



Inspection générale  
des affaires sociales  
RM2010-133P

# Rapport d'évaluation de l'expérimentation de réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD sans pharmacie à usage intérieur

**RAPPORT**

Établi par

**Pierre NAVES**

**Inspecteur général des  
affaires sociales**

**Muriel DAHAN**

**Conseillère générale des  
établissements de santé**



## Synthèse

- [1] L'intégration des dépenses de médicaments (et de dispositifs médicaux) des résidents en établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur (PUI) dans leurs dotations soins a déjà fait l'objet d'une première tentative en 1999. L'échec de la démarche et le retour, en 2002, au financement des médicaments et dispositifs médicaux (DM) sur l'enveloppe des soins de ville, remboursés « à l'euro l'euro » selon les prescriptions destinées aux résidents en EHPAD, a fondé en 2005 la constitution d'un groupe de travail, présidé par Pierre DELOMENIE (IGAS), pour étudier de façon approfondie les conditions de réussite d'une éventuelle réintégration. La première de ces conditions était de bien distinguer médicaments et DM, qui diffèrent fortement par leur nature.
- [2] Dans la perspective d'une rénovation progressive des modalités de calcul des dotations soins des EHPAD, la réintégration des DM dans les dotations soins des EHPAD sans PUI a été décidée dès 2006, mais a été effectivement mise en œuvre en août 2008. Cette première étape s'étant déroulée sans difficulté majeure, la réintégration des médicaments a été inscrite dans la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2009, ainsi que la réalisation d'une expérimentation avant la généralisation de cette réintégration.
- [3] Cette expérimentation a démarré en décembre 2009 avec 276 EHPAD sans PUI volontaires, suivant une démarche définie dans deux circulaires des 6 août et 11 novembre 2009 issues des recommandations d'une mission de préfiguration, conduite par Pierre-Jean LANCRY. Une mission IGAS-CGES d'appui et d'évaluation, conduite par Pierre NAVES, inspecteur général des affaires sociales IGAS, et Muriel DAHAN, conseillère générale des établissements de santé CGES, a accompagné l'expérimentation avec l'appui d'une équipe projet (DGCS, DSS, DGS, CNSA, CNAMTS<sup>1</sup>) et d'un comité national de suivi (CNS) composé de représentants nationaux des participants à l'expérimentation<sup>2</sup>. Un bilan d'étape a été établi en avril 2010, recommandant notamment le report de la date prévue par l'article 64 de la LFSS pour 2009 pour la généralisation de la réintégration, compte tenu des difficultés pratiques rencontrées et de celles repérées pour réussir la généralisation.
- [4] La réalisation de cette expérimentation s'avère riche d'enseignements, notamment pour l'amélioration de la prise en charge médicamenteuse des personnes âgées hébergées en EHPAD, en cohérence avec les démarches multiples engagées par les différentes instances sanitaires, dans le cadre des priorités de santé publique nationales, relatives à la lutte contre l'iatrogénie et à l'amélioration du bon usage des médicaments chez les personnes âgées en général.
- [5] **Les avancées constatées pendant les 8 mois d'expérimentation**, dont le présent rapport comprend une évaluation aussi complète que possible, portent notamment sur des questions de santé publique et de maîtrise des dépenses. Ces avancées devraient pouvoir être préservées quelles que soient les décisions qui seront prises à l'issue de l'évaluation, en particulier :
- La mobilisation et la structuration, autour d'équipes médico-pharmaceutiques dont la place dans les EHPAD doit être réglementairement précisée, de démarches visant l'amélioration du bon usage des médicaments pour les personnes âgées en EHPAD ;

<sup>1</sup> Direction générale de la cohésion sociale, Direction de la sécurité sociale, Direction générale de la santé, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

<sup>2</sup> Equipe projet + Représentants de fédérations et de directeurs d'EHPAD (UNIOPSS, CNDEHPAD, UNCCAS, FHF, FEHAP, SYNERPA, FNAQPA, AD-PA, FNADEPA), des médecins coordonnateurs (FFAMCO), des pharmaciens d'officine (FSPF, UNPF, USPO), de l'ordre des pharmaciens, de la CCMSA (Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole)

- La place du pharmacien référent, dans la droite ligne des missions renouvelées du pharmacien d'officine définies dans la loi HPST, et dont l'expérimentation a montré l'utilité et l'adéquation aux besoins. La mission recommande ainsi l'inscription de sa place et de sa rémunération dans un texte réglementaire ;
- L'implication nouvelle de la direction de l'EHPAD sur un sujet qui jusqu'alors pouvait ne pas le mobiliser, car géré « hors les murs » ;
- L'importance d'une liste préférentielle de médicaments, véritable « guide » pour l'ensemble des professionnels de santé intervenant dans l'EHPAD pour une meilleure maîtrise du bon usage des médicaments, incitant notamment à utiliser des génériques ;
- La finalisation, à la lumière de l'expérimentation, des textes en cours relatifs aux médecins coordonnateurs, aux conventions EHPAD-Officines et à la préparation des doses à administrer ;
- La clarification des relations des pharmacies mutualistes et minières avec les EHPAD.

[6] **De nombreuses difficultés et incertitudes persistent toutefois encore aujourd'hui,** l'expérimentation n'ayant pas permis de les lever.

[7] En premier lieu, le dimensionnement du complément de dotation à allouer à chaque EHPAD sans PUI en fonction des besoins en médicaments de ses résidents devrait pouvoir être effectué « en routine », selon une méthode de calcul définie et pouvant être « industrialisée ». A défaut, la gestion des dotations représentera une charge de travail extrêmement lourde, à une période de pleine mutation administrative, en particulier avec la mise en place des ARS.

[8] Or, le mode de calcul adopté pour les dispositifs médicaux (2,32€/résident/jour, quel que soit l'EHPAD) n'est pas transposable aux médicaments et la bonne acceptation, jusqu'à présent, de l'intégration des DM, s'explique par le niveau élevé de ce montant journalier<sup>3</sup>. En outre, contrairement aux médicaments, qui ne peuvent être fournis que par des officines et dont les prix de vente sont fixés nationalement<sup>4</sup>, les DM sont achetés directement par les gestionnaires. Ainsi, la réintégration des DM ne peut pas être considérée comme un précédent encourageant valablement la réintégration des médicaments.

[9] Le rapport envisage les différentes modalités de calcul qui pourraient être utilisées pour dimensionner au mieux le complément de dotation destiné à couvrir les dépenses pharmaceutiques. Chacune de ces méthodes s'avère soit inapplicable ou inadaptée (calcul en fonction des consommations antérieures), soit les conditions de leur mise en œuvre ne sont pour l'heure pas réunies (calcul fondé sur PATHOS, en cours de rénovation).

[10] Une autre difficulté majeure est la définition, prévue par la loi, d'une liste de médicaments dite « liste en sus » qui, après réintégration, continueraient d'être remboursés par l'assurance maladie, « à l'euro l'euro ». A l'instar du système de tarification à l'activité (T2A) adopté pour les établissements de santé, ce principe de liste en sus vise à éviter des refus d'admission et des inégalités d'accès aux soins. Or, la définition de cette liste puis son actualisation vont susciter des contestations, sans permettre de répondre aux situations de résidents dont les médicaments ne sont pas individuellement très onéreux, mais leur addition rend leurs traitements coûteux.

[11] **Des risques importants ont émergé de l'expérimentation,** imposant de s'interroger sur le « rapport bénéfices-risques » de la démarche. Les principaux risques sont :

- La « perte » de la part actuellement payée par les organismes complémentaires ;
- L'absence actuelle de moyens de repérer les dotations surdimensionnées ;
- Les effets de la conjonction entre la réintégration des médicaments dans les forfaits soins, en elle-même incitatrice à la constitution de PUI, et l'amendement adopté en LFSS pour

<sup>3</sup> Ce montant de 2,32€ a été d'autant plus facilement accepté, en 2008, 2009 et 2010 que les gestionnaires d'EHPAD avaient pu constituer des stocks de petits matériels et de fournitures médicales et acheter des matériels amortissables (lits, fauteuils roulants, ...), à la place du recours à la location.

<sup>4</sup> S'agissant principalement de médicaments remboursables.

2010 autorisant la constitution de GCS-MS gérant des PUI. La création de telles PUI devient doublement attractive, menaçant la viabilité d'officines, en particulier rurales, qui repose en grande partie sur la fourniture de médicaments aux résidents d'EHPAD. Or la fermeture de ces officines aurait des conséquences particulièrement délétères pour la santé publique et serait financièrement coûteuse pour les dépenses publiques ;

- Des refus d'admission pouvant s'avérer dramatiques. En effet, les EHPAD avec PUI refusent d'ores et déjà d'admettre certaines personnes âgées aux traitements médicamenteux trop coûteux, mais une alternative existe aujourd'hui avec les EHPAD sans PUI, car le « coût médicamenteux » n'intervient pas pour l'instant dans les critères d'admission. Après généralisation, tous les EHPAD, avec ou sans PUI, seraient confrontés aux mêmes contraintes budgétaires, ne laissant plus à ces personnes âgées d'autre possibilité que de se tourner vers des structures moins adaptées et plus coûteuses (EHPA, voire établissements de santé, ...).
- De même sont à craindre des hospitalisations injustifiées de résidents orientés (avec transport sanitaire...) vers l'hôpital dès lors que leurs traitements deviennent trop coûteux, ainsi que des choix de traitements moins coûteux mais inadaptés ;
- L'entrave à certaines actions de « gestion du risque » engagées par l'assurance maladie (par exemple les contrats d'amélioration des pratiques professionnelles CAPI), notamment liée au risque de pertes d'informations ;
- La gestion administrative du changement, déjà relativement lourde pour 276 EHPAD, laissant présager de grandes difficultés lors de la généralisation à environ 5 000 EHPAD.

[12] **Face à ces constats, la mission estime justifié d'envisager une proposition alternative à la généralisation.**

[13] Une telle proposition se justifie tant par les constats présentés ci-dessus que par l'évolution de l'environnement juridique, budgétaire et stratégique depuis l'adoption, fin 2008, de l'article 64 de la LFSS pour 2009.

[14] En premier lieu, les modalités de suivi des consommations en EHPAD, suivi qui était quasi-inexistant en 2008, vont connaître une amélioration considérable dans les prochains mois, grâce à la mise en œuvre du décret du 7 juin 2010 créant une exigence nouvelle d'identification, par les responsables d'EHPAD, auprès des organismes d'assurance maladie de leurs résidents. D'autre part, le processus de remontée automatique des consommations médicamenteuses par les officines élaboré au cours de l'expérimentation devrait également fournir une source de données utile.

[15] Par ailleurs, l'assurance maladie a engagé depuis plusieurs années, en relation avec les établissements et les professionnels de santé, des actions de « gestion du risque » (GDR). Le succès de ces actions a été consacré dans la loi HPST, qui a même précisé qu'un programme régional de GDR, intégré dans le programme régional de santé, doit être arrêté par chaque ARS. Les CAPI et ces actions de GDR en EHPAD démontrent la pertinence d'une approche médico-économique collaborative. Or, la démarche de réintégration des médicaments dans les forfaits soins, loin de les renforcer, devrait de fait en perturber la bonne mise en œuvre.

[16] Aussi, le présent rapport propose-t-il une démarche alternative, fondée sur des engagements contractuels entre EHPAD, ARS et caisses d'assurance maladie et sur un partage des gains générés par les économies sur les dépenses des médicaments dispensés aux résidents en EHPAD et remboursés comme actuellement, en soins de ville. Cette alternative vise à substituer à une logique de régulation par la maîtrise des budgets une logique d'incitation à la qualité des prescriptions, dont les économies sur les dépenses de médicaments peuvent représenter un indicateur sur lequel fonder des engagements contractuels.

- [17] Cette alternative permettra d'atteindre les principaux objectifs attendus de la réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD sans PUI, à savoir l'amélioration des prescriptions et du bon usage des médicaments, avec des effets attendus sur la santé des résidents et une baisse des coûts totaux des médicaments consommés par les résidents en EHPAD. Elle ne présentera pas les risques exposés supra et devrait permettre d'ouvrir des perspectives motivantes pour l'ensemble des intervenants, cohérentes avec l'ensemble des démarches nationales, régionales ou locales visant l'amélioration du bon usage des médicaments chez les personnes âgées.

# Sommaire

<b>SYNTHESE .....</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>13</b>
<b>1<sup>ERE</sup> PARTIE : L'EXPERIMENTATION A ENCOURAGE DES EVOLUTIONS POSITIVES DANS LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES .....</b>	<b>15</b>
1. L'EXPERIMENTATION DE REINTEGRATION DES MEDICAMENTS DANS LES FORFAITS SOINS DES EHPAD S'INSCRIT DANS UN CONTEXTE DE PROGRES .....	15
1.1. <i>La très grande diversité des EHPAD explique des modalités de tarification compliquées et encore insatisfaisantes.....</i>	15
1.2. <i>Les évolutions introduites par la loi Hôpital, patients, santé et territoires du 21 juillet 2009.....</i>	16
1.3. <i>L'attention renforcée des autorités sanitaires à l'égard des prescriptions de médicaments aux personnes âgées résidant à leur domicile ou en EHPAD .....</i>	17
1.3.1. La production de documents de référence par la HAS, l'AFSSAPS et l'ANESM ...	17
1.3.2. La mobilisation des responsables d'EHPAD et des prescripteurs incitée notamment par les textes législatifs et réglementaires.....	19
1.3.3. Les progrès dans la « gestion du risque » réalisés par les caisses nationales d'assurance maladie et leurs apports à l'amélioration des prescriptions aux personnes âgées résidant en EHPAD.....	21
1.4. <i>La publication de textes réglementaires indispensables pour la clarté des informations sur les dépenses de médicaments et la sécurité de l'activité des EHPAD.....</i>	24
1.4.1. Un flou entoure encore aujourd'hui les chiffres, même les plus globaux, de consommation de médicaments en EHPAD .....	24
1.4.2. La fiabilisation du suivi par l'assurance maladie des personnes âgées résidant en EHPAD devrait être nettement améliorée grâce au décret du 7 juin 2010 .....	26
1.4.3. La fiabilisation de la préparation des doses à administrer (PDA) et des bonnes pratiques de dispensation assurées par un décret et un arrêté dont les signatures devraient intervenir au cours du mois d'octobre .....	26
1.4.4. L'arrêté portant convention type entre un EHPAD et un pharmacien titulaire d'officine.....	27
2. LA RECONNAISSANCE ACCRUE DU ROLE DU PHARMACIEN PAR LES RESPONSABLES DE L'EHPAD GRACE A L'IDENTIFICATION D'UN PHARMACIEN REFERENT .....	28
2.1. <i>L'intervention du pharmacien référent est indispensable dans l'élaboration de la liste de médicaments à utiliser préférentiellement puis dans sa bonne utilisation.....</i>	30
2.2. <i>Le rôle effectif du pharmacien référent (PR) va dépendre des modalités d'intervention du médecin coordonnateur et de leurs relations avec le directeur de l'EHPAD .....</i>	30
2.3. <i>La rémunération du pharmacien référent.....</i>	31
2.4. <i>L'impossibilité juridique, pour un pharmacien mutualiste ou relevant du régime minier d'être pharmacien référent.....</i>	32
3. LA PLUS FORTE VISIBILITE DES CONSOMMATIONS GLOBALES ET INDIVIDUELLES DE MEDICAMENTS CONDUIT A CORRIGER DE « MAUVAISES HABITUDES » .....	32

## **2<sup>EME</sup> PARTIE : L'EXPERIMENTATION N'A PAS PERMIS DE DEFINIR PLUSIEURS DETERMINANTS NECESSAIRES POUR REUSSIR LA GENERALISATION ET A MIS EN EVIDENCE PLUSIEURS TYPES DE DIFFICULTES PRATIQUES ..... 35**

1. LE DIMENSIONNEMENT DE L'ENVELOPPE « MEDICAMENTS » NE PEUT ETRE ETABLI SANS DIFFICULTE .....	35
1.1. <i>Quelles méthodes de calcul possibles « en routine » ?</i> .....	35
1.2. <i>Le dimensionnement de l'enveloppe médicaments fondé sur les besoins des résidents à partir des données issues de PATHOS n'est pas applicable</i> .....	36
1.2.1. L'objectif de l'outil PATHOS est d'objectiver les besoins de soins.....	36
1.2.2. Tous les EHPAD n'ont pas encore effectué de « coupe PATHOS » et de nombreuses « coupes PATHOS » posent des problèmes .....	36
1.2.3. L'actualisation de la valorisation du poste « médicaments » de PATHOS ne sera pas disponible, au mieux, avant 2012.....	37
1.3. <i>Le dimensionnement de l'enveloppe médicaments fondé sur les consommations constatées limiterait les contestations au moment de la généralisation, mais créerait des inégalités qui seraient difficiles à réduire au cours des années suivantes</i> .....	37
1.3.1. Le calcul de l'enveloppe médicaments transférée aux EHPAD expérimentateurs a montré les difficultés de l'exercice .....	38
1.3.2. Ce calcul à un instant T génèrera un afflux de contestations d'une toute autre ampleur que celles qui sont actuellement exprimées pour les autres postes de dépenses....	38
1.3.3. Fonder l'enveloppe médicaments transférée aux EHPAD sur les consommations constatées pénaliserait les EHPAD où des efforts d'optimisation des prescriptions ont été réalisés au cours des années passées.....	39
1.4. <i>Une dernière hypothèse a été envisagée, mais elle conduit à une impasse</i> .....	40
2. LA DETERMINATION D'UNE « LISTE EN SUS » ADAPTEE POUR TOUS LES EHPAD EST, A L'HEURE ACTUELLE, IMPOSSIBLE .....	41
2.1. <i>Le principe d'une « liste en sus » a, légitimement, été prévu par le législateur</i> .....	41
2.1.1. Dans le cadre de l'expérimentation un mécanisme de « clause de sauvegarde » a permis de pallier l'absence de « liste en sus » .....	42
2.1.2. L'expérience de la « liste en sus » définie pour les établissements de santé incite à la prudence.....	42
2.1.3. Les principes posés pour la détermination de la « liste en sus » pour les EHPAD ...	42
2.1.4. L'expérimentation complète les informations déjà disponibles pour déterminer une « liste en sus » adaptée aux EHPAD.....	43
2.2. <i>L'application d'une « liste en sus » ne règle pas toutes les difficultés et doit être accompagnée par un dispositif permettant de faire face à certaines situations particulières</i> ....	43
2.2.1. La création d'une « liste en sus » n'est pas suffisante pour répondre à ces situations particulières.....	43
2.2.2. Un dispositif spécifique devrait être créé pour faire face à ces situations .....	44
2.2.3. La mise en œuvre d'un dispositif de type « clause de sauvegarde » pose plusieurs problèmes.....	45
3. PLUSIEURS DIFFICULTES TECHNIQUES OU OPERATIONNELLES NE PEUVENT ETRE MESESTIMEES	47
3.1. <i>Le calcul effectif de l'enveloppe médicaments et son versement aux EHPAD exigent qu'une organisation précise soit mise en place au cours des premiers mois de 2011</i> .....	47
3.1.1. L'hypothèse d'une généralisation de la réintégration pour tous les EHPAD à une même date au cours du second semestre de 2011 .....	47
3.1.2. L'hypothèse d'une réintégration organisée progressivement en vue d'une généralisation à tous les EHPAD en 2015 .....	48
3.2. <i>Les effets induits par la réintégration des médicaments sur la qualité du suivi des prescriptions pharmaceutiques aux résidents des EHPAD sans PUI</i> .....	48



### **3<sup>EME</sup> PARTIE : L'EXPERIMENTATION A FAIT EMERGER PLUSIEURS EFFETS NEGATIFS QUI POURRAIENT RESULTER DE LA GENERALISATION..... 49**

1. LA « PERTE » DE LA PART ACTUELLEMENT PAYEE PAR LES MUTUELLES ET AUTRES ORGANISMES DE PREVOYANCE COMPLEMENTAIRE .....	49
1.1. <i>Le paiement du ticket modérateur sur les médicaments administrés aux résidents qui disposent d'une couverture maladie complémentaire dépend de l'EHPAD où ils résident.....</i>	49
1.2. <i>La complexité du calcul des sommes prises en charge par les différents organismes de protection complémentaire santé pour les résidents dans des EHPAD sans PUI conduit à envisager des alternatives .....</i>	50
2. L'IMPOSSIBILITE ACTUELLE DE REPERER LES DOTATIONS SURDIMENSIONNEES .....	51
2.1. <i>Des dotations initiales dont l'éventuelle réévaluation était prévue par les circulaires .....</i>	51
2.2. <i>Des demandes de compléments de dotations prévisibles, comme l'était l'absence de réclamation pour dotation en excès... ..</i>	52
2.3. <i>L'impossibilité d'identifier les surdotations pendant l'expérimentation ...et après la généralisation ?.....</i>	52
2.4. <i>Surdotations : quels surcoûts pour l'assurance maladie et/ou la CNSA ?.....</i>	53
3. LES PROBABLES EFFETS D'UN RECOURS ACCRU DE RESPONSABLES D'EHPAD A UNE PUI SUR LE MAILLAGE OFFICINAL .....	53
3.1. <i>La possibilité de constitution d'une PUI de GCS-MS ouverte par la LFSS pour 2010.....</i>	53
3.2. <i>La réintégration des médicaments dans les forfaits soins incite aussi à la constitution de PUI : « double peine » pour les officines approvisionnant des EHPAD ?.....</i>	54
3.3. <i>PUI ou officine : un choix du directeur d'EHPAD ou du gestionnaire de groupe d'établissements sanitaires et médico-sociaux, sur des critères pouvant être trompeurs, au préjudice de pharmacies d'officine indispensables pour des personnes âgées ne résidant pas en EHPAD .....</i>	54
4. LES DIFFICULTES DE TRESORERIE DES OFFICINES DE PHARMACIE .....	56
5. LES POSSIBLES DERAPAGES LIES AUX NEGOCIATIONS EN VUE DU CHOIX DE LA OU DES OFFICINE(S) DISPENSATRICE(S).....	56
6. DES DIFFICULTES DANS LE SUIVI DES TRAITEMENTS DES RESIDENTS .....	57
7. LA DISPARITION POSSIBLE DES PRESCRIPTIONS EN EHPAD DANS LES SNIR APRES GENERALISATION : QUELLES CONSEQUENCES POTENTIELLES ?.....	57
8. LES REFUS D'ADMISSION .....	58
9. LES HOSPITALISATIONS INJUSTIFIEES, LES REFUS DE SOINS OU LES TRAITEMENTS DEGRADES : DES RISQUES PEU VISIBLES MAIS REELS ET PARTICULIEREMENT DELETERES.....	59
10.LA GESTION ADMINISTRATIVE DE LA GENERALISATION PENDANT UNE PERIODE DE GRANDES MUTATIONS.....	60

**4<sup>EME</sup> PARTIE : LA SOLUTION ALTERNATIVE DE « CONTRATS EHPAD – ARS – CAISSES DE SECURITE SOCIALE » PRESENTE UN MEILLEUR RAPPORT « AVANTAGES / RISQUES » QUE LA REINTRODUCTION DES MEDICAMENTS DANS LES FORFAITS SOINS DES EHPAD ..... 61**

1. L'IDENTIFICATION DES MEDICAMENTS REMBOURSES AUX RESIDENTS EN EHPAD PERMET LE CALCUL, EHPAD PAR EHPAD, DES DEPENSES DE MEDICAMENTS REMBOURSES ET LA MISE EN PLACE D'UN MECANISME INCITATIF ..... 61
  - 1.1. *Le préalable indispensable à la mise en œuvre d'une solution alternative : la connaissance des dépenses des médicaments remboursés par les caisses d'assurance maladie aux résidents en EHPAD..... 62*
  - 1.2. *La prise en considération de la consommation des médicaments dans la fixation de la dotation soins allouée annuellement à chaque EHPAD..... 62*
  - 1.3. *L'intérêt d'une contractualisation triennale entre EHPAD – ARS et caisse d'assurance maladie portant, entre autres, sur les médicaments administrés aux résidents. .... 63*
2. LE MAINTIEN DU REMBOURSEMENT DES MEDICAMENTS AUX RESIDENTS EN EHPAD EST COHERENT AVEC D'AUTRES DEMARCHES TANDIS QUE LA REINTEGRATION DES MEDICAMENTS DANS LES FORFAITS SOINS RISQUE DE LES ENTRAVER..... 64
  - 2.1. *Les effets des modifications d'exercice des médecins coordonnateurs et des médecins libéraux en EHPAD..... 65*
  - 2.2. *La mobilisation des médecins pour l'amélioration de leurs pratiques de prescription ..... 65*
3. NE PAS REINTEGRER DES 2011 LES MEDICAMENTS DANS LES FORFAITS SOINS PERMET D'ENVISAGER UNE REFORME PLUS GENERALE DU CALCUL DE CES FORFAITS ET LA CONCRETISATION DES DEMARCHES DE PROGRES DANS LES EHPAD ..... 66
  - 3.1. *La réforme générale du calcul du forfait soins des EHPAD serait « bousculée » par la réintégration des médicaments dès 2011..... 66*
  - 3.2. *La mise en place des mécanismes vertueux, dont le médecin coordonnateur et le pharmacien référent sont les moteurs, demande du temps..... 67*
  - 3.3. *Les effets des travaux de l'ANESM et des dispositifs d'évaluation dont elle est le vecteur. 67*
4. LA PROPOSITION DE LA MISSION : L'INCITATION PAR LE PARTAGE DES « GAINS ECONOMIQUES » ENTRE LES EHPAD ET LES CAISSES DE « SECURITE SOCIALE »..... 68
  - 4.1. *Le partage des « gains » entre EHPAD et les caisses d'assurance maladie..... 68*
  - 4.2. *Le calcul du transfert à opérer des caisses d'assurance maladie vers la CNSA..... 69*
5. LES DIFFICULTES ET RISQUES DE LA GENERALISATION DE LA REINTEGRATION CONDUISENT A PRECONISER UNE ALTERNATIVE FONDEE SUR UN MECANISME D'INTERESSEMENT DES EHPAD A L'AMELIORATION DU BON USAGE DES MEDICAMENTS POUR LEURS RESIDENTS ..... 69
  - 5.1. *La comparaison avantages-risques entre « contrats EHPAD – ARS – caisses de Sécurité sociale » et réintroduction des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD au regard des objectifs fixés initialement pour l'expérimentation ..... 69*
  - 5.2. *Les caisses de sécurité sociale, en relation avec les ARS, doivent s'organiser pour pouvoir signer des « contrats EHPAD – ARS – caisses de Sécurité sociale »..... 72*
    - 5.2.1. *Au niveau national, un cadre général devrait être trouvé entre l'UNCAM, la CNSA et les services de l'Etat..... 72*
    - 5.2.2. *Sans attendre la fixation de ce cadre national, les ARS doivent s'organiser avec les caisses de sécurité sociale, sur les conditions matérielles de contractualisation..... 73*
    - 5.2.3. *En parallèle, les services des caisses de sécurité sociale doivent s'organiser pour que les consommations annuelles de médicaments des résidents en EHPAD sans PUI soient connues dès que possible..... 73*

---

5.3. Les modalités de « sortie de l'expérimentation » des EHPAD expérimentateurs .....	74
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>75</b>
<b>RECOMMANDATIONS DE LA MISSION .....</b>	<b>77</b>
<b>LETTRE DE MISSION.....</b>	<b>79</b>
<b>LISTE DES PERSONNES RENCONTREES .....</b>	<b>83</b>
<b>ANNEXE 1 : PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS POUVANT ETRE TIRES DES ANALYSES DES PRESCRIPTIONS REALISEES DANS LE CADRE DE L'EXPERIMENTATION.....</b>	<b>87</b>
<b>ANNEXE 2 : PRINCIPAUX CONSTATS DE L'ETUDE SUR LES COUTS (DEPENSES DE MEDICAMENTS ET CHARGES DE FONCTIONNEMENT) DES PUI (PHARMACIES A USAGE INTERIEUR) DISPENSANT DES MEDICAMENTS A UN EHPAD.....</b>	<b>91</b>
<b>SIGLES UTILISES .....</b>	<b>97</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>99</b>

[18] Pierre NAVES et Muriel DAHAN, auteurs du présent rapport, tiennent à remercier sincèrement pour leur précieuse participation à la réalisation de cette expérimentation :

- les membres du comité national de suivi (CNS) dont la liste figure en fin de rapport ;
- les agents des DDASS, puis des délégations territoriales des ARS ;
- les agents des caisses d'assurance maladie ;
- les responsables des EHPAD s'étant portés volontaires pour participer à l'expérimentation ;
- Les médecins coordonnateurs et les équipes soignantes de ces EHPAD ;
- les pharmaciens référents et les officinaux, en particulier pour leur mobilisation, en cours d'expérimentation, pour la mise en place de la nouvelle procédure de remontée automatisée des informations quantitatives ;
- les personnes âgées résidentes de ces EHPAD, qui sont le cœur de cette expérimentation, et qui, sans être citées à tous les chapitres du rapport, n'en ont pas moins constitué le guide et ont contribué, parfois de façon active en répondant à des questionnaires proposés par la direction de leur EHPAD, à une évaluation de l'expérimentation centrée sur leur intérêt.

