rentrer toutes les données sur le logiciel parce que « par rapport aux questions ou aux suivis des pathologies, il y a des surveillances précises, mensuelles, journalières que l'on n'avait pas. Donc obligatoirement quand vous avez 20 résidents et que vous devez tous les faire, au niveau des transmissions ça prend du temps, ce n'est pas rien, c'est un vrai travail » (Madame R, aide-soignante). La charge de travail des aides-soignantes a modifié aussi la façon de travailler des ASH, pour aider leur collègue, parce que « Des fois elles étaient fatiguées les pauvres, on voyait leur tête même par rapport à nous [...] avant on ne rentrait pas les résidents en salle à manger maintenant on le fait parce qu'elles sont sur les ordinateurs pour les transmissions » (Madame H, ASH).

Pour la directrice, aujourd'hui « C'est une valorisation du travail des équipes parce que là on valorise mais le jour où on dévalorisera ce sera plus compliqué, parce que ça arrivera forcément ». En effet, les soignants ont eu le sentiment que leur travail était valorisé, notamment parce que le score du PATHOS pouvait difficilement diminuer mais lors d'une prochaine coupe, il y aura un risque non négligeable de diminution du score, notamment avec la révision du codage à venir.

Les ASH, dans leur propos, se mettaient légèrement en retrait par rapport à l'équipe. Elle décrivait davantage le travail des aides-soignantes et des infirmiers « elles ont été fatiguées », « je les ai vues travailler », « ça leur a mis un peu de stress », « elles ont beaucoup travaillé ». Elles expliquent avoir contribué, à leur niveau, à la coupe mais semblent avoir le sentiment d'être à côté de l'équipe. Pourtant, les infirmiers et les cadres de santé ont plusieurs fois souligné leur engagement.

2.4.5 Une amélioration de la prise en charge médicale liée à l'implication importante du médecin coordonnateur

A) Des dossiers médicaux actualisés pour un meilleur partage de l'information

Lors de la préparation de la coupe PATHOS, le médecin coordonnateur a codifié, selon la méthodologie de la CNSA, l'ensemble des dossiers des résidents. Pour cela, il devait recueillir des informations nécessaires sur les données de santé du résident et avoir les éléments permettant de justifier sa cotation : bilan sanguin, comptes rendus médicaux, traçabilité des différents intervenants... Le médecin coordonnateur s'est alors aperçu que les dossiers n'étaient pas toujours complets. Un travail important a été engagé, en lien avec la secrétaire médicale pour récupérer des anciens comptes rendus d'hospitalisation ou d'examen et rédiger un dossier médical complet pour chaque résident sur le logiciel de soins.

Désormais, chaque résident dispose d'un dossier médical très détaillé avec une fiche récapitulative. Celui-ci pouvant être imprimé pour être transmis lors d'une hospitalisation. Il a été qualifié positivement par les médecins urgentistes de l'hôpital accueillant principalement les urgences de l'établissement lors d'une réunion commune avec l'EHPAD. Ils ont noté une amélioration du partage d'information et des documents avec lesquels se présentent les résidents de l'établissement.

Toutefois, les dossiers sont très détaillés et le médecin coordonnateur, se consacrant à l'échéance de la coupe PATHOS, n'a pas encore réactualisé les dossiers de liaison d'urgence (DLU) qui doivent être transmis en cas d'hospitalisation en urgence d'un résident. Si les dossiers médicaux, mieux détaillés, ont été appréciés par les urgentistes, ces derniers apprécieraient la transmission d'un DLU pour bénéficier d'une synthèse plus rapide à la lecture de la situation médicale de la personne. Il s'agit d'un axe d'amélioration pour l'établissement dans les mois à venir.

Pour le médecin coordonnateur, le travail d'actualisation et de reconstruction des dossiers médicaux des résidents a contribué à améliorer la prise en charge gériatrique des résidents

selon les bonnes pratiques. Cela a permis d'engager des discussions sur les prises en charge thérapeutiques notamment entre le médecin coordonnateur et les médecins traitants.

B) Un résultat qui n'impacte pas le nombre d'hospitalisations ou de décès sur l'année 2019

Lors des entretiens avec la cadre de santé supérieure et l'une des cadres de santé, elles ont exprimé le sentiment d'une réduction du nombre de décès et du nombre d'hospitalisation depuis le début de la mobilisation autour du PATHOS. Ce ressenti ne se traduit pas significativement d'après les données statistiques du logiciel de soins (tableau 10) sur la même période donnée entre 2018 et 2019. Les données sont relativement stables d'une année sur l'autre. Le logiciel datant de 2017, il n'était pas possible de comparer sur une troisième année.

Tableau 10 : Comparaison de données sur le taux d'hospitalisation et le nombre de décès sur deux périodes identiques sur une année N et une année N-1

	N-1 01/12/2017 – 30/06/2018	N 01/12/2018 – 30/06/2019
Nombre de résidents hospitalisés	78 (25,49)	76 (25,08%)
Durée moyenne d'hospitalisation (en jour)	7 jours	8 jours
Nombre de décès dans la structure	24	23
Nombre de décès en dehors de la structure	8	7

C) Une implication forte du médecin coordonnateur secondé par la cadre supérieure de santé

Pour le médecin coordonnateur, la coupe PATHOS a généré une charge de travail conséquente et a modifié sa façon de travailler car habituellement il n'avait pas de « date butoir, l'espace-temps est large mais là avec la coupe, ça implique un temps défini pour mettre en place un maximum de choses ». Le médecin a le sentiment que son « implication perso a été à 99,9999% en plus des autres. Ça a modifié ma façon de travailler dans le sens où [...] j'ai eu moins de temps pour voir certains problèmes pour lesquels je suis sollicitée comme les urgences etc. Mais de facto en voyant les problématiques qui pouvaient se dessiner et les problèmes futurs, je suis quand même intervenue ». Il s'est senti « déstabilisé » par l'enjeu « si je n'y arrive pas c'est des postes en moins » et a ressenti une pression supplémentaire qu'il n'avait pas habituellement puisqu'il n'avait jamais été confronté à « la gestion des gros sous ».

La cadre de santé supérieure a alors joué un rôle important pour « pondérer, booster, modérer » comme elle l'explique. Elle décrit des moments d'angoisse du médecin

coordonnateur où elle a été un soutien. Il a fallu aussi intervenir pour canaliser la demande parfois trop exigeante et importante du médecin envers les équipes soignantes.

La cadre supérieure a exprimé, elle aussi, des périodes où la pression était importante et où elle a eu le sentiment d'agir comme une béquille entre les différents acteurs et notamment entre les attentes hautes exposées par la direction et le stress exprimé par le médecin coordonnateur.

Le trio formé par la directrice de l'établissement, le médecin coordonnateur et la cadre supérieure de santé a été particulièrement important durant tout le déroulement de la coupe PATHOS. Le trinôme a été en capacité de verbaliser les difficultés rencontrées, avec bienveillance et chacun à sa manière afin de mettre en place les ajustements nécessaires. La directrice de l'établissement a agi comme un levier de motivation en rappelant les enjeux, en intervenant chaque fois qu'elle présentait une baisse dans la motivation du médecin coordonnateur ou de la cadre supérieure de santé et en répondant aux demandes d'appui du médecin coordonnateur (financement de formations supplémentaires, appui à la méthodologie...). La directrice n'a jamais eu de communication positive sur l'outil PATHOS, pour elle « une coupe PATHOS s'est horrible [...] elle met les équipes sur les rotules, les soignants, la direction et les cadres ».

La coupe PATHOS de l'établissement a permis une augmentation importante du PMP. La méthode utilisée et l'anticipation de la préparation de la coupe y ont largement contribué. Toutefois, le PMP n'a pas atteint l'objectif que s'était fixé l'établissement.

La méthodologie de préparation a permis une mobilisation importante des équipes qui se sont, en majorité, senties motivées par l'enjeu malgré la charge de travail conséquente ressentie quasi unanimement. Un gain qualitatif dans la prise en charge médico-soignante est soulevé par la majorité et doit désormais être pérennisé.

Cependant des axes d'amélioration ont été identifiés concernant la qualité des cibles et des transmissions, la mobilisation des intervenants libéraux et le partage clinique en interdisciplinarité pour améliorer la cotation et la compréhension de l'outil PATHOS par tous lors des réunions hebdomadaires.

3 Mobiliser autour de l'enjeu PATHOS : des Clés de réussite identifiées

Réussir à fédérer l'ensemble de l'équipe autour du projet PATHOS est indispensable pour assurer la réussite de celui-ci. Le directeur de l'établissement agit ainsi comme levier dans la mobilisation de l'ensemble des équipes en rendant compréhensible par chacune l'enjeu de la coupe et son fonctionnement.

La coupe PATHOS repose avant tout sur le pilotage par trois acteurs (3.1) et une préparation anticipée de celle-ci dont une méthodologie est proposée à partir de l'étude réalisée (3.2). Cependant des variables restent difficilement maîtrisables (3.3) confortant la nécessaire évolution de l'outil PATHOS.

3.1 Un trinôme indispensable : directeur, médecin coordonnateur, responsable des soins

Un directeur d'établissement, un médecin coordonnateur et un cadre supérieur de santé ou un infirmier coordonnateur mobilisés autour de la coupe PATHOS facilitent la mobilisation des équipes. Chaque membre du trinôme a un périmètre d'intervention différent.