## Introduction

- [19] Par lettre de mission en date du 22 décembre 2009, la ministre de la santé et des sports et la secrétaire d'Etat chargée des aînés ont demandé au chef de l'inspection générale des affaires sociales de diligenter une mission d'appui et d'évaluation relative à l'expérimentation d'intégration des médicaments dans les forfaits soins des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD). Pierre NAVES, inspecteur général des affaires sociales IGAS, et Muriel DAHAN, conseillère générale des établissements de santé CGES, ont été désignés pour conduire cette mission.
- [20] Comme le prévoit la lettre de mission, un bilan d'étape a été remis par la mission aux ministres en avril 2010, et diffusé aux membres du comité national de suivi (CNS) en mai.
- [21] Le présent rapport est proposé au Gouvernement, ainsi que le prévoit la lettre de mission, dans le cadre des exigences de l'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009.
- [22] Les sources des observations présentées dans le présent document sont de 8 ordres :
- les observations réalisées dans les EHPAD dans lesquels les membres de la mission se sont déplacés (voir annexe 2) ;
  - les centaines d'échanges par courriel ou téléphone avec des directeurs d'EHPAD, des médecins coordonnateurs, des pharmaciens d'officine et des responsables de délégation territoriales d'ARS, entre les mois de janvier et septembre 2010 ;
  - le traitement des premières données transmises par les EHPAD expérimentateurs (voir annexe 1) ;
  - les documents consultés ;
  - les entretiens que les membres de la mission ont eus avec des responsables nationaux
  - les échanges intervenus lors des réunions de l'équipe projet et du Comité national de suivi (CNS) de l'expérimentation ;
  - les réunions de groupes ad'hoc sur des thèmes particuliers, organisées par la mission (pharmacies mutualistes et minières, exploitation des données qualitatives, mise en place avec les pharmaciens de la remontée automatisée des données quantitatives, etc.), ou les membres de l'équipe projet (liste en sus, actualisation du poste 8 PATHOS, finalisation des textes, etc.) ;
  - les échanges à l'occasion de colloques, présentations, conférences sur le sujet.
- [23] Depuis plus de 10 ans, l'intégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD a connu plusieurs étapes<sup>5</sup>, concomitantes aux évolutions de la fixation des modalités de financements des EHPAD.

---

<sup>5</sup> De façon sommaire :

- Décrets du 26 avril 1999, puis du 4 mai 2001 généralisant l'intégration du médicament dans le forfait soins dans les EHPAD
- Loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui décide du retour dans l'enveloppe soins de ville des médicaments et des dispositifs médicaux
- Loi de santé publique du 9 août 2004, qui a inscrit comme objectif de la santé des personnes âgées la réduction de la fréquence des prescriptions inadaptées
- Rapport (mai 2005) du Groupe de travail présidé par Pierre DELOMENIE (IGAS) sur la prise en charge des médicaments dans les maisons de retraite médicalisées
- Loi de financement pour la sécurité sociale pour 2006 qui décide la réintégration des dispositifs médicaux
- Loi de financement pour la sécurité sociale pour 2009, qui, dans son art. 64, prévoit une expérimentation de réintégration des médicaments, et sa généralisation à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2011

- [24] Après la réintégration des dispositifs médicaux (DM) en 2008, la réintégration des médicaments dans les forfaits soins apparaît comme étant une suite logique dans la perspective plus générale de convergence tarifaire.
- [25] Les objectifs attendus de la réintégration des médicaments reposent notamment sur l'hypothèse d'un effet régulateur lié à la fixation d'une enveloppe prédéterminée. On peut ainsi espérer passer d'un système de « guichet ouvert » à celui d'une plus grande responsabilisation des différents « décideurs », induisant des efforts de leur part pour utiliser au mieux cette enveloppe. Ces objectifs sont de deux ordres :
- Amélioration des prescriptions et du bon usage des médicaments avec des effets attendus sur la santé des résidents<sup>6</sup> ;
  - Baisse des coûts totaux des médicaments consommés par les résidents en EHPAD.
- [26] Le choix de recourir à une expérimentation a été fixé par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2009. Ses modalités ont été décrites par le rapport LANCRY (3)<sup>7</sup> et précisées par les circulaires des 6 août et 10 novembre 2009 (7).
- [27] 276 EHPAD (sur environ 5 000 concernés), avec une grande hétérogénéité, se sont portés volontaires pour participer à cette expérimentation, qui a démarré officiellement au 1<sup>er</sup> décembre 2009, mais s'est mise en place très progressivement pour n'être réellement opérationnelle que début janvier 2010.
- [28] L'expérimentation de réintégration dans les dotations soins des EHPAD s'inscrit dans un mouvement général qui vise l'amélioration de la prise en charge des résidents des EHPAD :
- par les progrès dans les bonnes pratiques collectives (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux ANESM ; ...) et dans les bonnes pratiques individuelles (Haute autorité de santé HAS ; ...)
  - par les avancées dans les modalités de tarification des EHPAD
- [29] Ce mouvement général concerne tant les professionnels intervenant dans les EHPAD que les personnes responsables, au sein des administrations de l'Etat, des départements et des organismes de sécurité sociale, de fonctions de tarification, de contrôle et de conseil.
- [30] Les observations effectuées par les membres de la mission CGES-IGAS en vue de l'évaluation de l'expérimentation de réintégration dans les dotations soins des EHPAD se situent dans ce contexte. Ses recommandations tiennent aussi compte de visites d'EHPAD qu'elle a effectuées, permettant de se placer en situation réelle, « dans la vraie vie », pour mieux préciser les modalités concrètes de mise en œuvre, bien mesurer l'effet de chacun des choix à effectuer, repérer des difficultés que seule l'application pratique peut faire émerger.
- [31] Au-delà, des seules personnes âgées résidant en EHPAD, c'est la prise en charge sanitaire et la qualité de vie de nos aînés qui est ici en jeu. Le bon usage des médicaments dans cette population en est l'un des volets essentiels, trop longtemps négligé, mais faisant aujourd'hui l'objet d'attentions particulières de la part des instances sanitaires et médico-sociales. L'expérimentation apporte ainsi des enseignements tant pour les résidents en EHPAD que pour la population plus générale des grands séniors.

---

<sup>6</sup> Résident est écrit avec un « e » dans le présent rapport, les membres du CNS ayant fait remarquer à la mission que c'était l'orthographe figurant dans le CASF, alors que le rapport LANCRY, puis le bilan d'étape l'écrivait avec un « a ».

<sup>7</sup> Les numéros entre parenthèse renvoient à la bibliographie figurant en fin de rapport

# 1<sup>ère</sup> partie : L'expérimentation a encouragé des évolutions positives dans la prise en charge des personnes âgées

[32] La réalité des apports de l'expérimentation de réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD sans PUI (chapitres 2 et 3) ne peut être appréciée indépendamment d'éléments de contexte (chapitre 1).

## 1. L'EXPERIMENTATION DE REINTEGRATION DES MEDICAMENTS DANS LES FORFAITS SOINS DES EHPAD S'INSCRIT DANS UN CONTEXTE DE PROGRES

### 1.1. *La très grande diversité des EHPAD explique des modalités de tarification compliquées et encore insatisfaisantes*

[33] Les EHPAD sont, actuellement, des établissements de natures très diverses<sup>8</sup>, notamment par :

- leur taille : certains EHPAD accueillent moins de 25 résidents<sup>9</sup>, d'autres plus de 250 ;
- leur lieu d'implantation : en milieu urbain, périurbain ou rural ;
- les personnes qui y sont accueillies : l'âge moyen des résidents est de 86 ans et environ 80% sont des femmes ; environ 50% des résidents souffrent de problèmes psychiques et dans leur quasi-totalité ces résidents souffrent d'autres pathologies. Le rapport IGAS de mars 2005 (6) indiquait une moyenne de prise de 5 à 6 médicaments par jour, depuis lors, les compilations d'études par la HAS ainsi que de rapports annuels d'activité médicale d'EHPAD, par la FFAMCO<sup>10</sup>, montrent qu'elle serait plus proche de 8. Derrière ces moyennes se retrouvent des situations extrêmement diverses. Ainsi certains EHPAD accueillent quasi exclusivement des personnes âgées atteintes de cancer et qui, après un traitement intensif dans un établissement de santé, ne peuvent retourner à leur domicile ; d'autres établissements sont organisés pour offrir des services plus adaptés par exemple aux personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer ou des troubles assimilés ;
- leur statut juridique : public, privé non lucratif, privé commercial et pour compléter cette typologie, leur rattachement juridique ou fonctionnel à un établissement de santé (par ex. un EHPAD, entité fonctionnelle d'un centre hospitalier) ou leur appartenance à une entité juridique propriétaire de plusieurs EHPAD (voire plusieurs dizaines ou même centaines pour certaines sociétés anonymes qui sont aussi propriétaires d'établissements de santé).

[34] Les EHPAD sont aussi très divers quant à :

- leur origine : création récente ou transformation progressive, depuis les années 1970, par « médicalisation » d'une maison de retraite ou par « humanisation » d'une unité de long séjour d'un établissement hospitalier ;
- leur signature (ou non) de la convention tripartite, définie au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles ; ainsi que la réalisation (ou non) des travaux nécessaires (GMP : GIR Moyen Pondéré ; PMP : PATHOS Moyen Pondéré<sup>11</sup>) pour

<sup>8</sup> On pourra utilement se reporter aux données figurant dans le rapport présenté en août 2009 par Pierre-Jean LANCRY (3)

<sup>9</sup> Des dérogations sont prévues pour ces EHPAD, par exemple vis-à-vis du conventionnement tripartite.

<sup>10</sup> FFAMCO : Fédération Française des Associations de Médecins Coordinataires en EHPAD

<sup>11</sup> Voir l'annexe 2 du rapport LANCRY (3) et *Le modèle « PATHOS », Guide d'utilisation 2010* ; Jean-Marie VETEL et alii pour CNAMTS -janvier 2010- (15)

appliquer les modalités de tarification. Ainsi tous les EHPAD n'ont pas encore réalisés une « coupe PATHOS » ;

- le périmètre de leur « dotation soins » : tarif partiel (c'est-à-dire, incluant les « soins infirmiers ») ou tarif global (incluant aussi les soins dispensés par les médecins et kinésithérapeutes) ;
- la dispensation des médicaments : dans plus de 1 500 EHPAD, les médicaments administrés aux résidents sont fournis par une pharmacie à usage intérieur (PUI).

[35] Cette très grande hétérogénéité explique des modalités de tarification compliquées (voir l'arrêté du 26 février 2009 (1) et la circulaire interministérielle du 31 mai 2010 (2)), d'autant que la volonté des pouvoirs publics est de tendre progressivement vers l'équité dans le calcul des dotations (voir l'annexe 6 de cette circulaire : « la convergence tarifaire en 2010 »)<sup>12</sup>.

[36] Ces modalités de tarification sont fondées à la fois sur :

- le « groupe iso-ressources » ou GIR moyen pondéré (GMP) ;
- le PATHOS moyen pondéré (PMP) ;
- l'existence (ou non) d'une PUI ;
- le choix du tarif global (ou partiel) ;
- le dépassement (ou non) de « tarifs plafonds », institués par la loi de financement pour la sécurité sociale (LFSS) pour 2008, puis prenant une valeur opérationnelle grâce à l'article 63 de la LFSS pour 2009.

[37] Cette complexité est illustrée dans le très long article L.313-12 du code de l'action sociale et des familles (CASF) où le législateur prend acte de la difficulté de traduire aisément une politique publique dans la réalité des faits, notamment à l'égard d'EHPAD « retardataires » (voir le 2<sup>ème</sup> alinéa du I de cet article L.313-12 du CASF<sup>13</sup>).

## ***1.2. Les évolutions introduites par la loi Hôpital, patients, santé et territoires du 21 juillet 2009***

[38] La loi dite HPST énonce clairement les missions du pharmacien d'officine et lui reconnaît un rôle qui va bien au-delà de la simple dispensation de médicaments. Ainsi, la possibilité d'être pharmacien référent d'un EHPAD y est clairement inscrite (article 38, 6°).

[39] Par ailleurs, cette loi est riche de mesures incitant à une plus grande fluidité entre ville et hôpital ainsi qu'entre sanitaire et médico-social (dont la première mesure est représentée par la création des Agences régionales de santé), ainsi qu'à une collaboration étroite entre professionnels de santé (article 51)

<sup>12</sup> Et, sans perdre de vue les conséquences financières pour les résidents et leur familles, voir le § 1.1.3.1 du rapport IGAS n° 2009-094P « Etat des lieux relatif à la composition des coûts mis à la charge des résidents des EHPAD ».

<sup>13</sup> « Si la convention pluriannuelle n'est pas conclue avant la date prévue au précédent alinéa, les autorités de tarification compétentes procèdent, chacune en ce qui la concerne, à la tarification des établissements retardataires et leur fixent par voie d'arrêté les objectifs à atteindre »



### **1.3. L'attention renforcée des autorités sanitaires à l'égard des prescriptions de médicaments aux personnes âgées résidant à leur domicile ou en EHPAD**

[40] La qualité des prescriptions de médicaments aux personnes âgées constitue un objectif de santé publique, tant pour les services de l'Etat (au niveau ministériel et des Agences régionales de santé ARS), que pour les agences nationales (HAS ; Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé AFSSAPS ; ANESM), les caisses nationales d'assurance maladie et la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)<sup>14</sup>. Son amélioration fait partie des priorités, depuis le début des années 2000, pour les responsables nationaux, au travers de 3 types d'actions coordonnées entre elles :

- la production de documents de référence (par la HAS, l'AFSSAPS et l'ANESM) ;
- la mobilisation des responsables d'EHPAD et des prescripteurs, à travers notamment des textes législatifs et réglementaires portés par les responsables ministériels ;
- une attention renforcée des caisses nationales d'assurance maladie, dans le domaine de la gestion du risque.

#### **1.3.1. La production de documents de référence par la HAS, l'AFSSAPS et l'ANESM**

[41] Les paragraphes suivants, centrés sur l'action d'institutions qui assurent, conformément à la loi, des missions nationales de service public en relation avec les services de l'Etat, ne mentionneront que marginalement les réalisations ou initiatives d'origine privée qui ont cependant pu servir de base aux travaux institutionnels (voir sources bibliographiques), telles que :

- production de réflexions et de documents de nature académique ou pratique par les sociétés savantes ou des associations professionnelles dans les domaines médicaux et pharmaceutiques (ex : enquête PRIAM nationale de prévalence du risque infectieux en EHPAD par l'observatoire du risque infectieux en gériatrie, enquête REHPA conjointe entre gérontopole de Toulouse, observatoire régional de santé de Midi-Pyrénées et des médecins coordonnateurs d'EHPAD, etc.) ;
- documents et actions de formation d'organisations professionnelles dans les domaines médicaux, pharmaceutiques ou de gestion.

[42] Les documents de référence produits par des institutions nationales concernent soit l'ensemble de personnes âgées (HAS et AFSSAPS) soit seulement celles résidant en EHPAD.

1.3.1.1. La Haute autorité de santé (HAS) contribue, par plusieurs de ses productions, à l'amélioration des prescriptions de médicaments aux personnes âgées

[43] Directement ou indirectement, de nombreuses productions de la HAS contribuent à l'amélioration de la prescription médicamenteuse aux personnes âgées, que celles-ci résident en EHPAD ou à leur propre domicile. Ainsi peuvent être citées, parmi les recommandations de bonne pratique ou les recommandations de pratique clinique publiées au cours des deux dernières années : « Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées » (20/01/2010) ; « Confusion aiguë chez la personne âgée : pris en charge initiale de l'agitation » (08/07/2009) ; « Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées » (23/06/2009) ; « Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé » (22/09/2008), « Prescrire chez le sujet âgé (plus de 75 ans ou plus de 65 ans polypathologique » (2006), etc.

<sup>14</sup> LA CNSA a mandaté le Dr Jean-Marie VETEL (voir 5 et 16 en bibliographie) pour, en plus de sa participation à l'actualisation de PATHOS et notamment de son poste 8 (voir 2<sup>ème</sup> Partie, 1.2.1), organiser, en relation avec le syndicat national de gérontologie clinique (SNGC la rédaction de 43 « ordonnances de bonne pratiques en gériatrie »

- [44] Au-delà de ces documents de référence, la HAS consacre 2 de ses 5 « programmes pilotes » actuels à l'amélioration de la prescription de médicaments aux personnes âgées. Le programme « Ensemble, améliorons la Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé (PMSA) » apporte des réponses pratiques aux constats que *la polymédication, souvent légitime, augmente le risque iatrogénique et peut diminuer l'observance* et que *la prescription, complexe, peut être optimisée, en repérant les excès de traitements « overuse », la prescription inappropriée « misuse » et l'insuffisance de traitement « underuse ».*
- [45] Le programme « Ensemble, améliorons la Prescription des Psychotropes chez le Sujet Agé (Psycho SA) », fondé sur l'observation que *plus d'un tiers des personnes de plus de 75 ans fait usage de psychotropes (anxiolytiques, hypnotiques, neuroleptiques, antidépresseurs pour l'essentiel) en France, tandis que ces médicaments sont à l'origine d'une iatrogénie importante (chutes, confusions, sédation excessive...)* est connexe au programme « AMI\_ALZHEIMER : Alerte et Maîtrise de la Iatrogénie des Neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer » qui constitue la mesure 15 du « Plan Alzheimer 2008 – 2012 ».
- [46] La HAS, responsable de ces programmes, s'appuie sur des contributions d'experts, la participation de professionnels et des services des autres agences intervenant dans le champ de la santé ainsi que des caisses nationales d'assurance maladie.
- [47] La loi HPST a traduit au niveau législatif cette évolution : la HAS peut être aussi amenée à donner un avis consultatif à l'assurance maladie sur des référentiels de pratique médicale et l'encadrement d'un type particulier de soins.
- 1.3.1.2. L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) participe également à qualité de la prise de médicaments par les personnes âgées
- [48] L'AFSSAPS tient le répertoire des spécialités pharmaceutiques, est responsable de la pharmacovigilance et du suivi post-autorisation de mise sur le marché (AMM) des médicaments et participe à l'élaboration et la diffusion des recommandations de bonne pratique concernant les produits de santé. Ainsi elle contribue à ce que les professionnels de santé disposent, face à une situation clinique donnée, de la stratégie médicale optimale en fonction du rapport bénéfices-risques des médicaments indiqués dans cette situation, selon l'état des connaissances les plus actuelles.
- [49] Au cours des années récentes, l'AFSSAPS a aussi produit et diffusé des documents tels que la « mise au point » élaborée par un groupe d'experts : *Prévenir la iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé* (juin 2005) et, avec la HAS, a actualisé la recommandation de bonne pratique sur le traitement médicamenteux du diabète de type 2 (novembre 2006).

1.3.1.3. La création récente de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) explique le nombre encore réduit de ses contributions

[50] La création récente de l'ANESM, dont le travail n'a pu effectivement commencer qu'à partir de 2008<sup>15</sup> et la vaste étendue de son domaine d'intervention explique sa contribution, jusqu'à présent marginale, à l'amélioration de la prescription aux personnes âgées résidant en EHPAD. Cependant, « *La qualité de vie en EPHAD* » est un thème inscrit au programme de travail 2010 de l'Agence et devrait se traduire par un ensemble de recommandations dont l'élaboration est planifiée sur 2010-2012.

[51] Toutefois, dès les années 1990, des documents de référence ont été produits de façon concertée au niveau national. Sur cette base collaborative entre professionnels de disciplines diverses, à l'initiative de la direction générale de la santé, la direction générale de l'action sociale et la Société française de gériatrie et de gérontologie sont publiées, en octobre 2007, *Les bonnes pratiques de soins en EHPAD*, issues des contributions de près de 40 auteurs, supervisées par un comité de lecture et un comité de pilotage.

### **1.3.2. La mobilisation des responsables d'EHPAD et des prescripteurs incitée notamment par les textes législatifs et réglementaires**

1.3.2.1. La prise en charge financière des médicaments et des dispositifs médicaux prescrits aux personnes âgées résidant en EHPAD a changé plusieurs fois depuis 1999

[52] De façon sommaire, il convient de rappeler que, avant la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 dont l'article 64 fixe le principe de la réintégration des médicaments dans les forfaits soins à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2011 et décide l'expérimentation, étaient intervenus :

- le retour de la prise en charge des médicaments dans l'enveloppe « soins de ville » décidé par la loi du 4 mars 2002 ;
- le rapport DELOMENIE de 2005 (6) qui proposait, d'une part, de bien distinguer les modalités de financement des dispositifs médicaux et des médicaments utilisés par les résidents en EHPAD et, d'autre part, de disposer de bases juridiques renforcées en ce qui concerne les bonnes pratiques de dispensation et la préparation des doses à administrer ;
- la réintégration dans les forfaits soins des EHPAD des dispositifs médicaux, décidée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 et intervenue à partir du 1<sup>er</sup> août 2008.

---

<sup>15</sup> Certes la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 avait créé un Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale dont les missions préfiguraient celle de l'ANESM, mais il a fallu attendre la création de l'ANESM par la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 puis, au cours de l'année 2007, les textes réglementaires, les nominations et le financement nécessaires à son fonctionnement pour que l'activité de l'ANESM puisse réellement débiter.

- [53] Les conditions dans lesquelles les dispositifs médicaux (plus exactement la plus grande partie d'entre eux) ont été réintégrés dans les forfaits soins fournissent d'utiles observations. La FFAMCO a tiré un intéressant bilan des avantages et inconvénients de cette réintégration, en termes de qualité des soins, du point de vue des médecins coordonnateurs :

AVANTAGES	INCONVÉNIENTS
Réflexion sur les pratiques	Quand la logique budgétaire dépasse la logique des soins
Comparaison des pratiques / recommandations de bonnes pratiques de prise en charge de la dénutrition du sujet âgé, de la prévention et du traitement des escarres - HAS	+/- Limitation du champ de prescription des professionnels libéraux en nutrition et prise en charge des escarres
Révision et enrichissement des menus	Risque de sous-usage des produits hyperprotéinés
Mise en place et suivi de protocoles internes en adéquation avec les recommandations de la HAS	Risque de sous-usage et de mésusage des produits nécessaires à la prise en charge des escarres et de la dénutrition
Meilleur suivi des préventions d'escarre	Qualité des soins : non évaluée
Limitation de l'usage abusif des produits hyperprotéinés et des pansements	Exemple : Sélection des résidents porteurs de sondes de gastrostomie 22€ à 30€/Résident
Pas de sélection à l'entrée en EHPAD des résidents dénutris/Rare limitation des entrées de résidents porteurs d'escarres	
Limitation des dépenses sur les soins de ville sur ces 2 sections sans compter les économies sur les lits médicaux	

Source : Dr Nathalie MAUBOURGUET

- [54] Par ailleurs, pour réaliser cette réintégration, une valeur donnée (2,32€/jour/résident) a été fixée et appliquée à tous les EHPAD, à partir du 1<sup>er</sup> août 2008. Les responsables des EHPAD ont pu anticiper, en achetant et stockant des petits matériels ou des fournitures médicales tant que ceux-ci étaient facturés sur l'enveloppe « soins de ville ».
- [55] Dès lors, si les coûts pour l'assurance maladie ont connu un pic très élevé dans les semaines précédant la réintégration, les EHPAD ont généralement vécu le passage à l'intégration des dispositifs médicaux sans difficulté. En effet, compte tenu des stocks constitués avant le 1<sup>er</sup> août 2008, les dépenses correspondant à l'achat ou la location des dispositifs médicaux, pour la fin de l'année 2008 et les années 2009 et 2010, ont pu, pour nombre d'EHPAD, être inférieures à la dotation calculée à partir de 2,32€/j/résident, augmentant ainsi arithmétiquement le montant disponible pour, essentiellement, des dépenses de personnel.
- [56] Cependant, selon les informations fournies à la mission lors de ses déplacements, certains responsables d'EHPAD ont, dès lors que les dispositifs médicaux ont été facturés sur leur budget, cherché à réaliser des économies au détriment de la qualité des soins, tandis que d'autres (parfois d'ailleurs les mêmes responsables) ont refusé d'admettre au sein de leur établissement des personnes âgées dont les soins nécessitent des dispositifs médicaux onéreux (ex. sondes gastriques).
- [57] En résumé, l'attribution d'une somme uniforme, sans tenir compte des besoins des résidents, a provoqué trois effets pervers :
- un accroissement temporaire des dépenses (supportées par l'enveloppe « soins de ville ») dans les semaines précédant la réintégration ;

- un accroissement de l’enveloppe disponible pour les soins, sans rapport avec les besoins réels (et alors même qu’était déjà engagé un processus de « convergence tarifaire ») ;
- des refus d’admission de personnes âgées ayant besoin de dispositifs médicaux coûteux.

**Recommandation n°1 :** Réaliser une évaluation précise de la réintégration des dispositifs médicaux dans les forfaits soins, afin de chiffrer les économies effectivement constatées, d’anticiper l’évolution des dépenses une fois les « surstocks » épuisés, et surtout d’objectiver son impact réel sur la qualité des soins et l’iatrogénie, ainsi que les déterminants de cet impact (i. e. types de dispositifs conduisant souvent à des choix économiques dégradant la qualité des soins ou à des refus d’admission, par exemple pansements pour escarres, suppléments nutritionnels, sondes, etc.)

[58] Une telle évaluation pourrait être prévue dans le cadre des programmes de gestion du risque.

#### 1.3.2.2. Les projets de textes relatifs aux médecins coordonnateurs (MC) et aux praticiens libéraux intervenant en EHPAD

[59] Des projets de textes sont en cours de finalisation, sur la base des propositions du groupe de travail présidé par le Dr Nathalie MAUBOURGUET, présidente de la FFAMCO-EHPAD, et des préconisations du rapport MAUBOURGUET-LION-JEANDEL (10). Trois textes devraient être prochainement publiés :

- Un décret en Conseil d’Etat, qui prévoira la signature d’un contrat d’intervention des médecins libéraux en EHPAD ;
- Un décret simple concernant la modification du décret n° 2005-560 du 27 mai 2005, qui visera à renforcer le rôle et les missions du médecin coordonnateur, ainsi que ses obligations, notamment en termes de temps de présence ;
- Un arrêté comportant un contrat-type, qui sera opposable aux médecins habilités à prendre en charge les personnes résidant en EHPAD, et créant une CCG (Commission de Coordination Gériatrique) dans chaque EHPAD et détaillant ses missions.

[60] La publication de ces textes permettra une intervention accrue des MC, à l’interface entre patients, médecins libéraux ou salariés intervenant au sein de l’EHPAD, pharmacien référent, équipe de soins et direction de l’établissement. Elle instaurera par ailleurs une obligation de formation<sup>16</sup> des professionnels de santé intervenant en EHPAD : médecins coordonnateurs (Capacité de Gériatrie) et médecins traitants, généralistes et spécialistes.

#### 1.3.3. Les progrès dans la « gestion du risque » réalisés par les caisses nationales d’assurance maladie et leurs apports à l’amélioration des prescriptions aux personnes âgées résidant en EHPAD

[61] Les caisses nationales d’assurance maladie se sont toutes engagées dans des programmes formalisés dits de « gestion du risque » (GDR) depuis la fin des années 1990, tout particulièrement la CNAMTS. Parmi les diverses démarches visant une amélioration de la santé des assurés sociaux tout en maîtrisant les dépenses, deux d’entre elles intéressent directement la prescription des médicaments aux personnes âgées résidant en EHPAD : l’une, les CAPI (contrats d’amélioration des pratiques individuelles) a été effectivement lancée au niveau national en mai 2009 ; l’autre, consistant en des contrats entre les responsables d’un EHPAD et une caisse primaire, est encore au stade expérimental, mais bénéficie de la réalisation des actions d’accompagnement des EHPAD de plus de 80 lits sans pharmacie à usage intérieur réalisées depuis 2008.

<sup>16</sup> L’importance de la formation des professionnels de santé intervenant en EHPAD ne sera pas développée dans ce rapport ; voir par exemple à ce sujet le rapport IGAS n° 2008-124P « Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins ».

1.3.3.1. Les CAPI (contrats d'amélioration des pratiques individuelles) incitent à l'amélioration continue de la qualité des prescriptions

[62] Un contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) est signé entre un médecin généraliste et une caisse primaire d'assurance maladie. En application de ce contrat, le praticien s'engage sur des objectifs (et peut suivre régulièrement ceux-ci) et, en contrepartie, il dispose d'informations spécifiques (et ses patients également) et bénéficie d'une rémunération complémentaire liée à l'atteinte de ces objectifs.

[63] En soutien aux médecins ayant signé un CAPI, la CNAMTS a publié des fiches de données médicales portant sur les bonnes pratiques à mettre en œuvre, correspondant aux objectifs des CAPI dans le domaine de la prévention et du suivi de certaines pathologies chroniques ainsi que sur l'optimisation de certaines prescriptions. Les 7 fiches relatives à l'optimisation des prescriptions (Antiagrégants plaquettaires ; IEC et Sartans ; Antibiotiques ; Antidépresseurs ; Antihypertenseurs ; IPP ; Statines) intéressent de nombreux patients d'un médecin généraliste et parmi ceux-ci, des personnes âgées dont certaines peuvent résider en EHPAD. Parmi les 5 fiches relatives au champ prévention – suivi des pathologies chroniques, 2 d'entre elles (sur le diabète et l'hypertension artérielle) peuvent pareillement intéresser les personnes âgées et 2 traitent spécifiquement de questions relatives aux personnes âgées : celle sur la vaccination contre la grippe des personnes âgées et celle sur la prévention du risque iatrogénique médicamenteux chez la personne âgée.

1.3.3.2. Les expériences de contractualisation entre la direction d'un EHPAD, son médecin coordonnateur et la caisse primaire d'assurance maladie

[64] Les actions de GDR définies dans la COG 2006 – 2009 entre l'Etat et la CNAMTS étaient principalement articulées autour de deux axes : d'une part en ambulatoire et, d'autre part, dans les établissements de santé. Les actions portant, en ambulatoire, sur la croissance du recours aux génériques, sur les prescriptions de statines et d'IPP ainsi que sur les prescriptions d'antihypertenseurs concernent notamment des traitements destinés à des personnes âgées en EHPAD.