Le directeur de l'établissement maîtrise les enjeux stratégiques et budgétaires de l'établissement et permet de donner du sens à l'objectif que l'établissement se fixe dans la réussite de sa coupe PATHOS. L'analyse budgétaire doit permettre de mettre en évidence le score PATHOS nécessaire à l'établissement pour obtenir un budget soins à l'équilibre ou obtenir des marges budgétaires en relation avec le projet médico-soignant de l'établissement. Le directeur fait aussi le lien entre les différents services de l'établissement afin que l'ensemble des agents aient connaissance de l'enjeu de la coupe PATHOS et non uniquement les soignants. Les fonctions supports ; qu'elles soient logistiques, hôtelières ou administratives seront impactées par la coupe PATHOS dans leur fonctionnement. La priorité des soignants durant la préparation de la coupe ne sera peut-être pas la même que celle des cuisines ou de la lingerie. La connaissance de l'enjeu afférent aux soignants par les autres services permet de fluidifier le dialogue et d'éviter des injonctions contradictoires.

Le médecin coordonnateur est l'acteur majeur d'une coupe PATHOS d'après le guide de la méthode PATHOS de la CNSA. En effet, il doit maîtriser les dossiers médicaux des résidents et être en capacité de défendre ceux-ci le jour de la coupe face au médecin de l'ARS. Il a donc la responsabilité de coordonner les différents intervenants afin que ceux-ci soient un appui à la réussite de sa mission.

Le cadre supérieur de santé ou l'infirmier coordonnateur appuie le médecin coordonnateur pour mobiliser les équipes soignantes et les intervenants paramédicaux libéraux ou salariés. Il permet de traduire les consignes des médecins notamment en facilitant leur mise en application par la création d'outils : outils de suivi, protocole de soins...

La bonne entente du trinôme permet de fluidifier la communication et de réajuster la stratégie rapidement si des problèmes sont soulevés. La formation de ces trois pilotes en amont du lancement de la préparation de la coupe est primordiale.

Certains établissements ont pu réussir leur coupe PATHOS sans l'investissement majeur du médecin coordonnateur. Dans le cas de l'ancien établissement de la directrice de l'établissement, la cadre de santé avait assuré le double rôle de mobiliser les équipes soignantes et de préparer les dossiers médicaux des résidents. Le médecin coordonnateur avait cependant défendu l'ensemble des dossiers devant le médecin de l'ARS. Le recours à un médecin expert en appui au médecin coordonnateur sur quelques journées peut aussi être une stratégie gagnante pour l'établissement, elle représente cependant un coût. Ce dernier doit être analysé en rapport avec le bénéfice potentiel d'une augmentation significative du PMP.

3.2 Une anticipation de la coupe PATHOS par la formalisation d'un calendrier

A partir de la méthode utilisée par l'établissement et des axes d'amélioration identifiés, un calendrier type de la préparation d'une coupe PATHOS peut être proposé.

3.2.1 Qualifier le besoin de l'établissement et resituer l'enjeu PATHOS dans le contexte

Au préalable, l'établissement peut identifier les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces de son établissement afin de pouvoir actionner certains leviers en amont du début de la préparation de la coupe PATHOS.

Les questions que peut se poser un chef d'établissement en amont :

- Quel est le degré de connaissance de la méthodologie PATHOS du médecin coordonnateur et des équipes encadrantes soignantes ? Ont-ils déjà réalisé une coupe et quel en a été le résultat ? avec quelle méthode utilisée ?
- Quel est le niveau d'information des équipes soignantes sur la PATHOS et les grilles AGGIR ? Combien ont suivi une formation ces derniers années ?

- Le logiciel de soins est-il performant pour réaliser une coupe PATHOS ? Les dossiers médicaux et soignants sont-ils bien tenus et complets ?
- Quel est le degré d'implication des intervenants libéraux médicaux et paramédicaux ?

Une fois l'état des lieux réalisé, des actions correctives qui semblent nécessaires, peuvent être entreprises : réajustement du plan de formation, changement de logiciel de soins...

Au vu du contexte de l'établissement, il est nécessaire de fixer un objectif réaliste et atteignable à la coupe PATHOS afin de déterminer un résultat attendu.

Exemple :

Objectifs :

- Obtenir un score de 210
- Faire comprendre à l'ensemble des soignants ce qu'est l'outil PATHOS

Résultats attendus :

- Maintenir l'organisation soignante actuelle si le score est de 210

3.2.2 Organiser le pilotage de suivi du projet

Un comité de pilotage peut être organisé pour suivre la préparation de la coupe PATHOS et permettre à chacun d'exprimer les difficultés rencontrées ou les besoins afin de réajuster si besoin la méthode.

Comité de pilotage :

- Directeur de l'établissement (éventuellement le directeur adjoint selon la taille de l'établissement) ;
- Le médecin coordonnateur ;
- Le responsable des soins (cadre de santé, cadre de santé supérieure ou infirmier coordonnateur).

Fréquence des réunions : 1 fois par semaine à 1 fois toutes les deux semaines

Rôles :

- Faire remonter les problèmes ou difficultés rencontrées ;
- Proposer des ajustements à la méthode ;
- Reporting sur l'avancée au chef d'établissement.

Équipe projet :

- Le médecin coordonnateur
- Les cadres de santé selon la taille de l'établissement ;
- Un ou deux infirmiers par service (unité, pavillon, selon l'organisation de l'établissement) ;

- Un ou deux aides-soignants par service (unité, pavillon, selon l'organisation de l'établissement) ;
- Les autres intervenants paramédicaux : psychologue, psychomotricienne, kinésithérapeute ;
- Les autres médecins salariés de l'établissement

Fréquence des réunions : 1 fois par semaine à partir du début de la préparation de la coupe

Rôles :

- Échanger sur les situations cliniques des résidents en équipe pluridisciplinaire (fixer un nombre de dossiers à étudier par semaine) ;
- Déterminer les surveillances à mettre en place, les suivis spécifiques pour chaque corps de métier en fonction des cotations des résidents ;
- Mettre en évidence les outils manquants pour permettre de fluidifier le travail des équipes ou les difficultés et besoins particuliers.

3.2.3 Dérouler le rétro-planning de la préparation de la coupe

A partir de l'étude de l'EHPAD et des différentes formations suivies, un rétro-planning type (tableau 11) peut être proposé, à adapter au contexte de l'établissement.

Tableau 11 : Présentation d'un rétro-planning pour la préparation d'une coupe PATHOS

Étape 1 : Former, informer, motiver l'ensemble de l'institution		
Former	Former le plus largement possible le personnel et prioritairement à : <ul style="list-style-type: none"> - PATHOS - AGGIR - Transmissions ciblées - Utilisation du logiciel de soins - 	N-2 à M-6
Informer	Présenter la méthode PATHOS et expliciter les objectifs et les résultats attendus : <ul style="list-style-type: none"> - A l'équipe de direction complète - En commission de coordination gériatrique - Dans les instances : CVS, CTE, CA 	M-12 à M-6
Communiquer	Informer le personnel et expliciter les enjeux lors d'une réunion institutionnelle. Les cadres de santé sont invités à reprendre l'information en réunion de transmission et à faire des rappels réguliers. Utilisation des outils de communication interne pour diffuser largement l'information (messagerie interne, journal,	M-6

	affichage...). Une information régulière sur l'avancement de la coupe peut aussi être réalisée.	
Étape 2 : Récolter les informations nécessaires à la pré-coupe		
Coordonner	Réunion hebdomadaire de l'équipe projet pour déterminer les actions à mettre en place pour chaque résident. L'étude des dossiers doit se faire en collégialité pour que chaque corps de métier prenne sa place dans la démarche et mettre en place les liens avec sa pratique quotidienne.	M-6 à M-2
Mise en forme des dossiers	Les médecins traitants et le médecin coordonnateur assurent la bonne tenue des dossiers et la présence de tous les documents (comptes-rendus médicaux etc.)	M-6 à M-1
Bilanter*	Réalisation des différents bilans nécessaires selon les résidents pour justifier les cotations : MNA, Bilans sanguins, bilans kiné, bilans psychologues, NPI-ES...	M-6 à M-1
Accentuer les surveillances et les transmissions	Les soignants sont mobilisés pour accentuer les transmissions en lien avec le PATHOS ainsi que les surveillances attendues et déterminées par l'équipe projet. Les cadres de santé coordonnent la mise en place et appliquent des outils permettant de faciliter cela (grille de suivis, mini-formations aux soignants...)	M-6 à M-1
Étape 2 : Réalisation de la pré-coupe		
	Étude de 15 à 20 dossiers par jour par le médecin coordonnateur, le cadre de santé voir un ou deux soignants. Des journées doivent être banalisées en amont à cet effet. Les équipes de la pré-coupe doivent être concentrées sur cet objectif.	M-1
Étape 3 : Saisie de la pré-coupe		
	Saisir la pré-coupe pour le PMP et mettre à jour AGGIR. S'entraîner à la saisie pour éviter un problème le jour J.	J-10 à J-4
Étape 4 : Réalisation de la coupe		
	Mettre à jour la pré-coupe. Le médecin coordonnateur et la cadre supérieure de santé réalisent la coupe. La secrétaire médicale ou l'agent d'accueil réalisent la saisie de la coupe. Les infirmiers, les cadres et la cadre supérieure font remonter les modifications susceptibles de modifier la cotation (modification de l'état de santé). Envoi du fichier zippé par mail	J-10 à J-4 Jour J

N=Année

M = Mois

*Concernant les bilans, des objectifs peuvent être donnés à chaque profession.