[65] Partant de cette base et constatant une importante croissance de l'ONDAM médico-social personnes âgées, passé de 2,3 milliards d'euros en 2000 à 4,7 en 2007 puis 5,4 milliards d'euros en 2008, la CNAMTS a décidé de mettre en place un plan d'accompagnement des professionnels de santé libéraux et vers les établissements, et plus spécifiquement vers les EHPAD sans PUI de plus de 80 lits<sup>17</sup>. En juin 2008, la CNAMTS a transmis aux CPAM une « Lettre – Réseau » (14) dont le résumé précise clairement l'objectif et les modalités d'action : « Une action d'accompagnement auprès des EHPAD de plus de 80 lits sans pharmacie à usage intérieur portera sur la prévention de la iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées de plus de 65 ans et la réglementation relative au périmètre du forfait de soins à la charge de l'assurance maladie. Un profil pour chaque établissement concerné sera élaboré à partir de requêtes régionales pour être présenté aux structures lors des visites qui se dérouleront de septembre à décembre 2008. ».

[66] Cette « Lettre – Réseau », précise en détail les actions à conduire par les CPAM, notamment la production des « profils de consommation de médicaments des résidents en EHPAD » et la présentation (conjointement par un responsable de la direction des professions de santé ou de la direction des prestations collective de la CPAM et un médecin de la direction régionale du service médical de la CRAM) de ceux-ci aux responsables des EHPAD. Elle insiste d'ailleurs pour que ces responsables de l'EHPAD ne soient pas seulement son directeur et son médecin coordonnateur, mais aussi « les médecins libéraux et les auxiliaires médicaux notamment les infirmières et les kinésithérapeutes qui sont amenés à intervenir au bénéfice des personnes âgées résidentes ».

<sup>17</sup> En parallèle avec les actions de contrôle contentieux décidées en 2007 sur les facturations de frais de transport et sur les EHPAD.

- [67] Pour soutenir la bonne réalisation de cette action, la CNAMTS a organisé des présentations à visée pédagogique des intervenants des CPAM afin que ceux-ci disposent, sous forme synthétique d'un rappel des objectifs de cette action et de ces bases réglementaires. Les résultats obtenus sont éloquentes : 1 777 EHPAD avait été visités entre le lancement de cette action d'accompagnement et fin 2009, plus 198 autres EHPAD entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 juillet 2010.
- [68] Au-delà de la bonne réalisation, en terme quantitatif, de cette action d'accompagnement (au cours des mois à venir, tous les EHPAD concernés auront bénéficié de la transmission de données pertinentes sur des pratiques médicales de leurs résidents, suivie par la discussion de celles-ci) et de son impact qualitatif (voir paragraphe suivant), cette action d'accompagnement ouvre la porte à une contractualisation entre un EHPAD et une CPAM.
- [69] D'ailleurs, une CPAM est allée au-delà de cette action d'accompagnement auprès des EHPAD sans pharmacie à usage intérieur, c'est à dire une incitation à l'amélioration de la qualité des prescriptions par la présentation de données circonstanciées et la « simple » discussion de celles-ci. Cette CPAM a décidé d'engager, à titre expérimental, une démarche de contractualisation avec quelques EHPAD volontaires ; finalisée avec cinq de ces EHPAD, cette démarche ne s'est traduite dans un document contractuel qu'avec seulement l'un d'entre eux, par prudence des directions des autres EHPAD. Cependant, cet exemple trace une perspective que les réformes introduites par la loi HPST vont renforcer. En effet, les EHPAD devraient tous avoir signé, au cours des années à venir, une convention tripartite (certains seront même, en 2011, au deuxième renouvellement de celle-ci) et tous leurs directeurs ont l'habitude de la préparation et de la discussion, avec des tiers financeurs, de documents portant sur des objectifs à atteindre et les moyens correspondants.

#### 1.3.3.3. Les perspectives ouvertes par ces progrès dans la gestion du risque mise en œuvre par la CNAMTS

- [70] En premier lieu, il convient de souligner la réalité de ces avancées qui sont fondées d'une part sur le traitement informatique de données, d'autre part sur la participation de praticiens ou de responsables d'établissement volontaires.
- [71] A la mi 2010, environ ¼ des médecins généralistes avaient signé un CAPI, alors que les syndicats médicaux et l'Ordre national des médecins étaient et restent opposés au principe même d'un tel contrat. Les informations présentées par le directeur général de la CNAMTS, le 28 juin 2010, suggèrent que l'objectif d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicale conjointement à une baisse des dépenses supportées par l'assurance maladie serait atteint par ce système de rémunération contractuel.
- [72] Quant à l'efficacité des actions d'accompagnement des EHPAD sans PUI organisées par la CNAMTS, elle apparaît démontrée par les résultats obtenus par une CPAM ayant réalisé cette action auprès de 40 EHPAD. Celle-ci a constaté une amélioration sur au moins deux thèmes de maîtrise médicalisée<sup>18</sup> : cette amélioration est constatée, après la première intervention, dans 50% de ces EHPAD et ce pourcentage atteint 95% après la deuxième intervention.

---

<sup>18</sup> Les thèmes de maîtrise médicalisée retenus étaient : la iatrogénie médicamenteuse (via les indicateurs : nombre de résidents ayant au moins 3 prescriptions supérieures ou égales à 7 médicaments ; nombre de résidents sous benzodiazépine à demi-vie longue) ; la dispensation de génériques ; l'utilisation de l'ordonnancier bizona pour les résidents en ALD et les dépenses de transport sanitaire.

[73] Ces avancées récentes visent des objectifs semblables à ceux qui fondent la réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD sans PUI. A l'état de projets quand, en 2008 était préparé le texte de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, elles devraient être de fait assez fortement contrariées par la généralisation de la réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD sans PUI. Or (voir 4<sup>ème</sup> Partie de ce rapport) elles en constituent une voie alternative.

#### **1.4. La publication de textes réglementaires indispensables pour la clarté des informations sur les dépenses de médicaments et la sécurité de l'activité des EHPAD**

##### **1.4.1. Un flou entoure encore aujourd'hui les chiffres, même les plus globaux, de consommation de médicaments en EHPAD**

[74] Le rapport DELOMENIE (6) soulignait déjà : « *De façon assez paradoxale, alors que la population en EHPAD devrait apparaître comme plus facile à cerner (stabilité de résidence et possibilité de déclaration par un tiers), c'est sans doute la population âgée pour laquelle les données globales (et encore plus pour les données individualisées) sont les plus déficientes.* »

[75] Le rapport de Pierre-Jean LANCRY (3) cite des études et enquêtes réalisées depuis, évaluant principalement la consommation journalière des médicaments dans les établissements ne disposant pas d'une pharmacie à usage intérieur (*consommation par jour et patient en €*), mais ne fournissant aucune évaluation de la consommation globale de médicaments en EHPAD :

- Eurostaf pour le compte de la Direction de la Sécurité Sociale, 52 Ehpads, 2703 résidents, décembre 2007 : *3,89€ remboursable 3,34€ remboursé*
- Association de pharmacie rurale, enquête sur 300 pharmacies servant des Ehpads, avril 2009 : *4,80€*
- Fédération des syndicats pharmaceutiques de France, enquête sur 193 pharmacies servant 13812 patients en Ehpads, avril 2009 : *4,21€*
- Syndicat National des Etablissements et Résidences pour Personnes Agees (SYNERPA), enquête sur 250 Ehpads (environ 18000 résidents), avril 2009 : *5,13€ (y compris médicaments non remboursables)*
- CNAMTS, Enquête sur la consommation pharmaceutique au cours du premier semestre 2008 des 25 409 résidents de 60 ans et plus en Ehpads sans PUI, assurés au Régime général, dans les 4 régions : Bretagne ; Centre ; Pays de Loire ; Aquitaine ; juin 2009 : *4,12€ remboursable ; 3,52€ remboursés.*

[76] Afin de réaliser une « photographie », à une période charnière connaissant, comme développé supra, une conjonction d'actions visant à influencer (et si possible infléchir) la consommation de médicaments par les personnes âgées, en particulier celles hébergées en EHPAD, pour lutter contre l'iatrogénie médicamenteuse, la mission CGES-IGAS a estimé utile de tenter d'effectuer une estimation, nécessairement très approximative, de la consommation globale en médicaments en EHPAD. A partir des calculs des dotations allouées aux EHPAD expérimentateurs, il est possible de procéder à l'estimation présentée dans le tableau ci-après:



- Le montant total des dotations à verser aux EHPAD expérimentateurs initialement calculées pour l'année 2010 (12 mois) était de **33 647 488 €**, honoraires pharmaciens référents inclus ;
- **1 453 000 €** supplémentaires ont été versés aux EHPAD qui ont demandé l'application de la « clause de sauvegarde »<sup>19</sup>, principalement au titre de demandes de correction de dotations sous-évaluées, soit un montant total d'environ **35 000 000 €** ;
- Les 276 EHPAD expérimentateurs représentent une capacité de 21 701 places ;
- Le montant total des honoraires PR, soit 0,35€/par jour et par résident, était donc de :  $0,35 \times 21\,701 \times 365 = 2\,772\,303 \text{ €}$
- Il en résulte que, pour l'année 2010, la consommation de médicaments pour ces EHPAD a pu être évaluée à :  $35\,000\,000 - 2\,772\,303 = 32\,227\,697 \text{ €}$  ;
- La consommation par résident pour l'année 2010 a donc pu être évaluée à :  $32\,227\,697 : 21\,701 = 1\,485 \text{ €}$ . On peut noter que ce chiffre est cohérent avec les études citées par le rapport LANCRY, correspondant à une dépense moyenne aux environs de 4€/par jour et par résident ;
- Si l'on extrapole ces chiffres à l'ensemble de la population hébergée en EHPAD sans PUI, soit environ 350 000 résidents<sup>20</sup>(11), on parvient à un total annuel d'environ **500 M€** de remboursements pour les médicaments des résidents dans les EHPAD sans PUI.

[77] Ce montant d'environ 500 M€ de remboursements de médicaments pour les résidents en EHPAD permet d'approcher les effets financiers d'une éventuelle baisse des consommations de ces résidents, qui est un des objectifs de la réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD sans PUI.

[78] Ainsi, une baisse de 10% de ces dépenses produirait une « économie » de l'ordre de 50M€. Ce montant peut sembler, dans l'absolu, important, mais lorsqu'il est comparé à l'ONDAM médico-social relatif aux personnes âgées (7 000M€selon l'estimation utilisée dans le PLFSS pour 2009), il apparaît en fait relativement faible.

[79] Dès lors, il n'est pas évident que la réintroduction des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD sans PUI ait un impact financier favorable aux dépenses publiques. En effet, d'une part, les effets directs sur les dépenses de médicaments des résidents en EHPAD sont difficiles à bien évaluer, comme l'expérimentation le montre et compte tenu de l'incomplétude et de la fragilité des données nationales, qui reposent sur des extrapolations successives, ne tenant aucun compte de spécificités éventuelles propres à certains EHPAD (petits ou importants, publics ou privés, selon leur GMP et les pathologies de leur résidents, etc.). D'autre part, si la réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD sans PUI produit une baisse des dépenses des médicaments pour ces résidents, cette baisse sera comparativement faible vis-à-vis de l'ONDAM médico-social relatif aux personnes âgées. Ainsi, si cette réintégration produisait des effets pervers (par exemple des refus d'accueil en EHPAD de personnes âgées « coûteuses en médicaments » entraînant leur hospitalisation et/ou des dépenses d'HAD – cf. infra) ces dépenses induites pourraient assez facilement se trouver être supérieures aux économies espérées. Or, évaluer l'impact des différentes mesures en cours de mise en œuvre dans ce domaine, exige de définir des indicateurs reposant sur des données fiables et de granularité satisfaisante.

<sup>19</sup> Selon les informations disponibles au 1<sup>er</sup> septembre 2010

<sup>20</sup> Ce nombre de 350 000 résidents en EHPAD sans PUI est une approximation fondée sur l'enquête EHPA 2007 (et voir biblio).

#### **1.4.2. La fiabilisation du suivi par l'assurance maladie des personnes âgées résidant en EHPAD devrait être nettement améliorée grâce au décret du 7 juin 2010**

- [80] Le décret n° 2010-621 du 7 juin 2010, autorisant la création d'un traitement automatisé de données à caractère personnel par la CNAMTS relatif aux résidents et aux données d'activité et de consommation médicales des EHPAD, rendra obligatoire, pour les directeurs d'EHPAD, la transmission mensuelle aux caisses d'assurance maladie de la liste des résidents, à compter au plus tard du 1<sup>er</sup> septembre 2010.
- [81] Par ailleurs, l'outil mis en place par les pharmaciens d'officine durant l'expérimentation (cf.3. ci-dessous) va également permettre de disposer de données fiables de consommation de médicaments dans les EHPAD.
- [82] Ainsi, l'absence de visibilité de l'assurance maladie sur les dépenses de médicaments des résidents en EHPAD, qui a représenté un véritable handicap pour définir les montants à allouer aux EHPAD participant à l'expérimentation, devrait bientôt être levée. Des indicateurs de suivi, ainsi que des études ad'hoc, pourront être définis afin d'avoir une visibilité réelle sur les évolutions de consommations de médicaments en EHPAD/hors EHPAD pour une population définie, en EHPAD avec PUI/en EHPAD sans PUI, par classe thérapeutique, la proportion de génériques, les distorsions de coûts en fonction de profils de patients, voire pour constituer des « cohortes » pour réaliser des études de pharmacoépidémiologie, etc.
- [83] Toutefois, on peut difficilement espérer disposer de données de consommation fiables avant au moins un an de mise en œuvre, compte tenu des adaptations à opérer en termes de systèmes d'information et de la nécessité d'avoir un suivi sur plusieurs mois, pour tenir compte notamment des variations saisonnières de consommation, importantes dans les EHPAD.

#### **1.4.3. La fiabilisation de la préparation des doses à administrer (PDA) et des bonnes pratiques de dispensation assurées par un décret et un arrêté dont les signatures devraient intervenir au cours du mois d'octobre**

- [84] Comme l'indique le rapport LANCRY (3) : « *La PDA consiste à préparer, après dispensation, conformément aux bonnes pratiques fixées par arrêté, des « piluliers » individualisés par résident. Jusqu'à ce jour et en l'absence de cadre juridique stabilisé, la PDA est une option très minoritaire dans la dispensation des médicaments en Ehpad* »... « *La PDA est un service que peut rendre le pharmacien dispensateur aux résidents de l'Ehpad. (...). En tout état de cause, il paraît important d'évaluer le coût de la PDA en fonction des différentes modalités de réalisation.* »
- [85] Des projets de décret relatif à la préparation des doses à administrer et d'arrêté relatif aux bonnes pratiques de dispensation ont été élaborés afin de combler le vide juridique entourant cette pratique et ayant conduit à de nombreux contentieux.
- [86] Ces projets de textes, longuement concertés en 2009 et 2010, ont avancé méthodiquement, dans le dispositif préalable à leur publication
- [87] Ils ne prévoient pas de rémunération et laissent le champ de la négociation ouvert, selon les besoins de l'EHPAD et l'aptitude de l'officine à répondre à ces besoins. La PDA fait partie de cette négociation, le projet de convention-type (cf.infra) étant souple sur la possibilité qu'elle soit réalisée par un infirmier ou un pharmacien (voire les deux alternativement), à l'EHPAD ou à l'officine. Il paraît toutefois légitime, pour que cette négociation se fonde sur des éléments tangibles et, comme le préconisait le rapport LANCRY, d'identifier le coût de réalisation de cette PDA, tant à l'EHPAD qu'à l'officine.

- [88] La publication de ces textes est prévue de façon conjointe avec l'arrêté décrit au 1.4.3 et devrait être accompagnée d'une communication, insistant notamment sur le fait que les textes relatifs à la PDA n'ont aucune vocation à promouvoir cette pratique. Ils visent uniquement à clarifier le cadre juridique de cette activité qui, jusqu'à présent, donnait lieu à des interprétations divergentes selon les tribunaux, et à fixer les règles minimales de bonnes pratiques.
- [89] Il est en effet essentiel de rappeler que la réalisation de la PDA par le pharmacien ne saurait en aucun cas constituer le critère principal de choix par l'EHPAD de l'officine dispensatrice, au détriment de la qualité des prestations pharmaceutiques, notamment en termes de délais de dispensation, de réponse aux urgences, de disponibilité du pharmacien au service de l'EHPAD, ce qui impose une certaine proximité de l'officine. La mission CGES-IGAS a été alertée à de nombreuses reprises sur les pratiques qui, en langage marketing, pourraient s'apparenter à des méthodes prédatrices, exercées par certaines officines ayant investi dans un robot de PDA et prospectant les EHPAD dans un vaste périmètre autour du lieu d'installation de ce robot (jusqu'à 200km de son lieu d'implantation ...) avec pour conséquences des difficultés pour assurer sans délai la dispensation de médicaments nouvellement prescrits et un mécontentement légitime<sup>21</sup> de certains résidents et de leurs familles. Ce point sera développé en 3<sup>ème</sup> partie (§ 3.3).

#### **1.4.4. L'arrêté portant convention type entre un EHPAD et un pharmacien titulaire d'officine**

- [90] L'article 88 de la LFSS pour 2007 (Loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006) qui crée l'article L.5126-6-1 du code de la santé publique (CSP) précise que les EHPAD « *qui ne disposent pas de pharmacie à usage intérieur ou qui ne sont pas membres d'un groupement de coopération sanitaire gérant une, pharmacie à usage intérieur concluent, avec un ou plusieurs pharmaciens titulaires d'officine, une ou des conventions relatives à la fourniture en médicaments des personnes hébergées en leur sein* ».
- [91] La convention signée entre le pharmacien titulaire d'officine et l'EHPAD doit reprendre les obligations figurant dans une convention-type définie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Cet arrêté est finalisé et devrait être publié en même temps que les textes évoqués au 1.4.3<sup>22</sup>. Il devrait permettre une meilleure collaboration entre le ou les pharmaciens, le médecin coordonnateur et les responsables de l'EHPAD, pour garantir une démarche commune d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité sanitaire.
- [92] Une situation particulière a fait l'objet de nombreux travaux durant l'expérimentation : il s'agit de la dispensation par une pharmacie minière ou mutualiste de médicaments à des adhérents mutualistes ou des ressortissants du régime minier résidant dans des EHPAD. En effet, si l'article L.5126-6-1 du CSP précise que les EHPAD ne disposant pas de PUI, « *concluent avec un ou plusieurs pharmaciens titulaires d'officine, une ou des conventions relatives à la fourniture en médicaments des personnes hébergées en leur sein.* », il précise également que les résidents d'EHPAD « *conservent la faculté de demander que leur approvisionnement soit assuré par un pharmacien de leur choix.* ».

---

<sup>21</sup> L'article L 5126-6-1 du code de la santé publique précise en effet « Les personnes hébergées ou leurs représentants légaux conservent la faculté de demander que leur approvisionnement (en médicaments) soit assuré par un pharmacien de leur choix ».

<sup>22</sup> Le comité national de suivi a en effet souhaité une publication concomitante des trois textes afin de permettre une communication d'ensemble claire et pédagogique et pour éviter d'éventuelles confusions entre des textes portant sur un thème commun.

[93] Dès lors, il peut être considéré que les adhérents mutualistes ou les ressortissants du régime minier peuvent, individuellement, demander à être approvisionnés en médicaments par une pharmacie du « régime » dont ils relèvent. Ainsi, ces pharmacies peuvent approvisionner, dans tout EHPAD, certains résidents relevant de leur régime dès lors que ceux-ci en font la demande, le directeur de l'EHPAD étant tenu de disposer de ces demandes individuelles écrites.

[94] Par ailleurs, pour que la dispensation de médicaments par une pharmacie mutualiste ou minière soit effectuée dans des conditions semblables à celles d'une officine non mutualiste ou minière, dans le respect d'une convention-type garante de la qualité et de la sécurité de la dispensation pharmaceutique et du bon usage des médicaments, une modification législative pourrait être envisagée pour que les pharmacies minières ou mutualistes soient également soumises à l'obligation de signer une convention semblable à celle rédigée pour les pharmaciens titulaires d'officine.

## **2. LA RECONNAISSANCE ACCRUE DU ROLE DU PHARMACIEN PAR LES RESPONSABLES DE L'EHPAD GRACE A L'IDENTIFICATION D'UN PHARMACIEN REFERENT**

[95] Une des innovations de l'expérimentation réside dans la création du « pharmacien référent » dont le II de l'art. 64 de la LFSS 2009 définit de façon très large les missions : « ... *(il) concourt à la bonne gestion et au bon usage des médicaments destinés aux résidents. Il collabore également, avec les médecins traitants, à l'élaboration, par le médecin coordonnateur (...) de la liste des médicaments à utiliser préférentiellement dans chaque classe pharmaco-thérapeutique.* ».

[96] La circulaire du 10 novembre 2009, citant celle du 6 août, qui elle-même faisait référence au rapport LANCRY, précise (dans son 3.1) comme missions du pharmacien référent :

- la mise en œuvre, avec le médecin coordonnateur, de la liste des médicaments à utiliser de façon préférentielle ;
- la participation aux réunions de coordination « soins » menées par le médecin coordonnateur ;
- la transmission des prescriptions des patients vers l'officine ;
- la vérification de la bonne prescription, notamment au regard de la liste des médicaments à utiliser préférentiellement (posologie, contre-indication, interactions, ...) ;
- la formation et l'information des professionnels de santé intervenant dans l'EHPAD sur les nouveaux traitements ;
- la gestion des médicaments non utilisés et la vérification des lots périmés.

[97] Ces missions sont également présentées dans le projet d'arrêté portant convention-type mentionné au paragraphe 107 ci-dessus.

[98] L'innovation que constitue la désignation d'un « pharmacien référent » s'inscrit dans la même perspective que la reconnaissance croissante du rôle joué par le médecin coordonnateur.

[99] Certes, souvent les médicaments sont dispensés aux résidents de l'EHPAD par un seul pharmacien, qui en outre, dans nombreux EHPAD, prépare les doses à administrer. Cependant, de simple dispensateur, le pharmacien référent devrait acquérir, au côté du médecin coordonnateur, un rôle opérationnel et de conseil.

[100] La circulaire du 10 novembre 2009, ajoutait :

*« Ces missions ne sont pas exhaustives, il appartient donc aux expérimentateurs d'innover pour améliorer la qualité des relations entre professionnels de santé et d'indiquer si des solutions ont été trouvées lors de l'expérimentation pour améliorer la qualité du service rendu à l'usager.*

*Ainsi, l'implication du pharmacien référent dans l'EHPAD doit correspondre à un nouveau service de santé rendu à l'établissement et aux résidents permettant de diminuer les problèmes d'iatrogénie du sujet âgé. En lien avec le directeur et le médecin coordonnateur, le pharmacien référent définira avec précision son implication dans l'établissement et ses missions. »*

- [101] Lors de ses déplacements dans des EHPAD, la mission IGAS-CGES s'est entretenue avec les directeurs, les médecins coordonnateurs, les pharmaciens référents et les équipes soignantes. Dans les EHPAD visités, les différentes missions énoncées dans la circulaire sont en général réalisées ou en cours de réalisation par le pharmacien référent, en lien avec le médecin coordonnateur. D'autres actions mises en œuvre peuvent être citées :
- Tenue du dossier pharmaceutique du patient ;
  - Analyse rétrospective par patient permettant de repérer d'éventuels doublons de prescription ;
  - Réflexion sur un système informatique (voire suivi de la mise en place) permettant un travail en réseau médecins traitants - médecin coordonnateur - pharmacien référent - responsables des soins de l'EHPAD ;
  - Participation aux activités de l'EHPAD et aux réunions pluridisciplinaires non médicales.
- [102] Ces déplacements ont permis d'observer la volonté de chacun des acteurs de s'impliquer pleinement dans les nouvelles missions attribuées pour la réalisation de l'expérimentation. De premiers résultats concrets sont d'ores et déjà observés, grâce au dialogue instauré ou renforcé entre médecin coordonnateur, pharmacien référent et direction, facilitant des interventions coordonnées visant à lutter contre :
- l'iatrogénie induite par la pluralité des médecins prescripteurs, notamment des spécialistes ;
  - la consommation élevée de certains médicaments, dont la fourniture gratuite en milieu hospitalier vise leur prescription en sortie d'hospitalisation, le médecin traitant renouvelant ensuite la prescription du résident après son retour en EHPAD.
- [103] L'impact de la nouvelle organisation de la gestion médicamenteuse induite par l'expérimentation, en particulier l'intervention du nouvel acteur « pharmacien référent », en lien avec le médecin coordonnateur, apparaît donc dès à présent très positif.
- [104] Il s'est avéré toutefois impossible au cours de l'expérimentation de l'objectiver au travers d'indicateurs chiffrés précis, en particulier s'agissant de l'iatrogénie médicamenteuse. Cependant, dès à présent, l'exploitation des données qualitatives recueillies dans le cadre du questionnaire prévu à l'annexe 1 de la circulaire du 10 novembre 2009, ainsi que, par déduction, des données quantitatives de consommation (recueillies dans le cadre du questionnaire prévu à l'annexe 2 de la circulaire de novembre 2009) confirment cette amélioration dans certains EHPAD. A l'avenir, ces outils développés pour l'expérimentation pourraient permettre de suivre certains indicateurs, sans prétendre à une validité rigoureusement scientifique pour évaluer cet impact positif, clairement ressenti mais, à ce jour, encore non chiffrable.
- [105] En outre, les programmes actuels de gestion du risque devraient permettre de mieux formaliser, dans le cadre plus général des actions engagées pour améliorer l'efficacité des EHPAD, la définition des indicateurs pertinents et leurs modalités de suivi.

## **2.1. *L'intervention du pharmacien référent est indispensable dans l'élaboration de la liste de médicaments à utiliser préférentiellement puis dans sa bonne utilisation***

[106] L'établissement de la « liste de médicaments à utiliser de façon préférentielle », est une des missions essentielles du pharmacien référent. Elle représente à la fois un outil d'amélioration des prescriptions ainsi qu'un vecteur de lutte contre l'iatrogénie, s'agissant de malades dont les traitements doivent, dans toute la mesure du possible, être stables, notamment pour éviter les confusions, les doublons de prises ou encore les réactions liées aux changements de médicaments. Les polyopathologies, fréquentes dans cette population, devraient inciter à l'utilisation préférentielle de médicaments à l'usage bien établi, dont on connaît relativement bien les effets cardiovasculaires ou sur la fonction rénale par exemple. L'innovation thérapeutique devrait être réservée aux seules situations pour lesquelles il n'y a pas d'alternative de meilleur rapport bénéfices-risques.

[107] La collaboration médecin coordonnateur-pharmacien référent est ici tout à fait majeure pour :

- parvenir à une liste la plus resserrée possible mais permettant de couvrir l'ensemble des besoins des résidents de l'EHPAD ;
- inciter à utiliser des génériques, mais aussi éviter les changements répétés de marques, très perturbants pour les personnes âgées et le personnel de l'EHPAD ;
- actualiser régulièrement la liste en fonction des évolutions thérapeutiques, des générations, des changements de cibles thérapeutiques selon les résidents ;
- permettre l'acceptation et l'appropriation de cette liste par les médecins intervenant dans l'établissement et par les soignants ;
- prodiguer lorsque nécessaire les explications et conseils aux résidents s'interrogeant sur le choix d'une spécialité plutôt qu'une autre.

[108] La mission a pu constater qu'une forte attente de recommandations nationales s'exprimait au sein des EHPAD visités, afin d'établir la liste dans un objectif de bonnes pratiques dont les fondements sont validés. Cette attente rejoint la programmation des travaux de mise en œuvre des programmes de gestion des risques, prévus par la loi HPST. La prescription dans les EHPAD figure parmi ses thèmes prioritaires, en effet un de ses axes vise à proposer une méthodologie d'élaboration d'une telle liste préférentielle de médicaments.

## **2.2. *Le rôle effectif du pharmacien référent (PR) va dépendre des modalités d'intervention du médecin coordonnateur et de leurs relations avec le directeur de l'EHPAD***

[109] Le rôle du médecin coordonnateur, qui sera consolidé par les textes (présentés ci-dessus en 1.3.2.2), se voit renforcé par la collaboration avec le pharmacien référent. La place nouvelle tenue par ce dernier est reconnue de la plupart des acteurs rencontrés par la mission, lors de ses visites en EHPAD, comme ayant apporté un œil neuf sur la prise en charge thérapeutique des résidents et la gestion des médicaments. L'ensemble de la communauté de l'EHPAD, direction, équipe de soins et d'animation, ainsi que, semble-t-il, les résidents salue généralement les changements opérés par l'équipe sanitaire ainsi rénovée et enrichie, se sentant réellement rassurés et sécurisés par une attention accrue portée aux exigences sanitaires dans l'établissement.

[110] Ces changements se révèlent impératifs pour suivre l'évolution de la population résidente en EHPAD, qui est passée en une trentaine d'années d'une majorité de bien-portants, faisant considérer la « maison de retraite » comme un véritable lieu de vie, à une population plus âgée, souffrant pour la plupart de pathologies parfois lourdes, rendant le poids de la « valence sanitaire » de l'EHPAD plus important.

- [111] Le succès de ces évolutions est très directement lié à la qualité de la relation entre médecin coordonnateur, pharmacien référent, équipe soignante et direction de l'établissement. Une véritable relation de confiance doit s'instaurer et chacun doit avoir la volonté de l'entretenir, ce qui implique bien sûr qu'il dispose de son libre arbitre pour y parvenir et ne subisse pas d'influence ou de pression extérieure, qui impacterait fortement la qualité du service aux résidents. Il s'avère que ce n'est pas toujours facile dans la configuration nouvelle créée par la perspective de réintégration des médicaments dans les forfaits soins, celle de convergence tarifaire, la croissance des grands groupes gérant des dizaines, voire des centaines d'EHPAD et la possibilité de constituer des PUI au travers de groupements de coopération sanitaire et médico-sociaux.