Exemple : les bilans des kinésithérapeutes

Objectif : Un bilan par résident avant le XX qui doit être actualisé entre le XX et le XX.

Chaque kiné devra donc réaliser X bilan sur une période donnée.

3.3 Des variables restent non maîtrisables lors d'une coupe PATHOS

Des variables non maîtrisables peuvent intervenir lors d'une coupe PATHOS et impacter positivement ou négativement le résultat final.

Une grande part de la validation de la coupe PATHOS tient au jugement porté par le médecin de l'ARS lors de l'évaluation des cotations. Les pratiques de ces médecins ne sont pas forcément homogènes et ils n'ont pas la même expérience d'une coupe PATHOS. L'établissement qui a été étudié, a été évalué par le médecin de l'ARS qui a l'habitude d'assurer le suivi des projets médico-soignants de l'établissement. Arrivée à l'ARS au cours de l'année, la directrice de l'EHPAD avait pris le parti d'inviter le médecin de l'agence lors d'une commission gériatrique afin qu'il présente l'outil PATHOS à tous les intervenants de l'établissement. Un lien avait été créé avec le médecin coordonnateur par des échanges réguliers sur des actualités ou des projets de l'établissement (infirmiers de nuit, appel à projet médecin prescripteur...). Cette connaissance de l'établissement par le médecin de l'ARS a semblé utile à l'établissement lors de la coupe parce qu'il connaissait les enjeux et le contexte et avait perçu l'investissement des équipes médico-soignantes dans la coupe PATHOS.

Cependant, un autre établissement du département, du même statut (public autonome au tarif partiel) et de taille comparable, a eu sa coupe la même année avec un autre médecin. Leur coupe a été évaluée à plus de 250. Le public accueilli dans cet établissement ne semble pas plus dépendant que celui de l'EHPAD étudié. Cependant, le médecin de l'ARS n'est venu que une journée contre plusieurs dans le cas présenté et au dire des personnes présentes, moins au fait de la méthodologie PATHOS. Le score peut donc être influencé par la méthodologie utilisée par le médecin valideur ce qui explique aussi les différences de scores importantes entre les départements et les régions pour la FFAMCO-EHPAD. Les voix de recours devraient permettre de régulariser ces disparités et peuvent être utilisées par les établissements dès qu'ils sont en désaccord avec la cotation arrêtée par le médecin valideur de l'ARS.

Une autre différence peut être soulevée, en fonction du mode de financement d'un EHPAD. Les établissements au tarif global semblent plus favorisés que les établissements au tarif

partiel. En effet, nationalement les scores des EHPAD au tarif global sont plus élevés que les seconds. La possibilité d'avoir des médecins salariés dans les EHPAD au tarif global est un avantage lors d'une coupe PATHOS puisqu'ils ont moins d'intervenants libéraux à gérer et un temps de médecin coordonnateur plus important (Xing, 2015). La taille de l'établissement peut aussi influencer, puisque le médecin coordonnateur a davantage de temps de présence en proportion du nombre de résidents. Cependant, il peut y avoir un effet de seuil à partir de 200 résidents puisque qu'il y ait 200 ou 300 et plus de résidents, le temps de médecin coordonnateur autorisé est arrêté à 0,8 ETP¹¹.

La situation financière et la capacité ou non à investir dans des moyens supplémentaires pour préparer la coupe PATHOS peut être discriminante pour les EHPAD. Les établissements pouvant financer la venue d'un médecin expert de l'outil PATHOS pour accompagner le médecin coordonnateur et les équipes dans la préparation des dossiers seront certainement avantagés sur un établissement ne pouvant y avoir recours. Cette pratique est largement utilisée par les établissements privés à but lucratif. Ils tirent ainsi profit de l'outil pour obtenir un financement important de leur budget soins.

Enfin, certains établissements développent une stratégie de sélection des résidents lors de la préparation des coupes PATHOS. Il s'agit d'admettre les résidents les plus lourds dont le dossier peut rapporter beaucoup de points, en amont de la coupe. Une fois la coupe PATHOS passée, ces établissements inversent leur stratégie en admettant des résidents qualifiés de moins lourds. Ainsi, l'établissement dispose de moyens financiers sur son budget soins supérieurs à la réalité des prises en charge réalisées. Cette méthode n'a pas été utilisée dans l'établissement étudié qui défend son statut d'établissement public et qui a donc pour politique d'éviter toute forme de sélection d'un résident à l'admission excepté si le médecin coordonnateur démontre que la situation clinique du résident n'est pas adaptée à la prise en charge de l'établissement et que celui-ci ne pourra bénéficier d'un accompagnement de qualité. La seule politique au niveau des admissions a été d'atteindre un taux d'occupation proche de 100%.