### 2.3. *La rémunération du pharmacien référent*

- [112] Le rapport LANCERY (3) indiquait : « *L'implication du pharmacien référent dans l'Ehpad doit correspondre à un nouveau service de santé rendu à l'établissement et aux résidents. Le pharmacien référent définira avec précision son implication dans l'établissement, ses missions et le temps qu'il y consacrerait. Ce service et le temps consacré par le pharmacien référent d'Ehpad seront valorisés. L'expérimentation prévoira explicitement une rémunération du pharmacien référent.* »
- [113] La circulaire du 10 novembre 2009 (7), suivant cette recommandation, prévoit « *La rétribution des missions du pharmacien référent sur la base d'un coût forfaitaire fixé à 0,35 € par résident et par jour. Sur cette base, le pharmacien référent facturera des honoraires sur lesquels il acquittera la TVA.* ».
- [114] L'équipe projet a interrogé, de façon informelle, la Direction de la Législation Fiscale du Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Réforme de l'Etat sur le taux de TVA applicable à cette rémunération. Celle-ci confirme que la rémunération perçue par les pharmaciens référents est taxable à la TVA. Elle considère en outre que le taux applicable est le taux normal de 19,6%. Toutefois, il semble qu'une étude approfondie soit nécessaire pour envisager notamment la possibilité de considérer qu'il s'agit d'un honoraire exonéré de TVA en application de l'article 261, 4, 1° du Code général des impôts.

**Recommandation n°2 :** **Constituer un groupe ad'hoc Finances/Santé pour déterminer le taux de TVA applicable à l'honoraire du pharmacien référent, en tenant compte de l'ensemble des dispositions applicables aux professionnels de santé.**

- [115] La rémunération du pharmacien référent est une forme de reconnaissance du rôle que peut jouer le pharmacien au-delà de ses missions de dispensation des médicaments, dans la droite ligne de l'inscription dans le code de la santé publique de ses missions rénovées par l'article 38 de la loi HPST. L'expérimentation introduit ainsi une nouvelle modalité de rémunération des pharmaciens d'officine, sous forme d'un honoraire rémunérant une prestation intellectuelle, coexistant avec une classique rémunération à la marge sur les médicaments vendus.
- [116] Sa légitimité n'a été, durant l'expérimentation, contestée par aucun des acteurs. Si quelques directeurs d'EHPAD ont pu tenter de « négocier », par exemple, un reversement par le pharmacien de tout ou partie de son honoraire à des « œuvres » de l'organisme gestionnaire de l'EHPAD, il semble que, pour ces cas isolés, les choses se soient arrangées durant l'expérimentation. Toutefois, si ce type de pratiques s'avérait prendre de l'ampleur après généralisation, s'agissant d'une forme de détournement de fonds publics de leur objet, des mesures devraient alors être envisagées pour y mettre fin.

- [117] En tout état de cause, le principe de cet honoraire dont le montant pourra sans doute être révisé en fonction des modalités de calcul des dotations médicaments qui seront décidées, dans le cas de la généralisation et, de même, dans le cas d'une solution alternative à la généralisation (voir 4<sup>e</sup> partie ; 3.2), doit être maintenu, ce qui nécessite un fondement juridique approprié.

**Recommandation n°3 : Inscrire dans un (ou) des textes approprié(s), prenant le cas échéant effet au moment de la généralisation, le principe et les modalités de calcul des honoraires versés au pharmacien référent qui devra être désigné dans tout EHPAD sans PUI.**

#### **2.4. *L'impossibilité juridique, pour un pharmacien mutualiste ou relevant du régime minier d'être pharmacien référent***

- [118] L'article L.5126-6-1 du CSP précise que dans les EHPAD ne disposant pas de PUI, « *La ou les conventions désignent un pharmacien d'officine référent pour l'établissement* »...

- [119] S'agissant du choix du pharmacien référent d'un EHPAD, la présence, dans tous les EHPAD, de résidents qui ne sont pas adhérents mutualistes ou ressortissants du régime minier<sup>23</sup> conduit à estimer que :

- considérant l'exigence réglementaire d'unicité du pharmacien référent pour chaque EHPAD ;
- ces missions du pharmacien référent devant s'exercer au bénéfice de tous les résidents, ce pharmacien référent devant avoir la possibilité d'étudier les dossiers pharmaceutiques et les ordonnances de tous les patients sans restriction (un résident n'admettant généralement pas qu'un employé d'une mutuelle ou d'un régime minier auquel il n'adhère pas aille regarder son dossier) ;

Cette fonction ne peut en conséquence être exercée que par un pharmacien d'officine ni mutualiste ni relevant du régime minier. Une étude juridique portant sur la possibilité éventuelle pour un pharmacien salarié d'une pharmacie mutualiste (ou du régime minier) d'assurer par ailleurs la fonction de pharmacien référent, est en cours.

### **3. LA PLUS FORTE VISIBILITE DES CONSOMMATIONS GLOBALES ET INDIVIDUELLES DE MEDICAMENTS CONDUIT A CORRIGER DE « MAUVAISES HABITUDES »**

- [120] Les circulaires des 06 août et 10 novembre 2009 comportaient deux annexes, la première dite « qualitative », prévoyant des tableaux d'analyse des prescriptions, la deuxième dite « quantitative », comprenant des tableaux de suivi de la consommation des spécialités pharmaceutiques.

- [121] L'expérimentation a mis en lumière le caractère plus ou moins inadapté à l'usage de chacune de ces deux annexes.

- [122] Ainsi, pour l'annexe correspondant aux remontées qualitatives :

- La rédaction de trois questions a dû être remaniée pour que, sans en changer le sens, les formulations de ces questions soient sans ambiguïté ;
- Une nouvelle procédure a été adoptée dont les modalités de mise en œuvre ont été transmises le 29 mars 2010 aux (encore futures) ARS de chaque région. La note de transmission précise que les données doivent être remplies à partir de la feuille de traitement, lors de « jours donnés » pour les traitements en cours : les 1<sup>er</sup> décembre 2009

<sup>23</sup> Il n'existe pas en effet à ce jour d'établissement accueillant exclusivement des ressortissants du régime minier ou des adhérents d'une mutuelle.



(J0) ; 1<sup>er</sup> avril 2010 (J + 4 mois) ; 1<sup>er</sup> août 2010 (J + 8 mois) (voire aussi le 1<sup>er</sup> décembre 2010, soit J + 12 mois). Conformément aux décisions du Comité National de suivi des 26 janvier et 18 mars, ces tableaux doivent être anonymisés, selon une méthode laissée à l'appréciation des établissements mais qui doit leur permettre de suivre l'évolution de la consommation d'un même résident aux trois périodes, avant transmission ;

- L'exploitation des questionnaires s'est révélée très lourde, puisqu'en théorie, elle doit concerner plusieurs milliers d'analyses de prescriptions. Mais avant même l'exploitation de ces questionnaires, de nombreuses « relances » ont dû être faites par la junior entreprise sélectionnée sur la base d'un cahier des charges, élaboré conjointement par la mission, l'équipe projet et des services de la CNSA.

[123] S'agissant de l'annexe retraçant la consommation des spécialités pharmaceutiques :

- Une démarche issue d'une collaboration entre la mission et les syndicats de pharmaciens a été mise en place à partir du mois d'avril, pour permettre aux pharmaciens dispensateurs de faire remonter de manière automatisée les données pharmaceutiques par spécialité. Ce processus a permis d'éviter le remplissage extrêmement fastidieux (et d'une fiabilité relative s'agissant de données purement déclaratives) des tableaux prévus initialement à l'annexe 2. Il apporte une réelle transparence sur les médicaments effectivement dispensés aux résidents des EHPAD, constitue une base de données pérenne (la procédure pouvant être poursuivie après la généralisation, voire en l'absence de généralisation) et d'une grande richesse<sup>24</sup> ;
- Toutefois, la mise en œuvre d'une telle procédure s'est avérée complexe :
  - Si la liste des EHPAD participant à l'expérimentation et de leurs pharmaciens référents a pu être établie courant janvier, aucune information concernant les pharmacies approvisionnant ces EHPAD n'était disponible. La constitution de cette liste a demandé une mobilisation de la plupart des membres du comité national de suivi et a pris du temps, une fois les modalités de fonctionnement du processus définies ;
  - Une fois la liste constituée, seules les adresses courrier se sont avérées fiables et exhaustives, certains pharmaciens étant réticents à fournir leur adresse mail, voire ne consultent que très rarement leurs courriels. Une lettre a donc été adressée à toutes ces officines, indiquant l'adresse mail de référence ;
  - Les officines sont depuis longtemps toutes informatisées, toutefois la nouvelle procédure exige quelques adaptations logicielles. Les éditeurs de logiciels s'étant montrés réticents à effectuer ces adaptations, les syndicats ont convoqué les principales SSII (Sociétés de services en ingénierie informatique) pour leur expliquer l'importance de cette manipulation.
- Aussi, cette remontée de données quantitatives a-t-elle pris du temps. Des données commencent à être disponibles, mais il faudra attendre encore quelques semaines pour pouvoir effectuer des requêtes pertinentes dans une base de données qui devrait comporter l'exhaustivité des consommations de la plupart des EHPAD expérimentateurs. Pour l'heure, la mission n'a donc pu, à partir des remontées d'informations disponibles, effectuer d'analyse chiffrée de l'impact de l'expérimentation sur la consommation des médicaments.

---

<sup>24</sup> L'adresse mail de référence pour cette procédure est : [ehpad@resopharma.fr](mailto:ehpad@resopharma.fr)

[124] En tout état de cause, il apparaît que la simple annonce d'un suivi des données, qualitatives et quantitatives, des consommations pharmaceutiques des EHPAD participant à l'expérimentation a conduit les acteurs de la plupart de ces établissements à s'interroger et réfléchir à la qualité des thérapeutiques utilisées dans l'établissement, ainsi qu'à la gestion des médicaments pour un usage efficient. L'expérimentation a donné une visibilité qui, trop souvent, était totalement absente du fait du fonctionnement « à guichet ouvert » et « hors les murs » lorsque les médicaments étaient remboursés à l'euro l'euro sur l'enveloppe « soins de ville ». En effet, bien que les médicaments soient un déterminant fondamental de la qualité des soins et du bien-être des personnes âgées hébergées en EHPAD, il semble qu'il s'agissait jusqu'à présent du « parent pauvre » des stratégies visant une amélioration de la qualité des soins dans ces établissements. La mission a toutefois pu observer, dans ses déplacements et au travers de questions posées par les responsables d'EHPAD expérimentateurs que :

- dans quelques EHPAD, des démarches semblables à celles demandées par l'expérimentation (ainsi l'étude des prescriptions à certaines dates) étaient en vigueur ;
- dans la plupart des EHPAD, une appropriation volontariste des demandes d'informations précisées dans les circulaires, alors même qu'elles constituaient une charge de travail<sup>25</sup>. Pour les responsables de ces établissements, l'expérimentation a constitué une opportunité pour accélérer la réalisation de projets auxquels ils avaient déjà réfléchi ;
- dans quelques EHPAD, pourtant volontaires pour participer à l'expérimentation, de grandes réticences, en général expliquées par des problèmes de personnes (départ du médecin coordonnateur ; vacances de l'emploi de directeur ; ...).

[125] Ces constats, effectués dans le cadre de l'expérimentation sur des EHPAD expérimentateurs, seront pris en considération quand, dans la 4<sup>ème</sup> Partie de ce rapport, sera traitée la faisabilité de la généralisation (et la proposition d'une solution alternative).

---

<sup>25</sup> Ce qui est confirmé par le nombre d'EHPAD ayant envoyé les fichiers relatifs à l'analyse de la qualité des prescriptions (voir annexe1)

## **2<sup>ème</sup> partie : L'expérimentation n'a pas permis de définir plusieurs déterminants nécessaires pour réussir la généralisation et a mis en évidence plusieurs types de difficultés pratiques**

[126] L'expérimentation a montré que plusieurs éléments nécessaires à la réussite de la généralisation ne pouvaient pour l'heure être définis. A ce constat s'ajoutent plusieurs types de difficultés pratiques. Pris un par un, chacun de ces éléments et difficultés pose problème et leur conjonction rend aléatoire la réussite de la généralisation.

### **1. LE DIMENSIONNEMENT DE L'ENVELOPPE « MEDICAMENTS » NE PEUT ETRE ETABLI SANS DIFFICULTE**

#### ***1.1. Quelles méthodes de calcul possibles « en routine » ?***

[127] Une modalité de calcul de l'augmentation des forfaits soins semblable à celle utilisée pour effectuer l'intégration des dispositifs médicaux, à savoir une somme fixe en euros multipliée par le nombre de résidents, est fondamentalement inadaptée pour les médicaments.

[128] En effet, les dépenses pharmaceutiques liées aux prescriptions médicamenteuses présentent, en règle générale, une nettement plus grande hétérogénéité que les dépenses relatives aux dispositifs médicaux, rendant extrêmement complexe, voire impossible l'attribution d'une telle dotation, uniforme quel que soit l'EHPAD. Le rapport LANCRY précise d'ailleurs « *qu'il ne semble pas exister de lien direct entre la consommation moyenne de médicaments par résident et par jour et le GMP ou le PMP des établissements. En revanche, un lien semble exister avec la taille d'un établissement (taille et consommation pharmaceutique moyenne en liaison inverse). Il est aisé de comprendre qu'un petit Ehpap a plus de mal qu'un grand à « moyenner » la consommation pharmaceutique de résidents fort consommateurs* ». L'expérimentation confirme cette très grande difficulté à définir un cadre de calcul homogène des dotations à allouer pour cette consommation, quelle que soit la volonté et les efforts réalisés pour mieux faire correspondre les prescriptions aux besoins des patients.

[129] Dès lors, deux approches pour définir les modalités de calcul de l'enveloppe médicaments à intégrer dans le forfait soins restent possibles : celle fondée sur les besoins des résidents ; celle fondée sur la consommation constatée. Cependant l'application de chacune de ces approches et modalités présente des difficultés, pouvant même s'avérer insurmontables.

## **1.2. Le dimensionnement de l'enveloppe médicaments fondé sur les besoins des résidents à partir des données issues de PATHOS n'est pas applicable**

[130] Cette modalité serait logiquement préférable. Mais deux constats simples conduisent à l'éliminer<sup>26</sup>.

### **1.2.1. L'objectif de l'outil PATHOS est d'objectiver les besoins de soins**

[131] Le modèle PATHOS a été construit pour décrire l'état de santé de personnes âgées et leurs besoins de soins. Cet outil, initié par le Syndicat national de gérontologie clinique (SNGC)<sup>27</sup> puis amélioré en partenariat avec le service médical de la CNAMTS, vise à déterminer les différents niveaux de soins médico-techniques requis par les traitements des états pathologiques (souvent polyopathologiques) des personnes âgées.

[132] Le PATHOS d'un résident est calculé à partir de 8 postes de ressources : les postes « médecin », « psychiatre » ; « infirmier » ; « psychologue » ; « kinésithérapie » ; « biologie » ; « imagerie » et « pharmacie ». Chacun de ces postes produit un certain nombre de points qui se voient affectés d'un coefficient particulier, lié à son coût.

[133] La qualité de l'outil et sa bonne utilisation sont primordiales à la fois pour l'EHPAD dont le niveau de dotation soins dépend du PATHOS de ses résidents, au niveau des ARS et, au niveau national, pour la CNSA et la CNAMTS<sup>28</sup> ainsi que les services ministériels.

### **1.2.2. Tous les EHPAD n'ont pas encore effectué de « coupe PATHOS » et de nombreuses « coupes PATHOS » posent des problèmes**

[134] L'outil PATHOS, construit depuis plus de 10 ans et pour la première fois mentionné dans la circulaire du 10 avril 2002, qui recommandait d'y recourir dans certains cas particuliers, doit être utilisé pour la tarification des EHPAD depuis 2007. Cependant, à la mi-2010, environ 50% seulement des EHPAD sans PUI (proportion qui peut être très variable selon les régions) disposent d'une coupe PATHOS validée par les services des ARS<sup>29</sup>.

[135] La généralisation très progressive de l'utilisation de PATHOS (son application dans tous les EHPAD ne devrait intervenir, au mieux, qu'en 2013) résulte du choix des responsables nationaux, fondé sur un principe de réalité, pour tenir compte des moyens humains tant des EHPAD que des services chargés de la validation des « coupes PATHOS ».

[136] Ce pragmatisme apparaît nécessaire, au regard notamment de :

- l'impossibilité matérielle pour des EHPAD de réaliser une coupe PATHOS, en raison de l'extrême difficulté à rassembler les données médicales nécessaires, difficulté qui peut parfois être due, pour certains EHPAD, à l'absence même de médecin coordonnateur ;
- la technicité requise pour rassembler et présenter les données médicales probantes. La présentation des dossiers médicaux pour justifier les besoins de soins doit en effet non seulement présenter le diagnostic et la prescription de ces soins mais aussi leur réalisation. Or, cet aspect pratique demande que soient bien recensés les divers types de soins. De l'avis de médecins coordonnateurs expérimentés, ce travail de rassemblement

<sup>26</sup> Il convient en outre de prendre en considération les effets induits par la prudence actuelle de certains Conseils généraux, réticents à s'engager dans des évolutions dont ils craignent qu'elles puissent avoir des conséquences financières.

<sup>27</sup> Voir l'article *Le système PATHOS*, dans La revue de gériatrie, tome 24, n°6 juin 1999, 431 – 452. (16)

<sup>28</sup> La CNSA a été chargée de reprendre l'applicatif GALAAD en 2010 (auparavant géré par la CNAMTS) dans le cadre du passage des compétences de validation des coupes PATHOS aux ARS.

<sup>29</sup> Avant leur création, ce rôle incombait aux services de l'assurance maladie

d'informations doit commencer, même dans un EHPAD bien organisé, au moins six mois avant le déplacement des médecins de l'assurance maladie (à présent de l'ARS) ;

- les défauts de coupes PATHOS présentées par des EHPAD, hors toute volonté de surévaluation des pathologies et des besoins de soins de leurs résidents, au regard des règles applicables. Ces défauts conduisent à des écarts très importants entre « PMP – PATHOS Moyen Pondéré- calculé par l'EHPAD » et « PMP validé ». De ces écarts découlent des oppositions vigoureuses pouvant aller jusqu'à des contentieux.

[137] Ces constats inhérents au modèle PATHOS sont connus et des solutions pour y remédier sont recherchées, tant au niveau national que régional, notamment par des actions d'information et de formation des médecins coordonnateurs. Pour autant, du point de vue de la généralisation de la réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD, cette situation doit être prise en considération, de même que le délai prévisible avant que tous les EHPAD disposent de coupes PATHOS à peu près correctement réalisées.

### **1.2.3. L'actualisation de la valorisation du poste « médicaments » de PATHOS ne sera pas disponible, au mieux, avant 2012**

[138] L'actualisation du poste « médicaments » de PATHOS est devenue nécessaire. En effet, le calcul du poste « médicaments » de PATHOS est le résultat de la valorisation des médicaments adaptés au traitement d'une personne âgée, dont le calcul a été réalisé il y a plus de dix ans. Or, depuis, d'une part les coûts des médicaments adaptés aux traitements ont évolué notamment avec l'arrivée de nouvelles molécules et le recours accru aux génériques, d'autre part, les prescriptions médicamenteuses adaptées aux besoins de soins ont aussi évolué.

[139] Les travaux entrepris par le Dr Jean-Marie VETEL, sous l'égide de la CNSA, pour la révision des deux composantes de ce calcul ont commencé en 2009. Cependant, une révision plus générale de PATHOS a été engagée en 2010, dans le cadre d'une « nouvelle gouvernance » de cet outil. Cette circonstance conduit à retarder la disponibilité des données indispensables à l'utilisation de PATHOS pour fonder le calcul du montant de « l'enveloppe médicaments » à intégrer dans le forfait soins des EHPAD sans PUI.

[140] L'utilisation du poste 8 de PATHOS pour calculer « l'enveloppe médicaments » doit donc être écartée.

### ***1.3. Le dimensionnement de l'enveloppe médicaments fondé sur les consommations constatées limiterait les contestations au moment de la généralisation, mais créerait des inégalités qui seraient difficiles à réduire au cours des années suivantes***

[141] Le calcul de l'enveloppe médicaments à partir des consommations constatées limite les difficultés lors du « basculement » de la prise en charge financière des médicaments des résidents des EHPAD par le forfait soins. Mais des contestations n'en demeurent pas moins possibles. Surtout, la résorption des différences entre EHPAD accueillant des populations semblables de résidents nécessite la mise en place d'un dispositif compliqué à formuler et dont la mise en œuvre présente le risque de générer des contestations.

### **1.3.1. Le calcul de l'enveloppe médicaments transférée aux EHPAD expérimentateurs a montré les difficultés de l'exercice**

[142] Le rapport LANCRY a préconisé que le calcul de la dotation « médicaments » à intégrer, en 2010 (et décembre 2009) dans la dotation soins soit fondé sur la consommation constatée en 2009. Pour des raisons pratiques, liées au bref délai entre, d'une part, la remise du rapport, les circulaires précisant les conditions de l'expérimentation et, d'autre part, le début de l'expérimentation avant la fin de l'année 2009, le calcul de cette dotation a été réalisé de façon souvent approximative. Pour la généralisation, il ne pourrait y avoir une telle approximation. Dès lors, il convient de préciser les conditions de réussite du calcul d'une « enveloppe médicaments » qui limite les risques de contestations.

[143] Le calcul d'une « enveloppe médicaments », pour recueillir une approbation de principe, doit satisfaire les critères suivants :

- A. : prendre pour base les dépenses de médicaments remboursés aux résidents assurés sociaux de tous les régimes et tenir compte, le cas échéant, de résidents qui ne relèveraient pas d'un régime obligatoire d'assurance maladie ;
- B. : prendre en considération une année pleine, c'est à dire en pratique 2010, compte tenu des consommations de médicaments sujettes à des variations saisonnières ;
- C. : tenir compte des variations de capacité (ou du nombre effectif de résidents) de certains EHPAD et prévoir un mécanisme spécifique de calcul pour les EHPAD ayant ouvert en cours d'année 2010 ou au cours des mois précédant la date de généralisation ;
- D. : prévoir un mécanisme de recours éventuel, préalable à la fixation de l'enveloppe qui déterminera le versement de la dotation additionnelle. En effet, l'expérimentation a montré que des incompréhensions, qui auraient pu être simplement levées avant la détermination officielle de l'enveloppe sur la base de laquelle a été effectué le paiement, suscitent des difficultés (notamment de trésorerie) et, en tout état de cause, des tensions entre direction de l'EHPAD et délégation territoriale de l'ARS, voire avec la caisse pivot et/ou d'autres organismes responsables ;
- E. : permettre des ajustements en fonction de demandes d'admission de nouveaux résidents souffrant de pathologies dont les traitements sont très coûteux, ou de l'évolution de la pathologie de certains résidents de l'établissement nécessitant des traitements médicamenteux très coûteux.

[144] La mise en œuvre de ces principes nécessite une organisation précise, dont les prérequis sont décrits en 3.1 de cette 2<sup>ème</sup> Partie.

### **1.3.2. Ce calcul à un instant T générera un afflux de contestations d'une toute autre ampleur que celles qui sont actuellement exprimées pour les autres postes de dépenses**

[145] Fonder pour plusieurs années la dotation « médicaments » à partir du calcul (dont nous avons vu qu'il ne pouvait être, pour l'heure<sup>30</sup> qu'approximatif) à un instant T des consommations historiques est en soi générateur d'inéquités de traitement, certains EHPAD ayant beaucoup consommé étant récompensés au travers d'une dotation surdimensionnée, tandis que d'autres, des plus vertueux, seraient condamnés à restreindre les consommations, par des moyens qui ne seraient pas forcément dans l'intérêt des patients, n'ayant plus de marge réelle « d'optimisation ».

---

<sup>30</sup> jusqu'à la pleine mise en œuvre du décret du 7 juin 2010 (voir en 1<sup>ère</sup> Partie ; 1.4.2),

[146] La particularité des médicaments est en effet la variabilité extrêmement importante, et surtout peu prévisible et programmable dans un budget contraint, des coûts des traitements, d'un patient à l'autre et pour un même patient. Dès lors, sauf à déployer des moyens humains très importants pour gérer les situations de chacun des EHPAD dont les besoins en médicaments s'avèreront excéder l'enveloppe définie quelques mois, voire quelques années auparavant, en raison de l'admission d'un ou plusieurs nouveaux résidents lourdement traités ou du changement de traitement de certains des résidents déjà admis, les EHPAD risquent très vite de saturer, par leurs demandes réitérées de compléments de dotations, les services des ARS.

[147] Il est vrai que les EHPAD avec PUI fonctionnent sur ce modèle, mais nous verrons que d'une part, l'accès aux soins pose déjà problème pour ces EHPAD qui pour l'heure ne sont pas trop nombreux, d'autre part que ces difficultés peuvent prendre une toute autre ampleur si tous les EHPAD actuels passent en gestion forfaitaire des médicaments (ou s'ils optaient pour la constitution d'une PUI), générant de vrais problèmes de santé publique, probablement difficilement réversibles.

### **1.3.3. Fonder l'enveloppe médicaments transférée aux EHPAD sur les consommations constatées pénaliserait les EHPAD où des efforts d'optimisation des prescriptions ont été réalisés au cours des années passées**

[148] Les « études de cas » réalisées par la mission sur quelques EHPAD sans PUI, ainsi que l'étude produite pour la Direction de la Sécurité sociale, en 2010, sur les EHPAD avec PUI (voir présentation synthétique en annexe 2), montrent que des disparités importantes dans les consommations de médicaments existent entre des EHPAD accueillant des populations de résidents qui semblent similaires. Ces constats n'ont rien de surprenant étant donnés les écarts dans les modalités de prescriptions existant entre EHPAD, en fonction notamment du rôle effectivement rempli par le médecin coordonnateur et des compétences spécifiques en gériatrie variables selon les médecins traitants ou spécialistes auxquels font appel des résidents.

[149] Cette hétérogénéité produit des conséquences financières pour les régimes obligatoires d'assurance maladie et les organismes de protection complémentaire santé. Plus particulièrement, pour le cas d'EHPAD dans lesquels des améliorations sensibles dans les dépenses de médicaments sont possibles, on peut espérer que, à plus ou moins brève échéance, ces conséquences se réduiront progressivement grâce à des améliorations des prescriptions de médicaments. Or, si les médicaments sont intégrés dans le forfait soins des EHPAD, c'est le budget de l'EHPAD qui bénéficiera des ces améliorations, sans produire d'effets positifs pour les régimes obligatoires d'assurance maladie.

[150] Cette logique d'appropriation des gains de l'amélioration des prescriptions par les responsables de l'EHPAD est un des fondements théoriques de la réintégration des médicaments dans les forfaits soins. Les responsables des régimes obligatoires d'assurance maladie peuvent regretter ce choix et pourraient imaginer, en compensation, un partage des économies ainsi obtenues. Toutefois, les EHPAD qui auront effectué, avant l'intégration de l'enveloppe médicaments, des efforts d'optimisation des prescriptions et de la diminution des dépenses de médicaments correspondante, s'en trouveraient d'autant plus pénalisés.

[151] De même, les objectifs conventionnels de substitution générique fixés aux officines (qui varient d'une région à l'autre) ces dernières années ont pu plus ou moins influencer sur les dépenses médicamenteuses des EHPAD, selon les efforts fournis par les pharmaciens d'officine pour atteindre ces objectifs. La détermination de l'enveloppe à attribuer à chaque EHPAD intègrera dès lors ces évolutions, pénalisant là encore les EHPAD dont les officines dispensatrices auront été les plus vertueuses en termes d'atteintes des objectifs conventionnels.

- [152] Les EHPAD qui ne pourront plus refaire les efforts qu'ils ont déjà accomplis, n'auront plus de marge de manœuvre pour réaliser des économies, alors qu'ils ont déjà permis à l'assurance maladie d'en réaliser. Ils pourront, à juste raison, se considérer comme « victimes d'une injustice » : avoir été vertueux trop tôt.
- [153] La réponse à cette question d'inéquité devrait passer par un mécanisme qui pourrait être le suivant :
- En préalable, un premier principe pourrait être que, pour tous les EHPAD, les économies réalisées sur les dépenses de médicaments ne leur bénéficient que dans une proportion fixée nationalement, par exemple à 75% ;
  - Sur cette base, si un EHPAD démontre qu'il avait déjà commencé à optimiser ses dépenses avant le calcul de sa dotation médicaments, ce pourcentage pourrait être revu à la hausse (par exemple, 80% ; 85% ; ... voire 100%) ;
  - L'EHPAD pourrait choisir entre deux méthodes pour effectuer cette démonstration : soit montrer que les dépenses de médicaments remboursables à ses résidents ont baissé au cours des années antérieures, ce qui pourrait se révéler en pratique très difficile à réaliser ; soit en se référant au niveau des dépenses de médicaments correspondant aux besoins des résidents, c'est à dire en faisant appel à un PATHOS rénové, tout du moins pour son « poste 8 » relatif aux médicaments et en disposant d'une « coupe PATHOS » fiable, ce qui là encore peut s'avérer extrêmement complexe.
- [154] Si un tel mécanisme pouvait être déterminé au niveau national (voire au niveau régional), sa mise en œuvre pratique ne manquerait pas de se heurter à deux écueils : sa lourdeur, au regard des sommes en jeu qui, sans être négligeables, resteront relativement faibles proportionnellement à l'ensemble des dotations soins des EHPAD concernés ; les risques de contestations, voire de contentieux, sources de lourdeurs administratives additionnelles tant pour les EHPAD que pour les services publics, sans que puisse être garantie que ces contestations pourront être bien traitées (cf. les contestations sur les « coupes PATHOS »).