Si les EHPAD ne disposent pas des mêmes ressources en fonction de leur statut, de leur taille ou de leur situation financière, une anticipation et une préparation en amont peuvent contribuer à atténuer ces différences et participer à l'obtention d'un PMP à la hauteur des besoins de l'établissement.

¹¹ Décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles

Conclusion

Le niveau de PMP d'un établissement est déterminé non seulement par le profil pathologique des résidents mais surtout par la capacité du médecin coordonnateur et des équipes soignantes à préparer les dossiers médicaux de l'ensemble des résidents dans la norme attendue. Cette norme est discutable et a été la source de nombreuses discussions éthiques entre le médecin coordonnateur, la directrice de l'établissement et la cadre supérieure de santé. Pour cette dernière, l'outil PATHOS revient à « mettre des gens dans des cases et on se rend compte qu'ils ont plein de pathologies mais derrière il ne se passe pas grand-chose [au niveau des politiques] pour avoir des moyens supplémentaires ». Il s'agit d'un système qui ne valorise pas la population accueillie par les EHPAD, notamment à statut public, comme les résidents avec des pathologies psychiatriques ou les personnes ayant des situations sociales précaires. Pour autant il s'agit d'un outil médico-économique qui détermine les financements de l'établissement pour cinq ans.

Ainsi, le directeur qui n'a pas de prise directe sur le résultat de la coupe PATHOS ne peut s'en désintéresser complètement. Une coupe PATHOS dévalorisée a un impact conséquent pour l'avenir budgétaire de l'établissement. Son pilotage est alors nécessaire et l'enjeu doit être connu et maîtrisé. Son rôle est alors de mobiliser et fédérer les équipes, de mettre les moyens nécessaires pour que le médecin coordonnateur ne soit pas démuni.

Si l'outil PATHOS est contraignant par la charge de travail conséquente qu'il demande aux équipes, il se révèle aussi comme un levier pour améliorer la connaissance des résidents par les équipes et la prise en charge médicale. La montée en charge des transmissions engendre un meilleur suivi et permet aux soignants de faire des liens et de perfectionner leur connaissance clinique.

Le PATHOS et les grilles AGGIR ont fait entrer dans les EHPAD une cotation médico-technique qui peut être perçue comme cohérente avec la médicalisation progressive de ces établissements ces dernières années. Cependant ces outils doivent continuer à évoluer pour s'adapter à la réalité des accompagnements des résidents dans les lieux de vie et permettre une amélioration qualitative de ceux-ci.

Bibliographie

ANAP. 2018. *Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social, Premiers enseignements*. Paris. 49p.

Béziau, C. 2018. « Ehpads : des questions autour de la mesure des besoins en soins des résidents », *Agence presse médicale news* [en ligne]. Disponible sur internet : <https://www.apmnews.com/depeche/120800/328077/ehpad-des-questions-autour-de-la-mesure-des-besoins-en-soins-des-residents> (consulté le 8 mai 2019)

Bonne, B. 2018. Rapport d'information sur la situation dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées. Dépendantes (EHPAD) [en ligne]. Paris, Sénat, n°341, 118p. Disponible en ligne : <http://www.senat.fr/rap/r17-341/r17-3411.pdf> (consulté le 16 juin. 2019)

Brami, G. 2013. « Les paradoxes de l'évolution des ehpad », *EMPAN*, vol. 3, n°91, p. 56- 61.

CNSA. 2017. *La situation des EHPAD en 2016 – Analyse budgétaire de la prise en charge des résidents en EHPAD*. Paris. 83p.

Comité scientifique des référentiels AGGIR et PATHOS. 2012. *Rapport du 2 aout 2012* [en ligne]. Ministère des affaires sociales et de la santé DICOM, n°12-103, 57p. Disponible sur internet : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_final-Pathos-MEP-BAT-2.pdf (consulté le 8 mai 2019)

Dahan, M. et NIGAS, P. 2010. *Rapport d'évaluation de l'expérimentation de réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD sans pharmacie à usage intérieur* [en ligne]. Paris, IGAS, 100p. Disponible sur internet : <https://www.wanted-pedo.com/medias/2015/05/114000023.pdf> (consulté le 21 mars 2019)

Dussuet, A. Nirello, L. et Puissant, E. 2017. « De la restriction des budgets des politiques sociales à la dégradation des conditions de travail dans le secteur médico-social », *La revue de l'IRES*, vol 1-2, n°91-92, p. 185-211.

Hébert, R. 2011. « Grandeurs et misères de l'allocation personnalisée d'autonomie en France », *Gérontologie et société*, vol. 34, n°138, p. 67-82.

Fiat, C. Iblorra, M. 2018. *Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)* [en ligne]. Paris, Assemblée Nationale, n°769, 105p. Disponible en ligne : <http://www.assemblee-nationale.fr/15/pdf/rap-info/i0769.pdf> (consulté le 16 juin 2019)

Prévost, P. Vuillemin, C et Fender, P. 2003. *Étude PATHOS sur l'échantillon « ERNEST » 2001. Les soins de santé en maisons de retraite, foyers logements et services de soins de longue durée au niveau national* [en ligne]. Paris, CNAMTS / DSM , 63p. Disponible en ligne : https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/etude_PATHOS.pdf (consulté le 21 mars 2019)

Vasselle, A. 2011. *Rapport d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque* [en ligne]. Paris, Sénat, n°263, 235p. Disponible sur internet : <https://www.senat.fr/rap/r10-263/r10-2631.pdf> (consulté le 21 mars 2019)

Textes :

Législatif :

Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance. JO du 25 janvier 1997. [en ligne] Disponible en ligne :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000747703&categorieLien=id>

Loi n°2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et pour. Diverses mesures en faveur de la cohésion sociale. JO du 6. Mars 2007 - Article 56 [en ligne] Disponible en

ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000271094&categorieLien=id>

Loi n°2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009. JO du 18 décembre 2008. [en ligne] Disponible en ligne :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000019942966&categorieLien=id>

Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. JO du 29 décembre 2015. [en ligne] Disponible en ligne :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031700731&categorieLien=id>

Réglementaires :

Décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. JO du 27 avril 1999. [en ligne]

Disponible en ligne :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000211160&categorieLien=id>

Décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles. JO du 23 décembre 2016. [en ligne] Disponible en ligne :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033670895&categorieLien=id>

Décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. JO du 23 décembre 2016. [en ligne] Disponible en ligne :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033674725&categorieLien=id>

Arrêté du 15 novembre 2013 relatif aux modalités de validation des évaluations de la perte d'autonomie et des besoins en soins des personnes âgées accueillies dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, pris en application de l'article R.314-171-

3 du code de l'action sociale et des familles. [en ligne] Disponible en ligne :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028224405&categorieLien=id>

Arrêté du 27 décembre 2016 fixant le modèle de compte d'emploi du forfait soins des établissements mentionnés au IV de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles. JO du 20 décembre 2016. [en ligne] Disponible en ligne :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033719458>

Liste des annexes

Annexe 1 : Tableau détaillant les trois modes de financement d'un EHPAD

Annexe 2 : Guide d'entretien soignants

Annexe 3 : Guide d'entretien des personnes ayant élaboré et organisé la méthode pour la coupe PATHOS.

Annexe 4 : Grille d'analyse des entretiens semi-directifs

Annexe 1 : tableau détaillant les trois modes de financement d'un EHPAD

	Autorité de financement	Type	Objet	Modalité de calcul
Budget soins (Art R314-159 du CASF)	Assurance Maladie versée par l'ARS	Forfait	Personnel soignant paramédical et médical Équipements médicaux <i>Ex : Aides-soignants (70%), ASG, infirmiers, psychomotricien, médecin</i>	Équation tarifaire (GMPS) tenant compte du niveau de perte d'autonomie (AGGIR) et du besoin en soins des résidents (PATHOS)
Budget dépendance (Art R 314-172 du CASF)	Conseil départemental via l'APA	Forfait	Prestations d'aide et de surveillance des personnes âgées qui ne sont pas liées aux soins. <i>Ex : ASH (30%), psychologue, aides-soignants (30%)</i>	Équation tarifaire (GMP) tenant compte du niveau de dépendance des résidents (AGGIR)
	Résidents (reste à charge)			
Budget hébergement	Résidents qui peuvent bénéficier d'une aide du conseil départemental ou de l'état ¹²	Tarif journalier	Hôtellerie, restauration, Animation, administration générale, entretien <i>Ex : direction, cuisine, animateurs, ASH (70%)</i>	Équation tarifaire en fonction du total des charges, du nombre de résidents et du nombre de jours d'activité

¹² Seuls les établissements habilités à l'aide sociale peuvent recevoir des résidents en bénéficiant.

Annexe 2 : Grille d'entretien soignants

Présentation du professionnel :

1. Depuis combien de temps êtes-vous dans l'établissement ? Quel est votre parcours professionnel ?
2. Quelle formation avez-vous suivie ces trois dernières années ?
Relance : avez-vous eu des formations en lien avec les grilles AGGIR ? L'évaluation du degré de dépendance ? Le PATHOS ? La qualité des transmissions écrites ?