#### ***1.4. Une dernière hypothèse a été envisagée, mais elle conduit à une impasse***

- [155] Une orientation évoquée au cours de l'expérimentation a paru recueillir l'approbation, au moins dans son principe général, des membres du CNS : l'idée d'un fléchage et d'une transparence donnée au montant de l'enveloppe allouée aux EHPAD pour les médicaments, sur la base de coupes PATHOS plus fréquentes. La gestion de cette enveloppe étant alors partagée entre le directeur, le médecin coordonnateur et le pharmacien référent, ceux-ci pourraient évaluer ensemble l'adéquation de cette enveloppe aux besoins, la justification des écarts éventuels sur des constats cliniques et de bonnes pratiques. Une sollicitation argumentée, notamment grâce à la connaissance des médicaments consommés au travers de la nouvelle procédure automatisée, pourrait fonder un mécanisme de réajustement d'enveloppe et de base pour l'élaboration et l'actualisation de la liste des médicaments qui pourraient être facturables en sus des forfaits de soins.
- [156] Cette orientation aurait pu constituer une solution de nature à éviter les refus d'admission, à faire coïncider, grâce à des coupes PATHOS plus fréquentes, la dotation aux besoins (à la hausse comme à la baisse) et permettre d'envisager une réelle maîtrise médicalisée des dépenses de médicaments dans les EHPAD
- [157] Malheureusement, l'utilisation de ce mode de calcul, qui pourrait le cas échéant s'envisager de façon transitoire dans l'attente de l'aboutissement des travaux de rénovation de PATHOS, ne produirait pas de réel changement par rapport à la situation actuelle hors expérimentation, les effets de la réintégration risquant d'être, par cette méthode, extrêmement réduits.



[158] De plus, d'un point de vue technique et juridique, la gestion de l'attribution individuelle d'enveloppes « médicaments » spécifiques, alors que la dotation « principale » fait l'objet d'arrêtés annuels serait extrêmement complexe pour la CNSA et les ARS.

[159] Enfin, l'ensemble des interlocuteurs de la mission s'accorde sur les délais et les moyens humains (en particulier pour les médecins coordonnateurs et les médecins-conseil de l'assurance maladie) importants nécessaires à la réalisation des coupes PATHOS. Dès lors, cette hypothèse doit elle aussi être éliminée.

\*\*\*

[160] Au total, le calcul du montant de l'enveloppe médicaments à intégrer dans le forfait soins des EHPAD apparaît comme un exercice beaucoup plus compliqué qu'il ne le paraît à première vue.

[161] Cette difficulté peut se trouver exacerbée par deux facteurs complémentaires qui doivent être pris en considération :

- à part les dispositifs médicaux, la dotation soins n'est constituée que de dépenses de personnels soignants (voire médical dans le cas du « tarif global »). Aussi, toute augmentation de dépenses de médicaments ne peut qu'être compensée par des économies de personnel, ce qui pose des problèmes sensibles ;
- l'enveloppe médicaments transférée restera, quelle que soit l'intention de pouvoirs publics et des gestionnaires d'EHPAD, comme une partie, pouvant être importante, du chiffre d'affaires pour les pharmaciens de ville dispensateurs. Or ceux-ci ont la particularité d'exercer une profession de santé dans le cadre d'une activité commerciale, fondée sur un important investissement financier. L'expérimentation a conduit leurs représentants au comité national de suivi à exprimer des inquiétudes fortes (qu'il convient de prendre en considération) quant à l'équilibre économique de leur activité. (voir à ce sujet aussi 3<sup>ème</sup> P.-4).

[162] S'ajoutent à ces deux facteurs complémentaires susceptibles de générer des problèmes, d'autres questions épineuses, notamment :

- la difficulté de déterminer une liste en sus, laissant persister des risques importants de refus d'admission ou d'hospitalisations injustifiées (voir ci-après) ;
- les incertitudes quant aux coûts réels de la réintégration, qui pourrait s'avérer plus inflationniste que le maintien d'un remboursement à l'euro l'euro (cf. 3<sup>ème</sup> partie).

## **2. LA DETERMINATION D'UNE « LISTE EN SUS » ADAPTEE POUR TOUS LES EHPAD EST, A L'HEURE ACTUELLE, IMPOSSIBLE**

### ***2.1. Le principe d'une « liste en sus » a, légitimement, été prévu par le législateur***

[163] L'article 64 de la LFSS pour 2009 qui décide la réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD précise, dans son 5<sup>ème</sup> alinéa que « Un arrêté (...) fixe la liste des spécialités pharmaceutiques (...) qui peuvent être prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations de soins ».

[164] L'objectif de cette « liste en sus » est d'éviter des refus d'admission de personnes âgées, qui avaient en tout état de cause, été déjà constatés dans les EHPAD avec PUI. En l'absence d'un tel arrêté au moment de l'expérimentation, un mécanisme de « clause de sauvegarde » a été mis en place.

### **2.1.1. Dans le cadre de l'expérimentation un mécanisme de « clause de sauvegarde » a permis de pallier l'absence de « liste en sus »**

[165] En l'absence de « liste en sus » mais aussi plus largement pour sécuriser les EHPAD expérimentateurs, la circulaire du 6 août 2009 (dans son § 2-3 repris dans le § 2.2 de la circulaire du 10 novembre 2009) a organisé une « clause de sauvegarde » : « *Dans le cas d'un dépassement significatif de la dotation fixée a priori en début d'expérimentation (dépassement supérieur à 5%), vous évalueriez ... (...) Afin de ne pas pénaliser les établissements expérimentateurs, vous réactualiserez la dotation fixée initialement ...* ».

[166] Les demandes de mise en œuvre de ce mécanisme ont été formulées, pendant les 8 premiers mois de l'expérimentation, par environ la moitié des EHPAD expérimentateurs. Dans plus de 75% de ces cas, la raison de la demande de recours à la clause de sauvegarde était un mauvais calcul initial de la dotation. Les 25% restants correspondent à des dépenses de médicaments liées à des prescriptions qui accroissent le montant total des dépenses pharmaceutiques, au-delà de l'enveloppe calculée. Parmi ces demandes, les justifications sont en général fondées sur quelques types de médicaments ; les autres sur l'aggravation de l'état de santé d'un ou quelques résidents.

[167] Les principaux enseignements à tirer de l'emploi de cette clause de sauvegarde concernent à la fois la détermination de la liste en sus et l'appropriation par les responsables de ce type de dispositif et sa gestion par les services des ARS (voir 2.3.2 ci-après).

### **2.1.2. L'expérience de la « liste en sus » définie pour les établissements de santé incite à la prudence**

[168] L'expérience de la constitution d'une « liste en sus » pour les patients accueillis dans les services MCO (médecine, chirurgie, obstétrique), montre que la régulation de celle-ci est difficile :

- la « liste en sus » a tendance à s'allonger, année après année, générant une croissance considérable des dépenses globales pour cette liste (+15% en moyenne chaque année, un mécanisme de régulation ayant du être adopté en LFSS pour 2009 afin de limiter la progression de ces dépenses) ;
- les retraits de la « liste en sus » se heurtent à des difficultés importantes ;
- des effets pervers, en particulier en termes de reports de prescriptions de médicaments inclus dans les forfaits vers des médicaments figurant sur cette liste (l'établissement percevant dans les deux cas le même montant de forfait).

[169] Il apparaît donc que, dans le cas d'un établissement de santé dont les ressources sont calculées en fonction des besoins de soins des patients (par application de la tarification à l'activité T2A, mais il en serait de même avec un « budget global »), le mécanisme de « liste en sus », s'il permet d'éviter les inégalités d'accès aux soins et représente ainsi une avancée importante en termes d'accès aux innovations (sujet qui, comme indiqué supra, ne concerne les résidents d'EHPAD qu'exceptionnellement) produit un effet inflationniste sur les dépenses de santé.

### **2.1.3. Les principes posés pour la détermination de la « liste en sus » pour les EHPAD**

[170] Dans le cas d'un EHPAD, le calcul de « l'enveloppe médicaments », qu'il soit effectué par rapport aux besoins évalués des résidents ou par rapport aux dépenses constatées, devrait correspondre aux profils thérapeutiques de résidents dont les caractéristiques médicales sont notamment, d'une part que leurs pathologies sont relativement stables, d'autre part qu'ils souffrent de plusieurs pathologies.

[171] Une liste en sus devrait donc, en miroir, être constituée de médicaments répondant aux 2 conditions cumulatives suivantes :

- les spécialités pharmaceutiques et/ou les médicaments listés ne sont pas prescrits de façon habituelle aux personnes prises en charge dans les EHPAD ;
- ces spécialités pharmaceutiques et/ou ces médicaments sont d'un coût élevé.

#### **2.1.4. L'expérimentation complète les informations déjà disponibles pour déterminer une « liste en sus » adaptée aux EHPAD**

[172] Le traitement des données quantitatives transmises par les EHPAD et, par ailleurs, les justifications fournies par les EHPAD demandant à bénéficier de la « clause de sauvegarde » (voir ci-dessus) rejoignent les hypothèses ou les constats ponctuels formulés lors d'un groupe de travail réuni en 2009 à l'initiative de la DSS et par les membres du CNS.

[173] Les médicaments destinés à lutter contre la DMLA, les érythropoïétines (EPO) et les anticancéreux par voie orale répondent bien aux critères énoncés ci-dessus. Il semble que les antirétroviraux, dont l'utilisation était exceptionnelle il y a quelques années dans les EHPAD, y soient de plus en plus prescrits, témoignant de l'allongement de l'espérance de vie que ces traitements ont permis.

[174] Ces médicaments constituent une liste « courte », bien ciblée, limitant donc les risques d'extension par contiguïté.

### ***2.2. L'application d'une « liste en sus » ne règle pas toutes les difficultés et doit être accompagnée par un dispositif permettant de faire face à certaines situations particulières***

[175] La « liste en sus » ne permet pas de répondre à toutes les situations. Les responsables d'EHPAD peuvent en effet être confrontés à de réelles difficultés en raison de prescriptions de médicaments qui individuellement ne sont pas très coûteux, mais dont la cumulation pour un ou plusieurs résidents peut générer une augmentation forte de leurs dépenses de médicaments.

[176] Ces situations, auxquelles la constitution d'une liste en sus n'apporte pas de réponse, doivent impérativement être prises en considération, d'une part pour leurs conséquences directes sur le fonctionnement des EHPAD au cours des années où elles se produisent, ainsi que pour les risques de refus d'admission par prudence budgétaire qu'elles peuvent susciter, voire de reports de prescriptions sur des médicaments moins coûteux et non adaptés aux réels besoins de résidents.

#### **2.2.1. La création d'une « liste en sus » n'est pas suffisante pour répondre à ces situations particulières**

2.2.1.1. L'existence de ces situations est liée à la nature même des EHPAD, établissements qui accueillent en général moins de 100 personnes âgées dont l'état de santé est précaire

[177] Deux facteurs se conjuguent pour expliquer ces situations qui, souvent, sont liées à des hospitalisations. Même avec une bonne qualité de prise en charge, notamment par la prévention, le nombre de personnes âgées accueillies dans un EHPAD et leurs fragilités ont pour conséquences des besoins ponctuels de traitements qui sortent des interventions normalement effectuées dans l'EHPAD. L'hospitalisation du résident peut alors être considérée comme une réponse commode à la situation.

[178] La logique hospitalière de prise en charge est très différente de la prise en charge médicale dans un EHPAD et les coûts ne sont pas comparables (cette différence tend d'ailleurs à s'accroître). Or un bref séjour hospitalier peut donner lieu à une modification importante des traitements médicamenteux du résident, générateurs de dépenses sans commune mesure avec les moyens courants de l'EHPAD. Lors du retour de ce résident dans son EHPAD, son médecin traitant et le médecin coordonnateur peuvent être confrontés à des difficultés vis-à-vis d'une prescription établie par le médecin de l'établissement de santé, même si celle-ci se révèle inappropriée au regard de l'ensemble des besoins de traitement de ce résident et quelles qu'en soient les conséquences financières sur la dotation soins de l'EHPAD.

2.2.1.2. Les fins de vie ne doivent pas être considérées comme des situations particulières mais devraient faire l'objet de dispositions spécifiques.

[179] Les dépenses de médicaments pour les personnes âgées en fin de vie sont souvent relativement élevées. Ce constat est fréquemment mis en avant pour justifier que soit organisée une modalité spécifique de prise en charge des médicaments prescrits à ces personnes.

[180] En fait, deux types de situations doivent être distinguées : celles des EHPAD qui accueillent des personnes âgées dont les pathologies sont telles que leur durée de séjour est faible (quelques mois) ; celles d'autres EHPAD qui, dans les faits accueillent des personnes très âgées et dont l'espérance de vie se compte en années.

[181] Les EHPAD qui, compte tenu de leur place dans une filière de prise en charge, accueillent principalement des résidents en fin de vie, ont des dépenses de médicaments élevées de façon « structurelle ». Dès lors, le calcul de leurs dépenses de médicaments à intégrer dans le forfait soins, qu'il soit basé sur les besoins effectifs des résidents ou sur les consommations des années précédentes, peut tenir compte de leur spécificité.

[182] Quant aux autres EHPAD, les fin de vie ne peuvent pas être considérées comme « situations particulières ». La durée de séjour dans un EHPAD est, en moyenne, inférieure à 3 ans et donc, chaque année, une proportion significative de ses résidents va arriver en fin de vie (sans qu'il soit forcément possible de « dater » le début de la fin de vie...). Certes les médicaments administrés à des résidents en fin de vie, notamment dans le cadre de soins palliatifs, sont très nettement plus coûteux que leur traitement habituel (de 2 à 10 fois plus). Certes aussi, des variations importantes d'occurrences de décès peuvent se produire, plusieurs années consécutives. Mais, sur une période de quelques années, les dépenses plus importantes de médicaments liées à ces fins de vie certains mois/années seront compensées par les dépenses moins importantes les autres mois/années.

**Recommandation n°4 : Encourager des dispositifs d'incitation au maintien dans l'EHPAD des personnes en fin de vie<sup>31</sup>, afin d'éviter des hospitalisations inutiles, coûteuses pour l'assurance maladie et moins chaleureuses pour ces personnes et leurs familles.**

### 2.2.2. Un dispositif spécifique devrait être créé pour faire face à ces situations

[183] Les situations de ce type survenues au cours de l'expérimentation ont pu être traitées grâce à la conjonction du professionnalisme des responsables des EHPAD expérimentateurs concernés, à la mobilisation des services des ARS ainsi qu'au soutien de l'équipe projet constituée au niveau national et au montant largement calculé des crédits nationalement disponibles pour l'expérimentation.

<sup>31</sup> Comme par exemple l'expérimentation de la présence d'infirmières de nuit formées aux soins palliatifs en EHPAD dont le cahier des charges constitue l'annexe 5 de la circulaire interministérielle du 2 juin 2010 (déjà citée)

- [184] Ces conditions favorables ne se retrouveront pas lors de la généralisation. Un dispositif spécifique devra donc être mis en place. A défaut d'un tel dispositif, s'ajouteraient au risque de refus d'admission, deux autres risques :
- un risque de contournement pour des résidents pour lesquels des soins coûteux deviennent nécessaires, par exemple par demande de nouvelle hospitalisation. Ce risque est bien réel, car cette pratique est déjà constatée pour des résidents dont les besoins de soins sont importants. Or ceci produit des effets délétères pour la vie des personnes âgées ainsi « ballotées » entre EHPAD et établissement de santé ;
  - un risque de rejet par les responsables des EHPAD de la généralisation de la réintégration des médicaments dans les forfaits soins.
- [185] Deux types de dispositifs spécifiques sont théoriquement envisageables :
- un dispositif semblable à la « clause de sauvegarde » mis en place pour l'expérimentation ;
  - un dispositif faisant « basculer » sur les soins de ville les dépenses « exceptionnelles » de médicaments.
- [186] Ce deuxième type de dispositif nécessiterait une forme « d'entente préalable » des services de la caisse de sécurité sociale dont relève le résident. Dès lors, il se heurterait à au moins trois types de difficultés :
- il ne pourrait prendre effet qu'à l'issue du délai nécessaire à l'examen de la demande, délai pendant lequel les médicaments coûteux resteraient à la charge de l'EHPAD ;
  - la « sortie » de ce dispositif devrait être notifiée pour éviter la poursuite injustifiée du financement complémentaire, ce qui pose des questions additionnelles ;
  - enfin, un tel dispositif serait en contradiction avec la réduction des cas d'ententes préalables fixés dans les COG entre l'Etat et les caisses nationales gestionnaires d'un régime d'assurance maladie.
- [187] Seul un dispositif semblable à la « clause de sauvegarde » mise en place pour l'expérimentation apparaît donc réaliste. Mais, sa mise en œuvre soulève plusieurs difficultés.

### **2.2.3. La mise en œuvre d'un dispositif de type « clause de sauvegarde » pose plusieurs problèmes**

- [188] La mise en œuvre d'un dispositif de « clause de sauvegarde » pour l'expérimentation fournit d'utiles informations. Comme tout dispositif, aussi simple et clairement présenté soit-il, la « clause de sauvegarde » a suscité de nombreuses questions de la part tant des services des ARS que des EHPAD. Ainsi, même après la mise en place, en mai 2010, d'une « foire aux questions –FAQ » permettant aux responsables des ARS et des EHPAD d'obtenir des réponses aux questions les plus fréquemment posées, les membres de l'équipe projet avaient encore à fournir des informations.

#### **2.2.3.1. La charge de gestion de ce dispositif spécifique pour les responsables des EHPAD et les ARS serait importante et comparativement disproportionnée avec d'autres enjeux**

- [189] L'expérimentation a été réalisée avec environ 280 EHPAD volontaires, et donc disposant a priori de responsables pro-actifs. La généralisation multipliera le nombre d'EHPAD par environ un facteur 20 (pour 5 000 EHPAD sans PUI) et les responsables de nombreux EHPAD n'auront pas forcément la même ténacité pour chercher les informations indispensables, d'autant qu'ils doivent conduire à bien, concomitamment, de nombreuses évolutions.
- [190] Pour les responsables des délégations territoriales des ARS, la mise en œuvre de la « clause de sauvegarde » nécessitera un surcroît de travail, tout particulièrement dans les mois qui suivront la généralisation.

[191] Or les orientations actuelles (en particulier la « revue générale des politiques publiques RGPP ») conduisent à une réduction des effectifs des services déconcentrés et les ARS n'échappent pas à ce principe d'application générale, alors même que les défis auxquels elles sont confrontées, notamment dans le domaine médico-social, sont très importants.

[192] Pour les rédacteurs de ce rapport, d'autres missions des responsables d'EHPAD et des ARS apparaissent plus prioritaires, par exemple :

- l'amélioration de la qualité même du fonctionnement des EHPAD, que celle-ci relève de la bienveillance ou qu'elle soit entendue à l'aune des recommandations en cours d'élaboration par l'ANESM - voir en 1<sup>ère</sup> Partie, 1.3.1) ;
- les modalités renouvelées de la prise en charge médicale avec le rôle accru du médecin coordonnateur et les contrats entre EHPAD et intervenants médicaux ; la place du pharmacien référent ;
- le développement du nombre et de la fiabilité des coupes PATHOS ;
- l'étude des cas d'hospitalisations injustifiées de résidents en EHPAD, dont l'enjeu financier pourrait être sans commune mesure avec celui d'une « clause de sauvegarde ».

2.2.3.2. Les conditions dans lesquelles il pourrait être fait appel à cette clause de sauvegarde pourraient ouvrir la porte à des demandes moins justifiées

[193] Le principe d'une « clause de sauvegarde », traduit dans les circulaires relatives à l'expérimentation, avait été discuté par Pierre-Jean LANCRY, notamment avec les responsables des organisations nationales d'organismes gestionnaires d'EHPAD. La fixation d'un seuil de 5% pour le déclenchement de cette clause pouvait être considérée comme logique car, au-dessous de 5%, les sommes en jeu (pour les dépenses de médicaments qui ne représentent qu'une fraction de la dotation soins d'un EHPAD) rentrent dans une marge d'incertitude à laquelle tout gestionnaire est habitué à faire face. Pour autant, des demandes de déclenchement de la clause de sauvegarde pour tout dépassement de « l'enveloppe médicaments » ont été présentées dès le début de l'expérimentation.

[194] Cette brève observation doit être prise en considération alors que les modalités de tarification des dotations soins des EHPAD sont en voie d'être réformées.

\*

[195] En résumé, le principe, apparemment simple d'application, d'intégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD, avec création d'une « liste en sus », se heurte à des difficultés auxquelles la mission n'a pas trouvé de réponses satisfaisantes évitant des effets pervers. En effet :

- une « liste en sus » peut être déterminée, mais ne peut répondre à de nombreuses situations ;
- la réponse à ces nombreuses situations impose la création d'un dispositif spécifique ;
- la mise en œuvre de ce dispositif spécifique nécessite des moyens humains qui devraient être prioritairement utilisés à d'autres missions.

[196] Cependant, malgré ces incontestables difficultés, la mission IGAS-CGES considère que la réflexion engagée en vue de la généralisation des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD sans PUI a le mérite de poser le problème de l'absence de « liste en sus » pour les EHPAD avec PUI. En effet, cette absence conduit, notamment, à des refus d'admission de résidents dans ce type d'EHPAD.

[197] Actuellement, ces personnes âgées (et leur famille) peuvent trouver des EHPAD prêts à accepter ces personnes « coûteuses en médicaments » car leurs médicaments sont financés sur l'enveloppe « soins de ville ». A priori, cette solution alternative devrait disparaître dès lors que la généralisation de la réintégration des médicaments sera réalisée avec une « liste en sus » qui serait également applicable aux EHPAD avec PUI. Cependant, parmi ces personnes âgées « coûteuses en médicaments », nombreuses sont celles qui le sont par l'addition de plusieurs médicaments qui ne relèvent pas d'une « liste en sus ». Et donc, les risques d'exclusion et les problèmes décrits en 2.2.1.1 ci-dessus pourraient s'avérer d'autant plus cruciaux.

### **3. PLUSIEURS DIFFICULTES TECHNIQUES OU OPERATIONNELLES NE PEUVENT ETRE MESESTIMEES**

[198] Ne seront citées ici que deux types de difficultés techniques ou opérationnelles :

- les difficultés liées au « basculement » du système actuel (remboursement des médicaments dispensés aux résidents en EHPAD par les caisses d'assurance maladie comme de « soins de ville ») vers l'intégration dans la dotation soins (où les sommes nécessaires au paiement de ces médicaments sont intégrées dans une enveloppe versée mensuellement aux EHPAD) ;
- les effets induits par la diversité des modalités de prise en charge des dépenses pharmaceutiques des résidents en EHPAD.

#### ***3.1. Le calcul effectif de l'enveloppe médicaments et son versement aux EHPAD exigent qu'une organisation précise soit mise en place au cours des premiers mois de 2011.***

[199] La réintégration des dispositifs médicaux dans les forfaits soins, à compter du 1<sup>er</sup> août 2008, ne peut pas servir de référence pour la réintégration des médicaments. En effet, le montant attribué à chaque EHPAD résultait d'une simple multiplication du nombre de résidents par 2,32€ et, par ailleurs, des retards de versement de la dotation correspondante aux EHPAD pouvaient n'avoir que des répercussions limitées (tant en termes de montants de crédits que d'impact consécutif sur les fournisseurs).

[200] L'expérimentation a pu montrer qu'un retard de quelques mois dans le versement de « l'enveloppe médicaments » peut avoir des effets « en chaîne » délétères sur la direction de l'EHPAD, les relations de celle-ci avec les pharmaciens d'officine dispensateurs, la trésorerie de celles-ci et, conséquemment, sur les relations entre la direction de l'EHPAD, la délégation territoriale de l'ARS et la caisse pivot de sécurité sociale qui verse les fonds à l'EHPAD.

#### **3.1.1. L'hypothèse d'une généralisation de la réintégration pour tous les EHPAD à une même date au cours du second semestre de 2011**

[201] En pratique, la satisfaction des critères présentés en 1.3.1 ci-dessus, nécessite, même avec l'apport du décret du 7 juin 2010 (déjà cité) que quatre types de prérequis soient remplis :

- une mobilisation des directions de tous les EHPAD concernés (soit, comme déjà indiqué, plus de 5 000 EHPAD) ;
- la mobilisation des délégations territoriales des ARS, étant donné leur rôle à l'égard des EHPAD qui leur permettra, d'une part, de « relancer » (ceci est hautement prévisible) des EHPAD qui ne procéderont pas avec diligence et, d'autre part, de procéder aux « ajustements » mentionnés en B et C ci-dessus ;
- la mobilisation des caisses des régimes obligatoires de Sécurité sociale (qui ne se limitent pas aux seules CPAM, CMSA et caisses du RSI) pour transmission des données relatives aux résidents en EHPAD de leur régime, à la CNAMTS (plutôt qu'à la caisse pivot de

l'EHPAD car le choix de cette solution serait plus compliqué étant donné le nombre d'EHPAD dont la caisse pivot est une caisse de la MSA) ;

- l'organisation par la CNAMTS du traitement des informations correspondantes et leur retransmission aux délégations territoriales des ARS, à charge pour elles de les utiliser.

### **3.1.2. L'hypothèse d'une réintégration organisée progressivement en vue d'une généralisation à tous les EHPAD en 2015**

[202] Pour parer un « effet de vague » lié à un changement simultané pour les 5 000 EHPAD, un processus de « basculement progressif » des EHPAD sans PUI du système actuel vers le système avec réintégration des médicaments dans les forfaits soins, pourrait être mis en place. Par exemple, un tel processus de « basculement progressif » pourrait être envisagé :

- en 2011 pour les seuls les EHPAD sans PUI au tarif global et disposant de coupes PATHOS validées depuis le 1er janvier 2010 ;
- en 2012 et les années suivantes jusqu'en 2015, pour les EHPAD sans PUI (qu'ils soient au tarif global ou au tarif partiel) dont les coupes PATHOS ont été réalisées au cours de l'année précédente.

[203] Certes un tel processus éviterait « l'effet de vague » et permettrait d'une part d'éviter une saturation soudaine des services administratifs, d'autre part que la réintégration des médicaments soit d'abord réalisée par les EHPAD les plus aptes aux évolutions requises. Mais ce processus :

- générerait des complications au niveau national ainsi que des ARS et des caisses de sécurité sociale : actuellement 5 modalités de prise en charge existent déjà, selon que l'EHPAD dispose ou non d'une PUI et a opté ou non pour le tarif global, plus le cas des EHPAD non conventionnés ; ce processus créerait, en 2011, une 6<sup>ème</sup> modalité de tarification et en 2012, une 7<sup>ème</sup> ;
- se mettrait en place alors que, par ailleurs, les EHPAD et les services des ARS sont engagés d'une part dans la convergence tarifaire, d'autre part, dans la création de places de PASA (Pôles d'Activités et de Soins Adaptés) et d'UHR (Unités d'Hébergement Renforcées) et, enfin, la « tarification à la ressource » devrait entrer en application en 2011<sup>32</sup>.

[204] Les deux hypothèses présentent, l'une et l'autre, des inconvénients qui ne doivent pas être sous-estimés. Or la complexité de l'exercice est telle qu'un élément clé peut facilement être négligé et mettre en péril la réintégration. Pour preuve, la réussite de l'expérimentation a nécessité que soit signé, en urgence à titre exceptionnel et dérogatoire, un arrêté interministériel pour que les caisses pivot puissent verser aux EHPAD, avec néanmoins un retard de plusieurs mois, la dotation complémentaire correspondant à « l'enveloppe médicaments ».

### **3.2. Les effets induits par la réintégration des médicaments sur la qualité du suivi des prescriptions pharmaceutiques aux résidents des EHPAD sans PUI**

[205] Par ailleurs, la réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD sans PUI présente des risques pour les systèmes d'informations utiles aux résidents et à l'assurance maladie. Or la fiabilité de ces systèmes d'information est aussi fragilisée par le remboursement des médicaments inscrits sur une « liste en sus » et la création d'une « clause de sauvegarde ». Ces deux effets négatifs sont prévisibles, ils seront décrits aux paragraphes 6 et 7 de la 3<sup>ème</sup> Partie, ci-après.

---

<sup>32</sup> A la date de remise de ce rapport, le projet de décret nécessaire pour mettre en application cette réforme est encore à l'étude par le Conseil d'Etat.



## **3<sup>ème</sup> partie : L'expérimentation a fait émerger plusieurs effets négatifs qui pourraient résulter de la généralisation**

[206] Comme développé dans les parties précédentes, l'expérimentation permet d'envisager, sous réserve de la prolonger pour qu'elle couvre une période plus significative et que les outils nécessaires à la généralisation soient opérationnels, d'atteindre les objectifs médico-économiques (lutte contre l'iatrogénie, bon usage des médicaments, maîtrise des dépenses) souhaités lors de l'adoption de l'article 64 de la LFSS pour 2009.

[207] Pour autant, tout en rappelant que le principe de la généralisation est d'ores et déjà inscrit dans la loi, la mission a identifié des problématiques qui doivent être décrites et évaluées en toute objectivité.

### **1. LA « PERTE » DE LA PART ACTUELLEMENT PAYEE PAR LES MUTUELLES ET AUTRES ORGANISMES DE PREVOYANCE COMPLEMENTAIRE**

[208] La généralisation de la réintégration des médicaments dans les forfaits soins, si elle est réalisée selon les principes adoptés durant l'expérimentation, créera une charge additionnelle pour les régimes obligatoires d'assurance maladie. Sa compensation ne peut pas être réalisée de façon simple. Par ailleurs, cette question se pose également pour les EHPAD disposant d'une PUI.