Dans l'établissement :

3. Avez-vous le sentiment d'être entendu ? De pouvoir donner votre avis librement ? De pouvoir faire des propositions d'amélioration ?

Méthodologie PATHOS :

4. Savez-vous ce que signifie le terme PATHOS ?
5. Quelle est l'importance de la coupe PATHOS selon vous ?
Relance : Y-a-t-il selon vous un élément de réussite concernant la coupe PATHOS ?
6. En tant que (Infirmière, AS, ASH) quelle implication avez-vous eu dans la coupe PATHOS ?
Relance : Comment la coupe PATHOS a pu modifier votre façon de travailler au quotidien ?
Comment, le cas échéant, la coupe PATHOS impacte votre motivation au travail ?
7. Comment le score PATHOS qu'obtiendra l'établissement changera votre quotidien ?
8. Avez-vous participé à la précédente coupe ? Voyez-vous des différences dans la manière de la préparer cette année ?

Avez-vous autre chose à ajouter ?

Annexe 3 : Grille d'entretien des personnes ayant élaboré et organisé la méthode pour la coupe PATHOS.

1. Qu'est-ce que PATHOS pour vous ?
2. Quel niveau d'importance a pour vous la coupe PATHOS ?
3. Quelle a été votre implication dans la coupe PATHOS ?
 - 3.1 Comment cela a pu modifier votre façon de travailler ?
 - 3.2 Est-ce que cela a eu un impact sur votre motivation ?

Vis-à-vis des équipes :

4. Quelle a été l'implication des équipes soignantes ou autres de l'établissement ?
5. Quel a été votre rôle dans leur implication ? Leur motivation ? Comment avez-vous procédé ?
6. Quel impact la coupe peut avoir sur eux ? en terme de motivation ?
7. Quel impact peut avoir le résultat sur eux ?

Historique :

8. Avez-vous participé à la précédente coupe PATHOS ? Quelle méthode avait été utilisée ?

Analyse de la méthode

9. Quels points positifs identifiez-vous suite à cette année de mobilisation autour du PATHOS ?
10. Quels points négatifs ?
11. Voyez-vous un impact sur l'accompagnement des résidents ?

Avez-vous autre chose à ajouter ?

Annexe 4 : Grille d'analyse des entretiens semi-directifs avec les soignants

	Soignant 1	Soignant 2	Soignant 3
Formation PATHOS			
Formation AGGIR			
Participation			
Définition PATHOS			
Rôle			
Charge de travail			
Sentiment que c'était « Dur »			
Sentiment de « Motivation »			
Sentiment d'« Apprentissage »			
Suivi des résidents et transmissions			
Investissement			
Résultat attendu			
Rôle du cadre / Direction			
Equipe			
Comparaison avec la précédente coupe			
Impression sur la réunion institutionnelle et les informations délivrées			

GUILLAUME	EVE	Octobre 2019
-----------	-----	--------------

Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social

Promotion 2018 - 2019

La coupe PATHOS en EHPAD : un enjeu stratégique à piloter

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : EHESP - Rennes

Résumé :

PATHOS a été introduit comme outil tarifaire à la fin des années 2010. Finançant la section soin des EHPAD. Cet outil permet d'évaluer les niveaux de soins nécessaires pour assumer la prise en charge de toutes les pathologies d'une population de personnes âgées, en établissement ou à domicile. Il est basé sur une logique de financement par la justification et la preuve à partir d'une évaluation médicale principalement réalisée par le médecin coordonnateur.

Ce dernier a un rôle central dans la réalisation de la coupe PATHOS. Il prépare les dossiers, les cote, et les défend face au médecin valideur de l'ARS qui se déplace sur site. Le directeur de l'établissement, à contrario, n'a pas un rôle identifié. Pourtant, il s'agit d'un outil de tarification qui peut avoir un impact important sur le pilotage des équipes soignantes financées par la section soin. Comment le directeur d'un établissement peut alors accompagner la réalisation d'une coupe PATHOS et contribuer à sa réussite ?

L'étude d'un EHPAD ayant développé une méthode spécifique pour anticiper et préparer la coupe PATHOS a permis d'identifier les stratégies qui peuvent être mises en place. La méthode a été analysée à partir d'entretiens semi-directifs réalisés auprès des soignants de l'établissement et de l'équipe de direction ainsi qu'à partir de données quantitatives disponibles. Elle a permis de dégager les points forts de la méthode et les axes d'amélioration et de proposer une organisation type.

Mots clés :

Outil PATHOS, GIR, EHPAD, financement soins, PMP, médecin coordonnateur

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.