#### ***1.1. Le paiement du ticket modérateur sur les médicaments administrés aux résidents qui disposent d'une couverture maladie complémentaire dépend de l'EHPAD où ils résident***

[209] Jusqu'à l'expérimentation de réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD, les résidents étaient traités de façons différentes, s'agissant du ticket modérateur sur les médicaments remboursables et du forfait de 0,53€ par boîte (et pour autant qu'ils y soient soumis en application de l'article L.322-3 du code la sécurité sociale). Ainsi :

- pour un résident en EHPAD sans PUI (et non expérimentateur) : ses médicaments sont payés sur l'enveloppe « soins de ville » et le ticket modérateur ainsi que le forfait par boîte sont à sa charge ou celle de l'organisme complémentaire santé (à qui les informations nécessaires sont transmises automatiquement par son régime obligatoire) ;
- pour un résident en EHPAD avec PUI (ou expérimentateur) : ses médicaments sont payés par le « budget soins » de l'EHPAD, sans qu'il soit, ipso facto, tenu compte d'un éventuel ticket modérateur et du forfait par boîte.

- [210] Dans le cadre de l'expérimentation, les organismes de protection complémentaire santé (mutuelles, organismes à gestion paritaire ou de prévoyance, compagnies d'assurance<sup>33</sup>) ont bénéficié, de même que les résidents sans couverture complémentaire, d'un « effet d'aubaine ». En effet, comme cela avait d'ailleurs été le cas au moment de la réintégration des dispositifs médicaux, ces organismes ont pu économiser la part complémentaire sur les médicaments et, le cas échéant pour certains d'entre eux, la franchise. L'intégralité de ces dépenses a été payée par l'assurance maladie.
- [211] Or, d'une part, il serait légitime de s'interroger sur un report de charges des régimes complémentaires vers les régimes obligatoires dans la période actuelle de recherche d'économies pour l'assurance maladie, d'autre part, cela incite les résidents à abandonner leur adhésion à des régimes complémentaires. En effet ces résidents peuvent considérer que, n'ayant plus à payer de reste à charge pour les médicaments (sauf pour ceux qui ne sont pas remboursables), l'adhésion à une complémentaire n'est pas utile. Pourtant, un tel choix peut avoir des conséquences financières lourdes pour des soins non couverts par le forfait de l'EHPAD voire, dans certaines situations, conduire à un renoncement à des soins.
- [212] Cet effet s'accroîtra avec la généralisation, l'expérimentation ne concernant qu'environ 4%, soit 20 000 résidents dans les EHPAD expérimentateurs, pour environ 320 000 résidents dans les EHPAD sans PUI non expérimentateurs.

**1.2. La complexité du calcul des sommes prises en charge par les différents organismes de protection complémentaire santé pour les résidents dans des EHPAD sans PUI conduit à envisager des alternatives**

- [213] Le calcul de la part économisée par les complémentaires est toutefois complexe : multiplicité des organismes (plusieurs centaines), difficulté d'identifier l'organisme auquel adhère chaque résident, calcul des montants à réclamer, mais également perte de cotisations, etc.
- [214] Il importe donc d'évaluer la pertinence d'une action en ce sens, non seulement au regard de la charge de travail occasionnée, du nombre de personnes concernées et de la multiplicité des organismes dont des données devraient être traitées, mais aussi en tenant compte d'une part, de la proportion importante de patients en ALD dans les EHPAD, d'autre part de l'absence de récupération de la part complémentaire dans les EHPAD disposant d'une PUI, enfin d'une éventuelle perte d'adhérents<sup>34</sup>.
- [215] En résumé, deux possibilités semblent ouvertes :
- Une augmentation des charges de l'assurance maladie, « au bénéfice » des organismes de protection complémentaire santé ;
  - Une compensation de ces charges supportées par l'assurance maladie, à partir d'un mécanisme complexe et discutable.

---

<sup>33</sup> L'expression « compagnie d'assurance » regroupe les « sociétés » et les « mutuelles » d'assurance régies par le Code de l'assurance. Pour simplifier le propos, nous adopterons le terme générique d'organismes complémentaires pour désigner l'ensemble de ces organismes.

<sup>34</sup> Par ailleurs, cette compensation (demandée à chaque organisme) devrait être « pérenne » ; or les nombres de résidents en EHPAD sans PUI relevant des nombreux organismes de protection complémentaire santé ne peuvent que varier ; ce qui fonde la question d'une contribution calculée pour la situation « une année donnée », alors que des évolutions vont intervenir

[216] Si une compensation des charges devait être envisagée, une alternative peut être esquissée : une contribution supportée par l'ensemble des organismes de protection complémentaire santé, par exemple au travers d'une augmentation de la taxe sur les contrats d'assurance complémentaire santé comme, en 2007, pour le financement du Fonds CMU, en contrepartie du désengagement du budget de l'Etat dans le financement de la CMU-c. Si le choix d'une telle contribution était effectué, la fixation de son niveau pourrait aussi prendre en compte les dispositifs médicaux (pour lesquels aucune compensation n'est intervenue)<sup>35</sup>.

## 2. L'IMPOSSIBILITE ACTUELLE DE REPERER LES DOTATIONS SURDIMENSIONNEES

### 2.1. *Des dotations initiales dont l'éventuelle réévaluation était prévue par les circulaires*

[217] Un travail important a dû être réalisé tout au long de l'expérimentation par les DDASS/DRASS (puis les délégations territoriales des ARS) et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), qui est chargée du suivi de l'enveloppe nationale médicament allouée dans le cadre de la LFSS 2009 (47M€), pour gérer les ajustements de dotations sollicités par les EHPAD. En premier lieu, il s'agissait de corriger des sous-dotations initiales, puis de mettre en œuvre de la « clause de sauvegarde »<sup>36</sup>.

[218] Des compléments de dotations ont été versés en premier lieu pour corriger les sous-estimations initiales. Le calcul des montants à réintégrer a en effet été fondé sur des bases approximatives ; en effet le décret déjà cité., qui rend obligatoire, à compter au plus tard du 1<sup>er</sup> septembre 2010, pour les directeurs d'EHPAD la transmission mensuelle aux caisses d'assurance maladie de la liste des résidents, n'était pas opérationnel lors du lancement de l'expérimentation. Aussi les calculs des dotations initiales n'ont pu être effectués sur la base des consommations exhaustives de tous les résidents. Dès lors, des méthodes de calcul par extrapolation ont du être appliquées, générant des approximations, source de réclamations de la part de directeurs d'EHPAD.

[219] Des éléments nouveaux intervenant en cours d'expérimentation (nouveaux résidents recevant des traitements coûteux, évolution des traitements de résidents déjà dans l'EHPAD, augmentation de la capacité de l'EHPAD, etc.) ont conduit certains EHPAD à solliciter des dotations complémentaires. Les circulaires prévoyaient 4 dates pour ces demandes :

- le 1<sup>er</sup> avril pour la période du 1/12/2009 au 28/02/2010
- le 1<sup>er</sup> juillet 2010 pour la période du 01/03/2010 au 31/05/2010
- le 1<sup>er</sup> octobre 2010 pour la période du 01/06/2010 au 31/08/2010
- le 15 janvier 2011 pour la période du 1/09/2010 au 31/12/2010

<sup>35</sup> On rappellera que la réintégration des dispositifs médicaux est intervenue en 2008 sans « récupération » sur les mutuelles et autres organismes de prévoyance des sommes qu'elles payaient au préalable.

<sup>36</sup> Les circulaires d'août et novembre prévoyaient une clause de sauvegarde pour réactualiser les dotations supplémentaires des établissements dès lors que les charges réelles dépasseraient de 5% le montant de la dotation initialement fixée. 57% des demandes de réévaluation se situant en-dessous de ce seuil, il a finalement été retenu le principe du paiement à l'euro-euro des dépenses réelles constatées.

## **2.2. Des demandes de compléments de dotations prévisibles, comme l'était l'absence de réclamation pour dotation en excès...**

[220] Selon un bilan provisoire, entre le 1<sup>er</sup> avril et le 14 juin, la CNSA a reçu 109 demandes de réévaluation pour un montant global de 739 000 €. Ainsi, sur 276 EHPAD expérimentateurs, 167 ont été satisfaits de leur dotation<sup>37</sup>.

[221] Dès lors, il est légitime de s'interroger sur la proportion d'établissements dont la satisfaction serait liée à une éventuelle surdotation initiale. Or, il a été constaté, même si cela n'est pas une surprise, que si les corrections à la hausse sont nombreuses et fortement réclamées, seulement 3 demandes de correction à la baisse ont été présentées à la CNSA (et encore ces demandes provenaient des délégations territoriales des ARS) ...

[222] Si une telle absence de visibilité n'a pas dû avoir un impact trop important sur le montant des dépenses globales durant l'expérimentation (certaines fédérations ayant même suggéré une forme de « compensation » pour les EHPAD s'étant portés volontaires pour participer à l'expérimentation), il en sera tout autrement après la généralisation, en fonctionnement pérenne pour les 5000 EHPAD potentiellement concernés.

## **2.3. L'impossibilité d'identifier les surdotations pendant l'expérimentation ...et après la généralisation ?**

[223] Pendant la durée de l'expérimentation, les seuls outils d'évaluation des besoins des EHPAD en dotation médicaments dont disposaient les DDASS et la CNSA étaient les déclarations des directeurs d'établissements, s'appuyant sur des montants déclaratifs de factures pharmaceutiques. Aucun autre vecteur non déclaratif (quelle que soit la probité du pharmacien établissant la facture, il s'agit bien de données de type déclaratif) ne permet pour l'heure de connaître, a priori comme a posteriori, la consommation réelle en médicaments de chaque EHPAD.

[224] Deux éléments nouveaux devraient constituer des outils permettant de mieux cerner, sur une base non déclarative, les données réelles :

- La mise en œuvre de l'identification dans les bases de données de l'assurance maladie des assurés hébergés en EHPAD : ce vecteur ne permettra une telle connaissance des données que dans le cas d'un maintien d'une liquidation par les caisses de l'assurance maladie. Or la généralisation de la réintégration des médicaments dans les forfaits de soins annulera cet outil dès qu'elle sera opérée, puisque les caisses n'interviendront plus ;
- La nouvelle procédure de remontée automatisée des données, mise en place par les syndicats de pharmaciens : comme cela a été évoqué plus haut, sa mise en œuvre demande des adaptations, en particulier logicielles, qui pour certains éditeurs risquent de ne pas être possibles. La montée en charge est donc progressive (une quarantaine d'officines transmettaient à fin mai) et risque de ne pas être exhaustive. Néanmoins, il s'agit bel et bien d'une avancée permise par l'expérimentation : un nouvel outil permettant de constituer une base de données très riche et d'objectiver sans ambiguïté les consommations réelles.

[225] Il n'est toutefois pas possible d'utiliser cet outil pour identifier, a posteriori, les éventuelles surdotations, une marge d'incertitude plus ou moins importante étant nécessairement à attendre, compte tenu des délais de dispensation, des passages d'un mois à l'autre, etc. Surtout, cela créerait une inéquité de traitement entre EHPAD faisant appel à une officine appliquant la procédure automatisée et ceux dont l'officine dispensatrice ne le peut (voire ne le veut) pas.

---

<sup>37</sup> Pour la 2<sup>ème</sup> période, selon un bilan réalisé au 1<sup>er</sup> septembre, 93 demandes de régularisation avait été présentées pour un montant de 715 000€

#### 2.4. *Surdotations : quels surcoûts pour l'assurance maladie et/ou la CNSA ?*

[226] A ce stade, il paraît donc persister des incertitudes quant aux modalités d'identification des surdotations, ce qui pourrait représenter, une fois la réintégration généralisée, des sommes tout à fait significatives. Ces dépenses qu'il paraît légitime de considérer comme étant injustifiées, resteront supportées par l'assurance maladie, dans le cadre de l'ONDAM médico-social, et figureront aussi dans les dotations versées à ces EHPAD « surdotés » par la CNSA.

[227] Ainsi, si cette absence de visibilité n'est pas levée au moment de la généralisation, **la réintégration des médicaments dans les forfaits soins pourrait s'avérer plus coûteuse pour les finances publiques que le système auquel elle a vocation à se substituer.**

### 3. **LES PROBABLES EFFETS D'UN RECOURS ACCRU DE RESPONSABLES D'EHPAD A UNE PUI SUR LE MAILLAGE OFFICINAL**

#### 3.1. *La possibilité de constitution d'une PUI de GCS-MS ouverte par la LFSS pour 2010*

[228] La première condition de réussite mise en avant par les différents interlocuteurs de la mission est la proximité et la confiance mutuelle entre direction de l'EHPAD, médecin coordonnateur et pharmacien référent. Cette condition était bien présente dans la plupart des EHPAD dans lesquels la mission s'est déplacée.

[229] Toutefois, la possibilité ouverte par la LFSS pour 2010 de constituer, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011, des groupements de coopération sanitaires et médico-sociaux (GCS-MS) gérant une PUI est vécue comme une véritable épée de Damoclès par les pharmaciens. En effet, le rôle du pharmacien référent dans l'établissement nécessite un investissement intellectuel, humain et financier, qui n'est justifié que si la collaboration est sécurisée pour un temps suffisamment long pour en tirer les bénéfices. La constitution de tels GCS-MS réduirait à néant ces investissements et pourrait menacer, compte tenu de la part des consommations de l'EHPAD dans le chiffre d'affaires de certaines officines, la pérennité même de ces officines. Leur éventuel dépôt de bilan pourrait, en particulier dans certaines zones de désertification sanitaire, constituer un réel problème de santé publique.

[230] Il peut en résulter des réticences à s'impliquer de la part du pharmacien référent, voire également du directeur et du médecin coordonnateur. La mission a, de fait, pu constater que la réflexion sur la constitution éventuelle d'un GCS-MS gérant une PUI n'appartenait pas forcément aux acteurs s'impliquant dans une collaboration EHPAD-officine efficace et au service des résidents. L'appartenance, de plus en plus répandue, de l'EHPAD à un groupe ou à une société possédant de nombreux établissements sanitaires et médico-sociaux peut conditionner son évolution à la stratégie adoptée pour l'ensemble des établissements, dans une logique de groupe.

### 3.2. ***La réintégration des médicaments dans les forfaits soins incite aussi à la constitution de PUI : « double peine » pour les officines approvisionnant des EHPAD ?***

[231] La réintégration des médicaments dans les forfaits soins est en elle-même incitatrice à la constitution de PUI par les EHPAD, sous forme de GCS-MS ou en propre. En effet, le passage d'un système « ouvert », n'impliquant pas d'effort particulier de gestion de la part de l'EHPAD, à un mode de type forfaitaire, responsabilisant son directeur sur la gestion de l'enveloppe allouée, est de nature à inciter celui-ci à s'interroger, alors même qu'ils peut être tout à fait et légitimement satisfait du service rendu par la(les) pharmacie(s) d'officine qui dispense les médicaments aux résidents de son établissement et par le pharmacien référent.

[232] La constitution d'une PUI permet l'acquisition des médicaments à des tarifs hospitaliers, inférieurs à ceux que paient les officines. « Facialement », un directeur d'EHPAD, ou a fortiori un responsable financier de groupe, plus ou moins éloigné du quotidien de chaque EHPAD et de l'impact du travail réalisé par l'équipe sanitaire (médecin coordonnateur, pharmacien référent, infirmiers et équipe soignante) sur la santé des résidents, peut escompter des économies (qu'il ne pouvait pas faire lorsque les médicaments étaient remboursés à l'euro l'euro), faisant miroiter des gains sur l'enveloppe médicaments, à utiliser « comme bon leur semblera ».

### 3.3. ***PUI ou officine : un choix du directeur d'EHPAD ou du gestionnaire de groupe d'établissements sanitaires et médico-sociaux, sur des critères pouvant être trompeurs, au préjudice de pharmacies d'officine indispensables pour des personnes âgées ne résidant pas en EHPAD***

[233] Ce calcul rapide ne permet pas forcément de percevoir la réalité des coûts additifs, amenuisant les économies potentielles, voire conduisant à des surcoûts (voir annexe 2) :

- Les coûts de constitution et de gestion de la PUI peuvent être importants : locaux, matériels, informatique, maintenance, sécurisation, stocks, périmés et détériorés, etc.
- Les coûts en personnels (pharmaciens, préparateurs, cadres, manutentionnaires, etc.) peuvent être très conséquents.

[234] Tout en étant soumis aux obligations générales des pharmaciens en matière d'exercice effectif et de responsabilités, il n'y a pas d'obligation réelle de temps de présence pour les pharmaciens de PUI en EHPAD : en effet, l'article R.5126-42 du code de la santé publique prévoit que « *Le temps de présence du pharmacien chargé de la gérance d'une pharmacie à usage intérieur d'un établissement régi par les dispositions de la présente sous-section ne peut être inférieur à l'équivalent de cinq demi-journées par semaine. Toutefois, dans les établissements médico-sociaux, ce temps de présence peut être réduit compte tenu des besoins des personnes accueillies, sans qu'il puisse être inférieur à l'équivalent de deux demi-journées par semaine.* »

[235] Les pharmaciens de PUI n'ayant pas, pour l'heure, d'obligation à exercer les missions de pharmacien référent, un directeur d'EHPAD voulant faire, sur cette base, des économies de personnels pourrait ne prévoir que le temps de présence strictement minimal pour effectuer les commandes de médicaments et effectuer les dispensations. Il prendrait alors le risque, d'une part, de diminuer la qualité de la prise en charge thérapeutique de ses résidents, d'autre part, de s'exposer à des sanctions de la part de l'inspection de la pharmacie et/ou de l'ordre des pharmaciens si les uns ou les autres estiment que les conditions d'un service pharmaceutique de qualité ne sont pas réunies, notamment si la PUI reste ouverte en l'absence d'un pharmacien.

**Recommandation n°5 : Réexaminer le deuxième alinéa de l'article R.5126-42 du code de la santé publique pour préciser le temps de présence minimal de pharmacien dans une PUI**

**d'EHPAD afin de garantir la qualité du service pharmaceutique aux résidents de ces établissements, et notamment lutter contre l'iatrogénie, priorité de santé publique.**

- Enfin, dans le cas des PUI de GCS-MS, outre des coûts relatifs aux transports (qui doivent être prévus dans les calculs), ainsi que les procédures, qui peuvent être coûteuses (camions réfrigérés, sécurisés, personnel formé, etc.) nécessaires pour garantir la qualité et la sécurité de ces transports, la distance entre PUI et EHPAD constituant le GCS-MS peut s'avérer un facteur de surcoûts et surtout de non-qualité. En effet, cette distance peut être source de risques, notamment en cas de besoins urgents. Les représentants des pharmaciens d'officine au CNS ont exprimé leur refus, sans doute légitime, de jouer les « dépanneurs » des PUI pour des EHPAD s'étant détournés de leurs services. Des difficultés d'accès à des médicaments urgents peuvent alors conduire à des recours aux urgences voire à des hospitalisations injustifiées.

[236] Il semble en tout état de cause que la définition d'un critère de proximité soit impératif pour éviter les risques liés à l'approvisionnement par des PUI (ou des officines) trop éloignées des EHPAD, générant des délais de livraison ne permettant pas de couvrir les besoins urgents. Un tel critère est déjà prévu par le projet de convention-type annexée au projet d'arrêté sus-cité, toutefois, cette convention ne s'applique pas aux PUI gérées pas un GCS-MS.

**Recommandation n°6 : Définir réglementairement un critère de distance ou de délais de livraisons minimaux entre PUI ou officine dispensatrice approvisionnant un EHPAD.**

[237] Par ailleurs, il importe de rappeler que, contrairement aux autres postes sanitaires de dépenses des EHPAD intégrés dans le forfait soins et au modèle PUI, le recours à une officine de ville pour la fourniture de médicaments ne laisse au directeur d'EHPAD quasiment aucune marge de régulation, n'ayant pas la maîtrise des achats (qui relèvent de l'officine) ni des commandes (prescriptions). De plus, la marge officinale étant fixée réglementairement (marge dite « dégressive lissée ») et les remises plafonnées (2,5% pour les princeps et 17% pour les génériques), les possibilités de mise en concurrence des officines sur des critères de prix sont réduites.

[238] Ainsi, le principe même d'un objectif de « régulation par la responsabilisation » du directeur d'EHPAD dans un domaine sur lequel il n'a aucun levier de maîtrise se trouve ici bien compromis, la réintégration des médicaments achetés en officine dans les forfaits soins s'avérant un modèle pour lequel ce principe est, de fait, inapplicable.

[239] La mission IGAS-CGES, rappelant que ce sujet ne relève pas de son champ d'étude, appelle toutefois l'attention sur la légitimité des inquiétudes des pharmaciens titulaires d'officine. En effet, la mise en place d'une PUI alors que les pharmaciens d'officine se seront organisés pour répondre aux demandes de l'EHPAD qu'ils approvisionnent, par exemple pour réaliser la PDA ou en termes de mise à disposition de ressources humaines spécialisées, est de nature à mettre en péril la pérennité de ces officines (dont la part du chiffre d'affaires issu de l'approvisionnement d'EHPAD peut atteindre 19%, selon la FSPF). Ceci constitue une incohérence d'objectifs (vis-à-vis notamment de la loi HPST) en termes tant économiques que sanitaires. Au total, les deux perspectives « réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD » et « constitution de GCS-MS gérant une PUI » apparaissent non pas complémentaires mais contradictoires. La constitution de PUI représente, en outre, un risque, quelle que soit la qualité des prestations qu'elles offrent aux EHPAD qu'elles desservent, pour la pérennité d'officines, en particulier rurales, pouvant mettre en péril le service pharmaceutique de proximité qu'autorise le maillage officinal actuel du territoire.

#### 4. LES DIFFICULTES DE TRESORERIE DES OFFICINES DE PHARMACIE

- [240] Actuellement, hors expérimentation, les officines reçoivent le paiement, par les caisses d'assurance maladie, des prestations dispensées en « tiers-payant » à leurs clients, résidant en EHPAD ou non, et télétransmises par feuilles de soins électroniques, en moins d'une semaine.
- [241] Les pharmacies dispensant des médicaments aux EHPAD expérimentateurs ont, quant à elles, dû supporter des délais de paiement supérieurs à un mois, voire de plusieurs mois. En effet, d'une part, comme expliqué supra, un retard de paiement des « douzièmes » pour la partie médicaments a été occasionné par l'absence de support réglementaire jusqu'à la mise en œuvre d'une procédure dérogatoire exceptionnelle pour fonder ces versements. D'autre part, le règlement des factures de médicaments aux officines perd son automaticité d'avant la réintégration et est, à présent, pour ces officines, soumis à la seule décision du directeur d'EHPAD. Celui-ci, selon l'état de sa propre trésorerie, peut retarder, avec ou sans justification valable, le paiement de l'officine.
- [242] Les officines connaissent actuellement une période de difficulté économique. Une étude réalisée en 2009 par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), ainsi que des travaux conjoints entre le ministère de la santé et des représentants des pharmaciens d'officine ont montré une érosion, certes hétérogène entre officines, mais notable de l'économie des officines, confrontées le plus souvent à des difficultés de trésorerie.
- [243] Après la généralisation de la réintégration des médicaments dans les forfaits soins, les difficultés de trésorerie de ces officines seront encore accrues par les délais de paiement, dépendant d'abord du délai de versement de la dotation à l'EHPAD, puis de celui décidé par le directeur d'EHPAD (et dans le cas d'EHPAD public, le délai de paiement du comptable du Trésor) pour régler la facture pharmaceutique.
- [244] Là encore, le risque de voir disparaître des officines de proximité<sup>38</sup> n'est pas négligeable, ce qui pourrait avoir des conséquences en termes d'accès aux soins et de santé publique.

**Recommandation n°7 : Prévoir réglementairement un délai maximal de paiement des factures pharmaceutiques par les EHPAD, avec génération automatique de pénalités en cas de dépassement de ce délai.**

#### 5. LES POSSIBLES DERAPAGES LIES AUX NEGOCIATIONS EN VUE DU CHOIX DE LA OU DES OFFICINE(S) DISPENSATRICE(S)

- [245] Quelques difficultés d'ordre relationnel entre EHPAD et officines ont été signalées au comité national de suivi :
- « Négociations » à l'initiative de la direction de l'EHPAD visant à ne pas verser tout ou partie du « forfait pharmacien référent » ou à exiger, par exemple, un reversement à des « œuvres » de l'organisme gestionnaire de l'EHPAD.
  - Pressions pour contraindre à la réalisation de PDA (préparation des doses à administrer).
  - Exigence par l'EHPAD d'un engagement de l'officine à reprendre (avec des « avoirs » correspondants) des médicaments non utilisés or la législation interdit aux pharmaciens de récupérer en vue d'une réutilisation ou d'une remise en vente des médicaments non utilisés (MNU ; articles L4211-2 et L4212-7 (sanctions pénales) du Code de la santé publique).

<sup>38</sup> Il importe de rappeler qu'en France, les officines sont soumises à un « numéris clausus » (article L.5125-3 du code de la santé publique) permettant, certes, un maillage optimal du territoire, mais ne permettant pas forcément la réinstallation d'une officine de proximité lorsqu'une pharmacie préexistante a été contrainte à une cessation d'activité.



## 6. DES DIFFICULTES DANS LE SUIVI DES TRAITEMENTS DES RESIDENTS

- [246] La Carte VITALE est aujourd'hui un outil dont bénéficient tous les assurés sociaux, qui est nécessaire au remboursement et sur lequel se fondent la plupart des développements de process informatiques permettant un meilleur suivi thérapeutique, à commencer par le dossier pharmaceutique, qui se déploie actuellement dans toutes les officines de ville.
- [247] La modification des modalités de prise en charge des dépenses de médicaments prescrits aux résidents en EHPAD participant à l'expérimentation a conduit certains responsables à penser que, dès lors qu'il n'y avait plus remboursement par les caisses d'assurance maladie aux pharmacies dispensatrices, la transmission de la carte VITALE des intéressés à ces pharmacies n'était plus nécessaire<sup>39</sup>. Une simplification dans la gestion administrative des EHPAD (et des pharmacies dispensatrices) pouvait ainsi être envisagée.
- [248] Or, outre les questions relatives à la détention personnelle de la carte VITALE par son bénéficiaire ou par une (des) personne(s) spécialement désignée(s) dans ce but, la transmission de la carte VITALE à l'officine dispensatrice doit rester la règle. En effet, la carte VITALE sert de porte d'entrée pour l'identification des patients et la tenue à jour de leur dossier pharmaceutique. La traçabilité des prescriptions, élément indispensable à l'amélioration du bon usage des médicaments, nécessite que chaque personne, dès lors qu'elle l'accepte, puisse ainsi être identifiée par sa carte VITALE. Or le pourcentage de la population française disposant d'un « dossier pharmaceutique » s'accroît (actuellement 5 millions de personnes) et l'accès au dossier pharmaceutique est une voie efficace pour que le pharmacien référent remplisse son rôle, en relation avec le médecin coordonateur. Se priver de la constitution ou de l'actualisation du « dossier pharmaceutique » pour les personnes âgées résidant dans les EHPAD expérimentateurs serait paradoxal, voire contradictoire avec la logique médicale voulue par l'expérimentation de réintégration des médicaments dans les dotations soins.
- [249] Les questions posées et les difficultés rencontrées au cours de l'expérimentation laissent présager, une fois la généralisation effectuée, une perte d'informations pouvant être importante pour le suivi des résidents et donc un recul en termes de qualité de ce suivi pour ces personnes âgées hébergées en EHPAD par rapport à celles qui ne le sont pas.

## 7. LA DISPARITION POSSIBLE DES PRESCRIPTIONS EN EHPAD DANS LES SNIR APRES GENERALISATION : QUELLES CONSEQUENCES POTENTIELLES ?

- [250] L'expérimentation de réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD a pour principale conséquence (très positive), confirmée tout au long de l'expérimentation, d'apporter une visibilité nouvelle quant aux consommations médicamenteuses réelles dans ces établissements, alors qu'avant cette expérimentation, très peu de données fiables étaient disponibles (cf. supra).
- [251] La généralisation pourrait toutefois produire un effet inverse, à prendre en considération, s'agissant de la prise en compte des prescriptions effectuées pour les résidents d'EHPAD dans les relevés SNIR (système national inter-régimes)<sup>40</sup> des médecins libéraux intervenant dans l'établissement.

---

<sup>39</sup> D'ailleurs, certains membres du Comité national de suivi de l'expérimentation, pourtant attentifs aux règles, ont demandé qu'il soit bien précisé que la réintégration des médicaments dans les dotations soins ne permettait pas de mettre fin à la transmission de la carte VITALE du résident au pharmacien dispensateur.

<sup>40</sup> Système d'information mis en place par la CNAMTS depuis 1977, qui permet de recueillir et d'agrèger au plan national l'activité libérale des professions de santé ayant donné lieu à remboursement par les organismes de base gérant l'assurance maladie, maternité et accident du travail

[252] Or, les relevés SNIR font partie des outils de « benchmarking » (parangonnage) visant à appeler l'attention des prescripteurs sur la réalité de leurs prescriptions (médicamenteuses ou autres) dans un but d'incitation à l'autorégulation.

[253] Il serait regrettable que cet outil soit faussé après la généralisation de la réintégration des médicaments dans les forfaits soins, pour une partie de la patientèle des médecins pour laquelle la nécessité de vigilance sur le bon usage des médicaments est essentielle.

\*

[254] Ainsi, la réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD sans PUI génère :

- des risques d'incompréhension, de la part d'acteurs de terrain, auxquels les responsables des services publics devront tenter de remédier au travers d'actions d'information, de motivation et de contrôle, s'ajoutant à celles qu'ils doivent réaliser par ailleurs ;
- la nécessité pour la CNAMTS d'adapter son système d'information pour tenir compte de dispensations de médicaments ne se traduisant pas par un remboursement.

[255] L'attention portée sur cette question par l'expérimentation de réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD sans PUI, conduit à ce que soient étudiés, pour les EHPAD avec PUI, d'une part le renseignement du dossier pharmaceutique de leurs résidents et, d'autre part, la transmission à l'assurance maladie des informations sur les prescriptions effectuées.

**Recommandation n°8 :** Etudier, dans les EHPAD avec PUI, d'une part, le renseignement du dossier pharmaceutique de leurs résidents, d'autre part la transmission à l'assurance maladie des informations sur les prescriptions effectuées

## 8. LES REFUS D'ADMISSION

[256] Parmi les effets négatifs de la réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD, le risque de générer des refus d'admission ou de soins est sans doute le plus redoutable.

[257] Il s'agit déjà d'une réalité dans les EHPAD avec PUI : les refus d'admission de nouveaux résidents recevant des traitements plus ou moins coûteux (selon la politique de l'établissement et la typologie des résidents déjà admis) sont régulièrement dénoncés par les associations de patients, qui ont sollicité les parlementaires lors de la discussion du PLFSS pour 2009 afin que la future « liste en sus » prévue pour les EHPAD sans PUI après généralisation soit également applicable aux EHPAD avec PUI (ce qui, comme expliqué supra, ne suffira pas à résoudre ce problème).

[258] Le risque que les responsables d'un EHPAD refusent d'accueillir une personne âgée demandant une prise en charge importante, tant en termes de dépendance que de soins, n'est pas une « nouveauté » qui ne se poserait qu'avec la réintégration des médicaments dans le forfait soins.

[259] Ce risque apparaît dès lors que la fixation d'un tarif de prise en charge est établie à un moment donné sur la base d'une objectivation des interventions nécessaires. Ce risque peut déjà être décrit :

- vis-à-vis d'une personne âgée fortement dépendante, quand son admission n'entraîne pas immédiatement une révision de la dotation dépendance, fondée sur la grille AGGIR ;
- vis-à-vis d'une personne âgée dont l'état de santé nécessite des soins importants, quand son admission n'entraîne pas immédiatement une révision de la dotation soins, fondée sur le modèle PATHOS.

- [260] Actuellement pour une personne âgée à laquelle est prescrit un traitement médicamenteux coûteux, remboursé sur l'enveloppe « soins de ville », le risque de refus d'admission ne se pose pas réellement. Mais lorsque les médicaments prescrits aux résidents dans les EHPAD sans PUI seront pris en charge dans la dotation soins de l'EHPAD, le risque de refus d'admission ne peut être négligé. Même, plus précisément, certains EHPAD sans PUI refusent déjà ouvertement (ou de facto en affirmant qu'existe une longue liste d'attente) d'accueillir des personnes âgées dont la « charge en soins » est élevée.
- [261] Quand les médicaments seront inclus dans le forfait soins, il est hautement prévisible que les mêmes gestionnaires appliqueront les mêmes consignes en intégrant dans leur appréciation de la situation de la personne âgée ses besoins de médicaments, au jour de son admission et de façon prévisionnelle pour les mois à venir. Plusieurs responsables rencontrés par la mission IGAS – CGES ont affirmé que cette pratique était déjà courante dans des EHPAD avec PUI.
- [262] L'apport des médecins coordonnateurs a été ici crucial : si les refus d'admission existent bel et bien dans les EHPAD avec PUI, il sont aujourd'hui « médicalisés ». En effet, ces refus d'admission sont souvent médicalement justifiés sur un plan « populationnel », une éventuelle restriction de l'accès aux médicaments pour les résidents déjà admis dans l'EHPAD étant souvent une crainte pour ces médecins. Ceux-ci peuvent toutefois, dans des situations limitées et sur justification, solliciter un financement complémentaire pour certains résidents déjà en place ou sollicitant une admission dans l'EHPAD.
- [263] Actuellement, ces refus d'admission ne conduisent pas les personnes âgées et leurs familles dans l'impasse, car existe l'alternative d'EHPAD (sans PUI) n'ayant pas à gérer une enveloppe fermée pour les médicaments, et donc pour lesquels la consommation médicamenteuse n'est pas un critère d'admission. Ce ne sera plus le cas après généralisation. La seule alternative restera alors l'hospitalisation.

## 9. LES HOSPITALISATIONS INJUSTIFIEES, LES REFUS DE SOINS OU LES TRAITEMENTS DEGRADEES : DES RISQUES PEU VISIBLES MAIS REELS ET PARTICULIEREMENT DELETERES

- [264] Le renvoi vers l'hôpital des personnes âgées dont les traitements seront trop coûteux par rapport au budget médicaments de l'EHPAD est en effet un risque supplémentaire, sans doute encore plus préjudiciable, **tant pour les finances publiques que pour la qualité de vie des patients**. Il concerne des résidents déjà admis ayant besoin d'un nouveau traitement onéreux et qui pourraient être adressés à des structures hospitalières beaucoup plus coûteuses, alors qu'ils pourraient sans problème être traités à l'EHPAD dès lors que l'accès (financier) à ce traitement leur serait assuré.
- [265] Comme indiqué ci-dessus, ce risque pourra concerner après généralisation des personnes dont les thérapeutiques seraient coûteuses et qui ne trouveraient aucun EHPAD pouvant en assumer la charge dans le périmètre de son forfait (et voir ci-dessus 2<sup>ème</sup> P. § 2.2).
- [266] On ne peut bien sûr ignorer également un éventuel risque de refus de soins ou de dégradation de la qualité des soins, qui pourrait, selon certains interlocuteurs de la mission, être déjà constatés avec les dispositifs médicaux depuis leur intégration, si le gestionnaire de l'EHPAD ne peut assumer la dépense supplémentaire liée à ce nouveau traitement.
- [267] Le législateur a souhaité prendre en compte de tels risques en prévoyant la constitution d'une « liste en sus ». Comme nous l'avons explicité, la constitution de cette liste s'avère, avec l'expérimentation, bien plus complexe que prévu, et elle ne permettra pas d'éviter totalement ces risques.

[268] Aucune étude n'a jusqu'à présent, selon les informations recueillies par la mission, permis d'objectiver de tels risques. Or, établir une relation de cause à effet entre une hospitalisation ou une dégradation de l'état de santé et une prescription inadaptée est très difficile. Cependant, « à dire d'expert » il semble que, pour des raisons financières, des médicaments non adaptés soient prescrits parce que moins coûteux et que des résidents sont adressés à l'hôpital alors que ceux-ci pourraient parfaitement être traités en EHPAD.

**Recommandation n°9 :** Identifier des indicateurs indirects permettant de mesurer les taux d'hospitalisation de résidents en EHPAD en fonction de leur état de santé, afin d'objectiver une proportion d'éventuelles hospitalisations injustifiées. Ces indicateurs pourraient être définis dans le cadre des programmes de gestion du risque.

## 10. LA GESTION ADMINISTRATIVE DE LA GENERALISATION PENDANT UNE PERIODE DE GRANDES MUTATIONS

[269] La réalisation de l'expérimentation de réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD a demandé, depuis l'adoption de la loi, une mobilisation de moyens très importante. La mission de préfiguration effectuée par Pierre-Jean Lancry, puis la présente mission CGES-IGAS ainsi que la mobilisation des administrations centrales (DGCS, DGS, DSS), des organismes de sécurité sociale (CNSA, CNAMTS, CMSA), des administrations territoriales (DDASS, puis délégations territoriales des ARS), des représentants nationaux de gestionnaires d'EHPAD, des pharmaciens d'officine et des médecins coordonnateurs, équipes de soins ont permis la réalisation de la réintégration pour environ 280 établissements expérimentateurs.

[270] La mise en place des ARS, pendant le déroulement de l'expérimentation, a ajouté à la charge de travail de leurs agents, qui l'ont assumée consciencieusement, les limites du possible n'étant parfois plus très loin.

[271] La gestion des demandes nombreuses de réajustement ou de compléments de dotations, la sollicitation de la clause de sauvegarde, la réponse aux questions multiples qui, même après mise en place de la « Foire aux questions », ont continué d'affluer auprès des différents services ou de la mission, le règlement de situations individuelles pour lesquelles des solutions « sur mesure » donc difficilement généralisables ont pu être adoptées, ont généré une charge de travail très importante.

[272] La généralisation à environ 5 000 établissements (même échelonnée sur plusieurs années) laisse entrevoir des difficultés d'une ampleur telle que les mutations administratives actuelles ne permettront peut-être pas d'y faire face de façon satisfaisante.

## **4<sup>ème</sup> partie : La solution alternative de « contrats EHPAD – ARS – caisses de Sécurité sociale » présente un meilleur rapport « avantages / risques » que la réintroduction des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD**

[273] L'expérimentation de réintroduction des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD sans PUI a donc permis de mettre en évidence des améliorations dans la prise en charge des personnes âgées, mais aussi des difficultés pratiques que rencontrerait une généralisation et surtout des effets négatifs qui en résulteraient.

[274] Par ailleurs des évolutions importantes ont marqué dans la période récente l'environnement des EHPAD, que ce soit dans l'exercice professionnel des médecins de ville avec les CAPI et la définition dans la loi<sup>41</sup> d'une mission de médecine générale, que dans celui des pharmaciens d'officine avec le souci d'élargir la place des pharmaciens dans la coordination des soins. Plus encore des modifications réglementaires en cours de finalisation vont venir renforcer le rôle des médecins coordonnateurs.

[275] Et donc, se pose la question d'une alternative à la généralisation qui viserait les mêmes objectifs et présenterait des inconvénients moindres. Dans ce but, la mission IGAS-CGES a étudié un dispositif fondé sur l'identification des remboursements des médicaments aux résidents en EHPAD.

[276] Certes cette proposition n'est pas mentionnée dans la lettre de mission ministérielle mais celle-ci confiait à la mission le rôle d'animer un « Comité National de Suivi de l'expérimentation ». Celui-ci a demandé à plusieurs reprises que les dépenses de médicaments dans la dotation soins soient « fléchées », (certains de ses membres allant même jusqu'à utiliser le terme de « sanctuarisation ») et cette demande est cohérente avec le choix de la base de calcul de la dotation médicaments préconisée dans la 2<sup>ème</sup> partie.

[277] Or la connaissance par les caisses d'assurance maladie des résidents en EHPAD, qui sera effective à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2010, permet d'envisager une telle solution alternative à la généralisation de la réintégration des médicaments dans la dotation soins des EHPAD fondée sur l'identification des dépenses de médicaments des résidents en EHPAD.

### **1. L'IDENTIFICATION DES MEDICAMENTS REMBOURSES AUX RESIDENTS EN EHPAD PERMET LE CALCUL, EHPAD PAR EHPAD, DES DEPENSES DE MEDICAMENTS REMBOURSES ET LA MISE EN PLACE D'UN MECANISME INCITATIF**

[278] La solution proposée est fondée sur :

- le maintien du remboursement des médicaments dispensés aux personnes âgées résidant dans un EHPAD sans PUI sur l'enveloppe « soins de ville » ;

---

<sup>41</sup> La loi HPST, avec la rédaction d'un nouvel article L. 4130-1 du code de la santé publique, fixe désormais une série de missions qui recentrent la médecine générale sur le soin au patient et la coordination des soins,

- la contractualisation, entre l'EHPAD, l'ARS et la caisse pivot assurant le versement de la dotation soins à l'EHPAD, afin de définir les composantes d'un mécanisme contractuel incitatif.

**1.1. *Le préalable indispensable à la mise en œuvre d'une solution alternative : la connaissance des dépenses des médicaments remboursés par les caisses d'assurance maladie aux résidents en EHPAD***

[279] Comme déjà indiqué, au moment du lancement de l'expérimentation, les médicaments consommés par les résidents en EHPAD sans PUI étaient remboursés sans qu'un recueil de données de consommation ne puisse être spécifiquement effectué pour cette population. Or, à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2010, cet élément de contexte qui préexistait à l'expérimentation va être profondément modifié : les EHPAD devront transmettre tous les mois à l'assurance maladie la liste de leurs résidents. La CNAMTS pourra dès lors, pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie, connaître pour chaque EHPAD sans PUI la consommation globale des médicaments, d'une part, et de dispositifs médicaux, d'autre part, intégrés dans le tarif journalier afférent aux soins.

[280] Il importe de remarquer que les régimes d'assurance maladie pourront aussi, si les médicaments restent facturés sur l'enveloppe « soins de ville » continuer à suivre ces mêmes dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux, de façon individualisée pour chaque résident. Ils auront de plus la possibilité d'en effectuer une globalisation pour chaque EHPAD, voire de suivre plus spécifiquement certains types de prescriptions.

[281] Ce suivi sera également possible au travers du dispositif mis en œuvre, dans le cadre de l'expérimentation, par les pharmaciens expérimentateurs, pour le suivi quantitatif des prescriptions (voir 1<sup>ère</sup> Partie ; 3).

[282] Ainsi, jusqu'en septembre 2010, les dépenses correspondant à la consommation de médicaments par leurs résidents ne pouvaient pas être prises en considération par les directeurs des EHPAD sans PUI. Au contraire, à partir de septembre 2010, ces directeurs vont pouvoir y avoir accès, même si les médicaments ne sont pas réintégrés dans le forfait soins.

[283] En résumé, le décret du 7 juin 2010, permet surtout un progrès dans l'accès aux informations sur la consommation des médicaments par les résidents en EHPAD pour l'assurance maladie. Mais il va aussi permettre aux directeurs d'EHPAD, ainsi qu'aux médecins coordonnateurs et aux médecins intervenant dans l'EHPAD, de suivre les consommations, en parallèle au dispositif informatisé mis en place, dans le cadre de l'expérimentation (voir 1<sup>ère</sup> Partie, 3), pour permettre aux pharmaciens dispensateurs de produire des données consolidées.

**1.2. *La prise en considération de la consommation des médicaments dans la fixation de la dotation soins allouée annuellement à chaque EHPAD***

[284] La réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD pose des problèmes de détermination de la « bonne enveloppe » puis d'un mécanisme permettant de remédier aux « inéquités ».

[285] Dans l'hypothèse où les médicaments consommés par les résidents continueraient d'être payés par l'enveloppe « soins de ville », le mécanisme actuel de calcul de la dotation soins attribuée aux EHPAD étant maintenu, on pourrait craindre que les responsables des EHPAD soient moins incités à l'amélioration de la consommation de médicaments, puisque l'outil financier d'incitation voulu par l'expérimentation (dont on a vu supra qu'il s'avérait inopérant dans les EHPAD sans PUI) disparaîtrait. La mission CGES-IGAS propose qu'un dispositif alternatif « d'intéressement aux résultats » de l'amélioration de la consommation de médicaments soit envisagé.

[286] Ce mécanisme d'intéressement à l'amélioration de la consommation des médicaments consisterait à augmenter la dotation soins de l'EHPAD, d'une partie plus ou moins grande de la baisse des dépenses de consommation des médicaments des résidents. Le calcul de la taille de cette partie pourrait prendre en considération :

- le montant des dépenses de médicaments au cours de l'année précédente et des années antérieures ;
- les types de médicaments prescrits, pour tenir compte du suivi des recommandations de la HAS, de la CNAMTS (par exemple certains des objectifs des CAPI) ;
- les médicaments qui figureraient sur une « liste en sus » (même si celle-ci n'aurait pas d'utilité pratique pour les EHPAD sans PUI) ainsi que ceux qui relèveraient de « situations particulières ».

[287] Un tel mécanisme pourrait ne pas être « strictement normé », ce qui pourrait susciter la crainte de l'arbitraire et d'inégalités de traitement. Mais, dans le cas présent, ce risque ne devrait jouer que dans le sens d'une amélioration plus ou moins grande de la dotation soins de l'EHPAD.

### ***1.3. L'intérêt d'une contractualisation triennale entre EHPAD – ARS et caisse d'assurance maladie portant, entre autres, sur les médicaments administrés aux résidents.***

[288] Le mécanisme décrit ci-dessus s'inscrirait dans un dispositif plus général de contractualisation triennale entre EHPAD – ARS et caisse d'assurance maladie. Cette perspective de contractualisation triennale est fondée sur plusieurs constats et observations :

- le principe fondateur de la réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD sans PUI est l'amélioration de la prise en charge des résidents dont la qualité de la prescription de médicaments est une composante. Autrement dit, la baisse de l'iatrogénie médicamenteuse et, plus généralement, des prescriptions mal adaptées aux personnes âgées en EHPAD n'est qu'une des voies visant l'amélioration des soins et, au-delà des soins, de la qualité de la vie des personnes âgées résidant en EHPAD ;
- l'amélioration de la qualité de la prescription ainsi que de la qualité des étapes entre prescription et administration des médicaments ne dépend pas seulement des qualités des interventions individuelles de plusieurs professionnels mais aussi de processus de collaboration. Or ces processus de collaboration émanent de dynamiques collectives qui prennent du temps à se mettre en place ;
- l'objectivation des progrès de prise en charge nécessite des indicateurs pertinents et dont la légitimité est reconnue par tous les acteurs ;
- à l'heure actuelle, l'évaluation du PATHOS et du GIR des résidents fonde largement la capacité d'un EHPAD à répondre aux besoins de ses résidents, or les coupes PATHOS souffrent de diverses difficultés (leur absence dans encore de nombreux EHPAD ; la faible fréquence de leur réalisation ; des contestations ... – voir 2<sup>ème</sup> Partie, 1.1).

- [289] L'organisation des relations entre l'Etat, les caisses d'assurance maladie, les établissements sanitaires et médico-sociaux ainsi qu'avec les diverses catégories de professionnels de santé a été profondément modifiée par la loi HPST. La contractualisation entre un EHPAD et les autorités qui définissent leurs moyens financiers doit être regardée avec d'autant plus d'attention que, d'une part, les conseils généraux sont signataires des conventions tripartites et, d'autre part qu'il doit être tenu compte de l'intervention des médecins ainsi que des pharmaciens et d'autres professionnels de santé dans les EHPAD.
- [290] Pour les responsables d'un EHPAD (direction, médecin coordonnateur, responsable des soins) aussi bien que pour ceux de l'ARS et de la caisse pivot, les efforts pour produire une convention qui soit à la fois réaliste et mobilisatrice de progrès significatifs, ne peuvent pas être fournis à un rythme plus rapide que tous les 3 ans. Ce rythme est d'ailleurs celui préconisé pour de nombreux CPOM (contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens).
- [291] Ce rythme triennal permettrait aussi l'engagement de démarches de progrès telles que celle mise en œuvre dans l'Aude en 2008 – 2009 et qui est en cours d'extension aux EHPAD de la région Midi-Pyrénées et des régions Languedoc-Roussillon et Limousin.
- [292] Parmi les objectifs fixés contractuellement, certains traiteraient des médicaments. Ainsi par exemple :
- des indicateurs de qualité des prescriptions (structuration des ordonnances ; mention de données fondamentales pour éviter des erreurs comme la clairance de la créatinine ; etc.) ;
  - des indicateurs spécifiques, pour répondre à des problèmes signalés (prescription de neuroleptiques ; précisions complémentaires pour la prescription à des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'insuffisance rénale ; etc.) ;
  - des indicateurs ayant une importance financière (total des dépenses de médicaments ; part des médicaments génériques quand leur substitution est possible ; etc.).
- [293] Pris en considération avec d'autres indicateurs portant sur les modalités de prise en charge des résidents, serait évitée une « surfocalisation » sur les seuls médicaments, au risque de négliger d'autres aspects de la prise en charge des résidents en EHPAD.

## **2. LE MAINTIEN DU REMBOURSEMENT DES MEDICAMENTS AUX RESIDENTS EN EHPAD EST COHERENT AVEC D'AUTRES DEMARCHES TANDIS QUE LA REINTEGRATION DES MEDICAMENTS DANS LES FORFAITS SOINS RISQUE DE LES ENTRAVER**

- [294] L'amélioration des prescriptions aux résidents en EHPAD, tant pour leur santé (notamment l'iatrogénie médicamenteuse) qu'en termes d'économies induites pour les dépenses sociales, est le principal objectif visé par la réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD sans PUI
- [295] Or, cet objectif est aussi visé par d'autres démarches qui s'appuient sur le suivi des prescriptions payées dans l'enveloppe « soins de ville » et/ou pourraient être compromises par la réintégration des médicaments délivrés aux résidents en EHPAD dans leur dotation soins.



## **2.1. Les effets des modifications d'exercice des médecins coordonnateurs et des médecins libéraux en EHPAD**

[296] La mise en œuvre des projets de décrets sur les médecins coordonnateurs et sur l'intervention des médecins libéraux en EHPAD ainsi que d'arrêté comportant un contrat-type, opposable aux médecins habilités à prendre en charge les personnes résidant en EHPAD et créant une CCG (Commission de Coordination Gériatrique) dans chaque EHPAD, va constituer une étape importante pour l'amélioration de la qualité des soins dans les EHPAD.

[297] Les déplacements des rapporteurs dans les EHPAD leur ont permis de confirmer la difficulté d'exercice de la fonction de médecin coordonnateur, notamment vis-à-vis de ses confrères médecins traitants quand ceux-ci sont nombreux à intervenir (souvent 15 à 20 pour un EHPAD de 60 à 100 résidents, parfois plus pour des EHPAD de taille supérieure,) et ne disposent pas toujours des connaissances les plus actualisées sur la prise en charge médicale des personnes très âgées, souffrant souvent de polyopathologies.

[298] Des difficultés sont évoquées :

- par les médecins coordonnateurs, qui doivent déployer beaucoup de temps et d'énergie pour se concerter avec leurs confrères ;
- par les responsables des soins et les directeurs des EHPAD, qui doivent tenir compte de visites peu ou trop fréquentes ou à des horaires peu commodes ;
- par les résidents et/ou leurs familles, qui font logiquement appel à un médecin (par ex. leur « médecin de famille ») sans vraiment savoir si le choix qu'ils font est le plus approprié ;
- par des médecins qui ne se sentent pas en position de refuser, eu égard à la demande formulée par des personnes qu'ils connaissent parfois depuis longtemps, alors même que le suivi d'une personne âgée dans un EHPAD est éloigné de leur pratique courante et peu commode en termes d'organisation.

[299] Au total, si la relation de confiance est primordiale pour la qualité de la pratique médicale et si celle-ci peut se trouver garantie par la liberté de choix du médecin, cette liberté, dans le cas particulier des personnes âgées résidant en EHPAD, peut se « retourner » contre l'objectif recherché. D'où l'intérêt de la démarche organisée dans le décret et l'arrêté mentionnés ci-dessus, et l'importance que cette démarche puisse s'engager, sans opposition issue d'incompréhension.

[300] Or, un risque de confusion avec la réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD sans PUI, ne peut être négligé. En effet :

- certains médecins pourraient voir dans ces deux démarches une similarité et pourraient en craindre des effets pour leur pratique ;
- d'autres pourraient mettre en avant leur mise en place quasi simultanée, utiliser cette concomitance pour rejeter en bloc les deux réformes.

## **2.2. La mobilisation des médecins pour l'amélioration de leurs pratiques de prescription**

[301] La mise en application dans la pratique médicale des avancées thérapeutiques se heurte parfois à des réticences individuelles (et collectives) au changement. L'avancée très progressive, au cours des vingt dernières années, de la formation médicale continue (qui depuis la loi HPST s'intègre dans le « développement professionnel continu » comportant l'évaluation des pratiques professionnelles), en particulier en thérapeutique, témoigne de ces réticences. La production de recommandations et leur large diffusion ne suffisent pas à leur appropriation par ceux auxquels elles sont destinées. Ce problème auquel tant l'AFSSAPS que la HAS sont régulièrement confrontées peut certes trouver des réponses dans des stratégies de communication, mais ce sont surtout des mécanismes de suivi et d'incitation (par des « sanctions » ou par un intéressement) qui s'avèrent adaptés.

[302] Or, le suivi individuel (par les services des caisses d'assurance maladie) des actes et prescriptions effectués par chaque médecin est une des priorités de la gestion du risque des caisses d'assurance maladie. Mais l'utilisation des données issues du SNIR, depuis sa création en 1977, s'est faite progressivement. Le début opérationnel des CAPI rencontre un grand succès auprès des praticiens mais doit faire face aux oppositions encore vigoureuses de leurs organisations professionnelles.

[303] Le principe des CAPI est semblable à celui qui sous-tendrait des conventions triennales entre EHPAD, ARS et caisse d'assurance maladie. Cette similitude de démarches pourrait produire un renforcement mutuel, par la promotion d'une logique incitative clairement explicitée :

- le renforcement de la démarche individuelle de médecins, intervenant auprès de personnes traitées « en ville » ou résidant en EHPAD ;
- le renforcement de la démarche collective au sein des EHPAD à la fois par les textes relatifs aux médecins coordonnateurs et aux intervenants libéraux, complété par la valorisation économique des efforts traduits dans une baisse des consommations pharmaceutiques.

[304] Ainsi, la mise en œuvre de conventions triennales au niveau des EHPAD renforcerait la cohérence de la démarche du CAPI, ce qui ne serait pas le cas de la détermination de dotations soins où l'intervention des prescripteurs apparaîtrait sous contrainte financière fixée a priori.

### **3. NE PAS REINTEGRER DES 2011 LES MEDICAMENTS DANS LES FORFAITS SOINS PERMET D'ENVISAGER UNE REFORME PLUS GENERALE DU CALCUL DE CES FORFAITS ET LA CONCRETISATION DES DEMARCHES DE PROGRES DANS LES EHPAD**

[305] La réintégration au 1<sup>er</sup> janvier (voire au 1<sup>er</sup> juillet) 2011 ne permettra pas de tirer profit des avancées en cours de mise en œuvre, tant en termes de transparence sur les consommations médicamenteuses des EHPAD que de régulation des prescriptions et d'amélioration de la qualité des soins en EHPAD.

#### ***3.1. La réforme générale du calcul du forfait soins des EHPAD serait « bousculée » par la réintégration des médicaments dès 2011***

[306] Les réformes successives de la tarification des EHPAD (en employant la terminologie actuelle) ont toutes montré qu'elles nécessitent du temps pour déterminer des modalités de calcul qui soient efficaces et efficientes, puis du temps pour que ces modalités de calcul soient appliquées à l'ensemble des EHPAD, puis encore un délai pour que ces modalités de calcul puissent être « industrialisées » en routine dans les systèmes d'information. Ainsi, encore à mi-2010, la dotation soins d'environ 15% des EHPAD est calculée de façon purement forfaitaire. Dans de nombreux autres où celle-ci a été effectuée sur la base d'une coupe PATHOS, des contestations, largement explicables par des méconnaissances et des malentendus, peuvent être constatées.

[307] Une mise en application, dès 2011, de la réintégration des médicaments dans les forfaits soins, induirait deux paradoxes :

- elle ne pourrait être basée que sur les consommations rétrospectives et non sur PATHOS, en sapant la légitimité de ce modèle de calcul des dotations soins ;
- les calculs réalisés devraient être « repris » après la révision de PATHOS, induisant donc des travaux n'ayant d'effets que pendant quelques années et pouvant avoir des « effets bloquants » lors du « basculement général dans PATHOS ».

[308] En outre, si l'expérimentation a permis de repérer des difficultés, elle a aussi permis d'apprécier, d'une part, les efforts nécessaires pour éviter leur déclenchement ou en limiter les conséquences et, d'autre part, les « effets délétères » quand un problème spécifique à un EHPAD ne peut être rapidement résolu.

[309] Or, il est très prévisible que la situation qui suivra la réintégration des médicaments sera opposée à celle qui a suivi la réintégration des dispositifs médicaux. En effet cette réforme s'est globalement bien passée, parce qu'elle était simple et qu'elle a été réalisée de façon intéressante, voire très intéressante financièrement pour les EHPAD en 2008, 2009 et 2010. Au contraire, les difficultés prévisibles à la réintégration des médicaments dans les forfaits soins, « laisseraient des traces » pendant plusieurs années.

### **3.2. *La mise en place des mécanismes vertueux, dont le médecin coordonnateur et le pharmacien référent sont les moteurs, demande du temps.***

[310] La présence de médecins coordonnateurs dans les EHPAD a, comme cela a été développé, permis d'effectuer un saut qualitatif dans la prise en charge des personnes âgées hébergées en EHPAD. Le renforcement de la place et du rôle des médecins coordonnateurs grâce aux projets de textes en cours de finalisation va permettre de définir dans chaque EHPAD une politique de soins structurée, cohérente et maîtrisée. Cela ne se fera pas « en un grand soir », mais de façon très progressive, chacun devant intégrer à sa pratique quotidienne les évolutions permises par ces réformes.

[311] De plus, l'action des médecins coordonnateurs va dorénavant trouver, avec les pharmaciens référents, un soutien de poids, leur permettant de s'appuyer sur des compétences complémentaires aux leurs propres pour sécuriser et optimiser l'utilisation des médicaments.

[312] Un des apports majeurs de la démarche initiée grâce à l'article 64 de la LFSS pour 2009 est en effet l'introduction dans l'EHPAD de la fonction de pharmacien référent. Quelle que soit la décision qui sera prise de généraliser ou non la réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD sans PUI, cette avancée doit être conservée. Elle devra se traduire par une rémunération de ce pharmacien référent (voir recommandation n°3), juste contrepartie de sa contribution à la maîtrise des dépenses à laquelle l'EHPAD s'est engagé.

[313] De même, les médecins coordonnateurs, salariés de l'EHPAD, et les médecins intervenant dans l'établissement (au travers par exemple de spécificités dans leur CAPI) pourront voir leur contribution à l'atteinte des objectifs contractuels reconnue.

[314] Les bénéfices en termes de qualité des soins, d'amélioration des prescriptions et de lutte contre l'iatrogénie reposent avant tout sur l'action de cette équipe sanitaire renouvelée dans l'EHPAD. Une éventuelle régulation financière au travers d'un plafonnement des dépenses de médicaments dans les EHPAD sans PUI, serait inopérante sans cette action coordonnée.

### **3.3. *Les effets des travaux de l'ANESM et des dispositifs d'évaluation dont elle est le vecteur***

[315] Les progrès effectués depuis une dizaine d'années dans l'amélioration des conditions de fonctionnement des EHPAD s'effectuent par étape : ANGELIQUE constitue une avancée historique, mais toujours d'actualité ; la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale a fondé des avancées d'une autre ampleur, mais qui ont tardé à se concrétiser.

[316] A présent, la création de l'ANESM, l'engagement récent des premières auto-évaluations qui correspondent à l'esprit de ce texte et, surtout, la perspective désormais concrète d'évaluations externes (normalement prévues tous les 7 ans) allant de pair avec les travaux mentionnés en 1<sup>ère</sup> Partie (1.3.1.3) justifient un changement de regard.

[317] L'amélioration des pratiques des différents acteurs des EHPAD peut désormais être véritablement portée par des dynamiques internes, se référant à des travaux méthodiquement réalisés au niveau national pour pouvoir être, ensuite, aisément appropriés.

#### **4. LA PROPOSITION DE LA MISSION : L'INCITATION PAR LE PARTAGE DES « GAINS ECONOMIQUES » ENTRE LES EHPAD ET LES CAISSES DE « SECURITE SOCIALE »**

[318] Dans la 3<sup>ème</sup> Partie, le paragraphe 2 a présenté les difficultés de repérage de « surdotations » lors de la réintégration des médicaments dans les forfaits soins et, a contrario, la difficulté de gérer des demandes « d'enveloppes complémentaires médicaments » en plus du paiement de médicaments figurant sur la « liste en sus ». Au total, alors qu'une baisse des dépenses de sécurité sociale devrait être attendue de cette réintégration, c'est une hausse de ces dépenses, au moins à court terme (mais qui pourrait être pérenne si aucun moyen de repérage n'est mis en place), qui serait hautement probable. Au contraire, dans le cas du maintien des médicaments dans l'enveloppe « soins de ville » assorti de la mise en place de contrats EHPAD-ARS-Caisses, les incitations à l'amélioration des prescriptions devraient conduire à une baisse des dépenses de médicaments.

[319] Cependant cette baisse des dépenses de médicaments serait, en raison du mécanisme incitatif proposé, à partager entre l'EHPAD et les régimes d'assurance maladie.

##### ***4.1. Le partage des « gains » entre EHPAD et les caisses d'assurance maladie***

[320] Chaque EHPAD, pour lequel de moindres dépenses de médicaments remboursés à ses résidents seraient constatées par les régimes d'assurance maladie, aurait droit, en application du mécanisme incitatif, à une augmentation de sa dotation soins, d'un montant représentant, par exemple, la moitié des économies réalisées sur les dépenses de médicaments.

[321] Ces économies, constatées en début d'année « n+1 », pourraient rentrer dans le calcul de la dotation soins réalisé, chaque année, par référence à la « circulaire budgétaire ».

[322] Si, en théorie, un choix est possible entre considérer que cette dotation complémentaire n'est valable que pour l'année suivant les économies, et considérer que cette dotation complémentaire est pérenne (mais contrôlée, voire révisée annuellement en fonction des consommations constatées à n+2, n+3, etc.), dans les faits cette dernière possibilité seulement est conforme à l'objectif d'améliorer durablement les consommations de médicaments.

[323] Les économies ainsi réalisées, pourraient être temporairement consolidées dans une dotation complémentaire et révisable à la suite d'une coupe PATHOS ultérieure.

[324] En résumé, la proposition présente les avantages de :

- l'amélioration des prescriptions des médicaments pour les personnes âgées, induisant moindre iatrogénie, moins d'hospitalisations et moindres dépenses ;
- l'amélioration des moyens financiers dont dispose effectivement l'EHPAD pour assurer les soins à ses résidents ;
- l'amélioration (baisse) des dépenses supportées par l'assurance maladie (et aussi par les organismes de protection complémentaire santé).

#### **4.2. Le calcul du transfert à opérer des caisses d'assurance maladie vers la CNSA**

[325] La sommation, au niveau régional, puis au niveau national, de ces augmentations de dotations soins, versées par la CNSA aux EHPAD, déterminerait un montant que les régimes d'assurance maladie devraient compenser auprès de la CNSA.

[326] Cette consolidation suivie d'un transfert peut être réalisée de façon simple et, in fine, serait « financièrement neutre » pour la CNSA. Elle serait en revanche intéressante pour l'assurance maladie.

### **5. LES DIFFICULTES ET RISQUES DE LA GENERALISATION DE LA REINTEGRATION CONDUISENT A PRECONISER UNE ALTERNATIVE FONDEE SUR UN MECANISME D'INTERESSEMENT DES EHPAD A L'AMELIORATION DU BON USAGE DES MEDICAMENTS POUR LEURS RESIDENTS**

[327] Après la présentation d'un tableau récapitulatif des avantages et risques des deux possibilités d'évolution (5.1), seront présentées les actions à entreprendre pour que la solution contractuelle puisse être mise en œuvre dès 2011 (5.2) et permettre aux EHPAD expérimentateurs une « sortie » qui soit satisfaisante (5.3).

#### **5.1. La comparaison avantages-risques entre « contrats EHPAD – ARS – caisses de Sécurité sociale » et réintroduction des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD au regard des objectifs fixés initialement pour l'expérimentation**

[328] Pour mémoire, les objectifs attendus de la réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD sans PUI étaient de deux ordres :

- Amélioration des prescriptions et du bon usage des médicaments avec des effets attendus sur la santé des résidents ;
- Baisse des coûts totaux des médicaments consommés par les résidents en EHPAD.

[329] La seule expérimentation a permis des avancées considérables sur ces deux champs, qui pourront (devront) être conservées quelle que soit l'orientation décidée, notamment :

- La prise de conscience de l'importance du bon usage des médicaments dans les EHPAD, en cohérence avec les démarches nationales ;
- Le nouveau rôle du pharmacien référent ;
- La collaboration plus rapprochée entre médecins et pharmacien, ainsi qu'entre la direction de l'EHPAD, les personnels soignants et l'équipe médico-pharmaceutique ;
- Le principe d'une liste préférentielle de médicaments à utiliser dans l'EHPAD.

[330] Nonobstant ces bénéfices, d'ores et déjà « engrangés » indépendamment de la perspective ou non d'une généralisation, la comparaison avantages-risques de chacune des deux voies pouvant être envisagées pour atteindre ces objectifs, paraît éloquent comme le montre le tableau ci-après. Celui-ci présente, pour 10 thèmes (A à J) les avantages et inconvénients/risques des deux solutions « réintégration » (des médicaments dans les forfaits soins) et « contrat » (c'est-à-dire la solution alternative) en attribuant à ces avantages et inconvénients/risques, des indications sur l'importance de leur impact (par ex. (- -) si le risque devrait être important ; (+) pour un avantage significatif) :

	REINTEGRATION		CONTRATS	
	Avantages	Inconvénients /risques	Avantages	Inconvénients /risques
<b>A : fondement du mécanisme d'incitation</b>	Maîtrise comptable des consommations médicamenteuses incluse dans une « enveloppe » (la « dotation soins »)	L'expérimentation n'a pas pu prouver l'efficacité de ce mécanisme d'incitation (-)	Incitation à la mise en œuvre d'un cycle vertueux d'amélioration du bon usage des médicaments par un mécanisme contractuel	
<b>B : facilité de mise en œuvre de la réforme</b>		Contestations inévitables sur le montant à réintégrer calculé sur la base de consommations rétrospectives (--)  Dans l'hypothèse de mise en œuvre progressive de la réforme, légère complication des tarifs (-)  Difficulté de définir une «liste en sus» (--)... et de gérer des cas particuliers (- -)	Possibilité de mise en œuvre progressive sans inconvénient (++)  Valeur pédagogique de la mise en place d'indicateurs (+)	Charge administrative importante d'élaboration, de signature puis de suivi des contrats mais montée en charge progressive (-)
<b>C : efficacité vis-à-vis de l'objectif d'amélioration des prescriptions (et de lutte contre la iatrogénie)</b>	Oui : levier pour les MC d'incitation de leurs confrères libéraux à optimiser leurs prescriptions : respect des recommandations ; utilisation de la liste préférentielle (+ +).	Voir G : risques de « rejet » par les prescripteurs (- -)	Oui : levier pour les MC d'incitation de leurs confrères libéraux à optimiser leurs prescriptions : respect des recommandations ; utilisation de la liste préférentielle (+ +)	
<b>D : efficacité vis-à-vis de l'objectif de baisse de dépenses</b>	Possible (par mécanisme de forfaitisation)  <u>mais</u> « effet pervers », lors de l'année de réintégration et des années suivantes de l'impossibilité actuelle d'identifier les surdotations (voir ci-contre)	Report de charges relevant des organismes complémentaires vers les régimes obligatoires(- - -) sauf si compensation (mais qui constitue un prélèvement obligatoire)  L'impossibilité actuelle d'identifier les surdotations, à cause des modalités de calcul du montant à réintégrer, induit des surcoûts l'année de la réintégration et des années suivantes (- - -)  Effets de la « liste en sus » (-)	Oui avec un partage des économies entre l'EHPAD et l'assurance maladie	

	REINTEGRATION		CONTRATS	
	Avantages	Inconvénients /risques	Avantages	Inconvénients /risques
<b>E : cohérence avec d'autres démarches générales en cours</b>	Fais suite à la réintégration des dispositifs médicaux dans les forfaits soins dans perspective de convergence tarifaire (+)	<p>Faible cohérence (voire incohérence) avec d'autres mécanismes contractuels : CAPI et accompagnement des EHPAD sans PUI (- - -)</p> <p>&amp; risque de perte d'informations nécessaires pour les CAPI (- - -)</p> <p>Si des difficultés surviennent dans cette réintégration, des conséquences possibles sur les étapes à venir du processus de convergence tarifaire (-)</p>	<p>Cohérence avec d'autres mécanismes contractuels : CAPI et accompagnement des EHPAD sans PUI (++)</p> <p>Transparence des consommations et fiabilité des calculs</p> <p>Ce mécanisme s'inscrit dans la perspective de convergence tarifaire</p>	
<b>F : cohérence temporelle avec la réforme de la gouvernance de PATHOS</b>		Impossibilité d'utiliser PATHOS, dans son état actuel, pour calculer les montants à réintégrer, avec des conséquences induites (-)	Permet l'utilisation ultérieure de PATHOS, une fois rénové	
<b>G : cohérence avec les avancées à attendre des décrets sur les médecins coordonnateurs et les interventions en EHPAD de professionnels libéraux</b>	Oui ... mais voir « risques »	Risque de provoquer des réticences par « confusion » avec ces décrets qui sont fondamentaux ... et conditionnent la réussite de la réintégration des médicaments dans les forfaits soins (- -)	Oui	
<p><b>H : admission en EHPAD</b></p> <p><b><u>Et</u> transferts vers un établissement de santé</b></p> <p><b><u>Et</u> adéquation des prescriptions aux besoins des résidents</b></p>		<p><i>(malgré « liste en sus » et mécanisme dérogatoire pour des cas exceptionnels)</i></p> <p>Risque de refus d'admission de personnes âgées « coûteuses en médicaments » (- - -)</p> <p>Risque de transferts injustifiés de résidents « coûteux en médicaments » vers un étab. de santé (- -)</p> <p>Risque de choix de solutions thérapeutiques moins coûteuses mais inadaptées (- -)</p>		

	REINTEGRATION		CONTRATS	
	Avantages	Inconvénients /risques	Avantages	Inconvénients /risques
<b>I : effet induit sur le nombre médecins libéraux intervenant dans un EHPAD</b>	Meilleure coordination des prises en charge médicale des résidents (+) (voir aussi F)	Protestations de certains médecins libéraux à l'encontre d'un « mécanisme de régulation comptable » (-)  Pour quelques EHPAD, problèmes de recours à certains spécialistes (-)	Meilleure coordination des prises en charge médicale des résidents (+) (voir aussi G)	
<b>J : effets induits sur la constitution de PUI</b>		Mise en péril de la viabilité d'officines nécessaires au maillage territorial et dont la fermeture pourrait poser plusieurs problèmes de santé publique (- -)		

**5.2. Les caisses de sécurité sociale, en relation avec les ARS, doivent s'organiser pour pouvoir signer des « contrats EHPAD – ARS – caisses de Sécurité sociale »**

[331] La mise en œuvre de la « solution alternative » ne pose pas de difficulté technique majeure et nécessite quelques choix. Elle peut intervenir de façon progressive sur plusieurs années en fonction des moyens humains pouvant y être consacrés au sein des ARS et des services des caisses d'assurance maladie. En outre, elle a déjà été préparée par l'action d'accompagnement des EHPAD sans PUI de plus de 80 lits, déjà décrite en 1<sup>ère</sup> Partie ; § 1.3.3.3. Les conditions du succès de cette mise en œuvre apparaissent assez faciles à atteindre. Ces conditions sont présentées à grands traits ci-après, l'échéancier de mise en œuvre devant toutefois être défini en cohérence avec l'ensemble des autres mesures et actions sus-citées<sup>42</sup>.

**5.2.1. Au niveau national, un cadre général devrait être trouvé entre l'UNCAM, la CNSA et les services de l'Etat**

[332] La mise en œuvre pratique des principes généraux présentés ci-dessus nécessite quelques choix qui ne sont pas techniques. Une liste sommaire de tels choix conduit à énoncer :

- la définition du cadre de ces contrats : doivent-ils être « autonomes » ou intégrés à un autre mécanisme contractuel déjà en cours (conventions tripartites, CPOM, etc.) ?
- le choix de la part des économies sur les dépenses de médicaments des résidents d'un EHPAD « ristournées » à cet EHPAD (50% ?) ;
- la « consolidation temporaire » (ou non) de cette ristourne dans les budgets soins alloués à l'EHPAD au cours des années ultérieures à son versement ; puis, en cas d'accord sur le principe de cette « consolidation temporaire », se pose la question de sa révision (voir ci-dessus en 4.1) ;
- au niveau national, doit-on mettre en place une contribution des autres régimes d'assurance maladie que le régime général (notamment le régime agricole et celui des indépendants) au mécanisme de « ristourne » ?

<sup>42</sup> Ainsi, aucun calendrier ni aucun dispositif de pilotage du processus de mise en œuvre de la « solution alternative » n'est présenté.



- au niveau national, la CNSA peut-elle être « intéressée aux résultats obtenus » dans les EHPAD, à travers les modalités de calcul de l'ONDAM médico-social personnes âgées ?
- quelles modalités d'incitation des médecins prescripteurs (par les CAPI actuels ? ou avec des spécificités ??), médecins coordonnateurs (prime en fonction des résultats ?) et pharmaciens référents (honoraires modulables ?) ?

**5.2.2. Sans attendre la fixation de ce cadre national, les ARS doivent s'organiser avec les caisses de sécurité sociale, sur les conditions matérielles de contractualisation**

[333] Au niveau territorial, les modalités de mise en œuvre de cette « solution alternative » ont été largement préparées par l'action d'accompagnement des EHPAD sans PUI de plus de 80 lits, réalisée par les services du régime général d'assurance maladie.

[334] Cependant, il faut tenir compte de ce que, au cours du 2<sup>ème</sup> trimestre 2010, une large partie des moyens humains des services médicaux de l'assurance maladie a été placée sous l'autorité des directeurs généraux des ARS.

[335] De façon plus générale, tant les directeurs des caisses de sécurité sociale (CPAM et autres caisses d'assurance maladie) que les directeurs généraux des ARS seront amenés à faire des arbitrages pour prioriser les objectifs qu'ils assigneront aux services placés sous leur autorité et qui devront, à l'égard des personnes âgées prises en charge par des établissements ou des services, notamment pour les EHPAD<sup>43</sup> :

- contribuer à la création de PASA et d'UHR conformément au plan Alzheimer ;
- renouveler les conventions tripartites et en conclure de nouvelles ;
- effectuer les coupes PATHOS nécessaires ;
- mettre en place la réforme de la tarification des EHPAD.

**5.2.3. En parallèle, les services des caisses de sécurité sociale doivent s'organiser pour que les consommations annuelles de médicaments des résidents en EHPAD sans PUI soient connues dès que possible**

[336] Le mécanisme de contractualisation dont les principes ont été présentés ci-dessus (voir en début de cette 4<sup>ème</sup> Partie) nécessite que les dépenses annuelles de médicaments remboursés aux résidents de chaque EHPAD sans PUI soient bien connues. Ceci pourra, techniquement, être le cas, grâce au décret du 7 juin 2010 (déjà cité).

[337] La production des informations nécessaires ne pose plus, depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2010, de problèmes juridiques ou techniques insurmontables. Pour autant, il faut tenir compte de la réalisation pratique des requêtes informatiques correspondantes.

[338] En tout état de cause, la mobilisation des responsables des EHPAD pour s'engager dans un tel mécanisme contractuel doit être envisagée sur plusieurs années. En conséquence, les besoins en moyens humains et techniques des ARS ainsi que des caisses d'assurance maladie, consacrés spécifiquement à la mise en œuvre de ce mécanisme contractuel, n'augmenteront que de façon progressive. En outre, ces besoins devraient rester relativement faibles, car ils pourront être largement satisfaits à l'occasion de l'accomplissement de travaux par ailleurs nécessaires.

**Recommandation n°10 : Finir au 31 décembre 2010 l'expérimentation de réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EPHAD sans PUI – En alternative à la réintégration des médicaments, introduire dès 2011 un mécanisme contractuel incitatif entre EHPAD-ARS-Caisse de Sécurité sociale.**

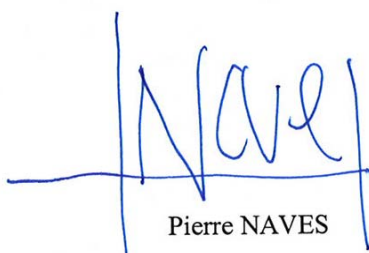
<sup>43</sup> D'autres priorités pourraient être citées pour l'HAD, les SSIAD, ...

**5.3. Les modalités de « sortie de l'expérimentation » des EHPAD expérimentateurs**

- [339] La question des modalités de « sortie de l'expérimentation » des EHPAD expérimentateurs se pose quel que soit le système de financement des médicaments remboursables aux résidents en EHPAD sans PUI.
- [340] La mission d'évaluation a étudié plusieurs scénarii possibles et constaté que la réalisation de chacun d'entre eux ne pose pas de difficulté importante.

## Conclusion

- [341] L'intégration des médicaments dans les forfaits soins, en 1999, avait été suivie, dès 2002, de leur sortie. En 2008, le législateur a eu la sagesse de demander une expérimentation, préalablement à la réintégration des médicaments dans les forfaits soins devant intervenir, selon la loi, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2011.
- [342] L'organisation de cette expérimentation a demandé de gros efforts, portés par Pierre-Jean LANCRY ainsi que toutes celles et ceux qui ont participé aux groupes de travail réunis depuis le début de l'année 2009 jusqu'à son mois de septembre. D'autres efforts, encore plus importants, ont été effectués à partir du 2<sup>ème</sup> semestre 2009 et en 2010 par toutes celles et ceux qui se sont engagés dans l'expérimentation.
- [343] L'organisation d'une expérimentation vise, en général, à préparer une généralisation. C'était bien le sens du texte législatif adopté en LFSS pour 2009, puis des circulaires du 6 août et 10 novembre 2009, relatives à l'expérimentation de la réintégration des médicaments dans les dotations soins des EHPAD. Cette expérimentation fournissait aussi matière à une évaluation.
- [344] Or, si cette évaluation permet de constater des évolutions positives, elle permet aussi d'observer des difficultés importantes, apportant peu à peu la conviction qu'une solution alternative serait certainement préférable.
- [345] Cette préconisation peut apparaître surprenante. Elle doit être regardée sous plusieurs angles :
- en premier lieu, du point de vue des rapporteurs, qui se sont efforcés de tout mettre en œuvre pour une bonne réalisation de l'expérimentation, mais ont également tenté de l'évaluer en toute indépendance ;
  - ensuite, du point de vue des éléments de contexte qui peuvent être constatés à la mi-2010 et qui sont bien différents de ceux qui prévalaient, à la mi-2008, quand a été préparé le projet de loi de financement pour la Sécurité sociale pour 2009 ;
  - enfin, du point de vue des logiques qui sous-tendent les voies d'amélioration des prescriptions aux personnes âgées résidant en EHPAD, progrès indispensables pour leur santé et leur bien-être.
- [346] De ce dernier point de vue, la raison d'agir que représente l'incitation économique, qui est un vecteur déterminant de la réintégration des médicaments dans les forfaits soins, l'est aussi dans la solution alternative qui est proposée. Cette motivation, qui s'ajoute à d'autres, intervient tant pour le directeur de l'EHPAD que pour les autres responsables de l'établissement et pour les médecins intervenant auprès des résidents, médecins traitants et spécialistes.
- [347] Enfin, les rapporteurs tiennent à souligner que s'ils ont bien pris en considération le bien-être des résidents des EHPAD ainsi que les conditions d'exercice professionnel des principaux acteurs des ces établissements et de ceux qui participent à leur bon fonctionnement, ils ont aussi pris en compte l'amélioration de la situation financière de la sécurité sociale.



Pierre NAVES



Muriel DAHAN



## Recommandations de la mission

N°	Recommandation	Autorité responsable	Echéance
1	Réaliser une évaluation précise de la réintégration des dispositifs médicaux dans les forfaits soins, afin de chiffrer les économies effectivement constatées, d'anticiper l'évolution des dépenses une fois les « surstocks » épuisés, et surtout d'objectiver son impact réel sur la qualité des soins et l'iatrogénie, ainsi que les déterminants de cet impact (i. e. types de dispositifs conduisant souvent à des choix économiques dégradant la qualité des soins ou à des refus d'admission, par exemple pansements pour escarres, suppléments nutritionnels, sondes, etc.). p.20	DGS-DSS-DGCS	Immédiat
2	Constituer un groupe ad'hoc Finances/Santé pour déterminer le taux de TVA applicable à l'honoraire du pharmacien référent, en tenant compte de l'ensemble des dispositions applicables aux professionnels de santé. p. 30	DSS	Immédiat
3	Inscrire dans un (ou) des textes approprié(s), prenant le cas échéant effet au moment de la généralisation, le principe et les modalités de calcul des honoraires versés au pharmacien référent qui devra être désigné dans tout EHPAD sans PUI. p. 31	DSS-DGS-CNSA	Fin 2010
4	Encourager des dispositifs d'incitation au maintien dans l'EHPAD des personnes en fin de vie <sup>44</sup> , afin d'éviter des hospitalisations inutiles, coûteuses pour l'assurance maladie et moins chaleureuses pour ces personnes et leurs familles. p. 42	DGCS-DGS-CNSA	Immédiat
5	Réexaminer le deuxième alinéa de l'article R.5126-42 du code de la santé publique pour préciser le temps de présence minimal de pharmacien dans une PUI d'EHPAD afin de garantir la qualité du service pharmaceutique aux résidents de ces établissements, et notamment lutter contre l'iatrogénie, priorité de santé publique. p. 52	DGS-DGCS	Immédiat
6	Définir réglementairement un critère de distance ou de délais de livraisons minimaux entre PUI ou officine dispensatrice approvisionnant un EHPAD. p. 52	DGS-DGCS	Immédiat
7	Prévoir réglementairement un délai maximal de paiement des factures pharmaceutiques par les EHPAD, avec génération automatique de pénalités en cas de dépassement de ce délai. p. 54	DGCS	Fin 2010 (si généralisation début 2010)

<sup>44</sup> Comme par exemple l'expérimentation de la présence d'infirmières de nuit formées aux soins palliatifs en EHPAD dont le cahier des charges constitue l'annexe 5 de la circulaire interministérielle du 2 juin 2010 (déjà citée)

8	Etudier, dans les EHPAD avec PUI, d'une part, le renseignement du dossier pharmaceutique de leurs résidents, d'autre part la transmission à l'assurance maladie des informations sur les prescriptions effectuées. p. 56	DGS-DSS-DGCS	Immédiat
9	Identifier des indicateurs indirects permettant de mesurer les taux d'hospitalisation de résidents en EHPAD en fonction de leur état de santé, afin d'objectiver une proportion d'éventuelles hospitalisations injustifiées. Ces indicateurs pourraient être définis dans le cadre des programmes de gestion du risque. p. 57	DGOS-DGCS	Immédiat
10	Finir au 31 décembre 2010 l'expérimentation de réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EPHAD sans PUI – En alternative à la réintégration des médicaments, introduire dès 2011 un mécanisme contractuel incitatif entre EHPAD-ARS-Caisse de Sécurité sociale. p. 71	Parlement	PLFSS pour 2011

# Lettre de mission



MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS

MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS  
SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA  
SOLIDARITE ET DE LA VILLE

SECRETAIRE D'ETAT CHARGE DES AINES

LA MINISTRE

LA SECRETAIRE D'ETAT

Paris le, 22 DEC. 2009

## Mission d'appui et d'évaluation dans le cadre de l'expérimentation de la réintégration des médicaments dans les dotations soins des EPHAD

Monsieur le Chef de l'Inspection générale des affaires sociales,

Le risque iatrogène lié aux médicaments, en particulier chez les personnes âgées, est une préoccupation constante des pouvoirs publics. On estime qu'il est à l'origine de 20 % des hospitalisations des personnes âgées de plus de 80 ans. La loi de santé publique de 2004 a d'ailleurs inscrit comme objectif de la santé des personnes âgées la réduction de la fréquence des prescriptions inadaptées.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 (article 64) a prévu à cet égard un renforcement du rôle du médecin coordonnateur des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et, pour ceux d'entre eux qui ne disposent pas d'une pharmacie à usage intérieur (PUI), la désignation d'un pharmacien d'officine référent.

La loi a également posé le principe d'une expérimentation relative aux dépenses de médicaments et à leur prise en charge dans les établissements et services accueillant des personnes âgées ne disposant pas de PUI. Sur la base du bilan de ces expérimentations, qui donnera lieu à un rapport d'évaluation remis au Parlement, et au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2011, l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des médicaments seront intégrés aux prestations de soins dispensées dans l'ensemble de ces établissements.

L'expérimentation sera faite en garantissant l'enveloppe financière « médicaments » des établissements concernés.

Une mission préparatoire a été confiée à Monsieur Pierre-Jean LANCRY, Directeur de la santé de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, pour définir, en concertation avec l'ensemble des acteurs concernés, les modalités de réalisation, de réussite et d'évaluation de l'expérimentation prévue par la LFSS 2009. Monsieur LANCRY a présenté ses conclusions à la ministre le 26 août dernier ; ces conclusions sont largement reprises dans la circulaire DGAS/DSS/CNSA/2009/253 du 6 août 2009 en ce qui concerne la procédure, les moyens financiers alloués et la sélection de l'échantillon. Cette circulaire a été complétée par une circulaire DGAS/2C/DSS/1C/CNSA/CNAMTS/2009/340 du 10 novembre 2009.

A ce stade de l'entrée dans la phase active de l'expérimentation, nous vous demandons de bien vouloir diligenter une mission d'appui et d'évaluation de l'Inspection générale des affaires sociales destinée à en garantir le bon déroulement et à procéder à son évaluation ainsi qu'à la rédaction du rapport que le Gouvernement doit remettre au Parlement avant le 1<sup>er</sup> octobre 2010.

La mission devra notamment :

- 1) présider et animer le comité national de suivi de l'expérimentation ;
- 2) coordonner l'exploitation et l'analyse des remontées des indicateurs retenus pour l'évaluation, tels que définis dans le rapport LANCRY ;
- 3) fournir des éléments d'évaluation des effets du renforcement du rôle du médecin coordonnateur et de la création du pharmacien référent dans l'amélioration de la prescription, la bonne utilisation du médicament et la lutte contre le risque iatrogène lié aux médicaments ;
- 4) recommander des modalités, tant financières que pratiques, pour la réintégration des médicaments dans les dotations ou forfaits de soins des EHPAD non dotés d'une PUI et, notamment déterminer le niveau des crédits nécessaires à l'intégration de ces dépenses au sein de l'enveloppe financière relative à la médicalisation de ces établissements (transferts d'enveloppe, montant et modalités de calcul).

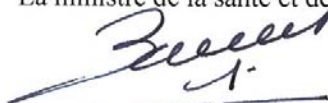
Pour ce faire, la mission d'inspection générale pourra bénéficier de l'appui technique des directions de l'administration chargées de ce dossier (direction de la sécurité sociale, direction générale de l'action sociale, direction générale de la santé), de celui de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et de celui de la Caisse nationale pour l'assurance maladie (CNAM) notamment de leurs équipes qui ont participé aux travaux préparatoires à l'expérimentation. A cette fin, ces organismes désigneront, chacun, un participant à une « équipe projet » coordonnée par le responsable de la mission d'inspection générale. L'équipe projet devra, entre autres, assurer le traitement des données (indicateurs) remontant des établissements.



Un bilan d'étape de cette expérimentation, (notamment en ce qui concerne la lutte contre l'iatrogénie) sera rendu fin mars 2010. Avec l'appui de l'équipe projet, la mission d'inspection rédigera pour le 1<sup>er</sup> septembre 2010 le rapport au parlement, que le gouvernement devra remettre au plus tard le 1<sup>er</sup> octobre 2010.

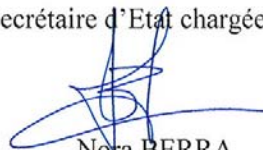
Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Chef de l'Inspection générale, l'expression de notre considération distinguée.

La ministre de la santé et des sports,



Roselyne BACHELOT

La secrétaire d'Etat chargée des aînés,



Nora BERRA



## Liste des personnes rencontrées

### Membres du Comité national de Suivi :

Vincent HOUDRY, cabinet de la ministre de la santé et des sports  
Marc BOURQUIN, directeur adjoint du cabinet de la secrétaire d'Etat chargée des aînés  
Agnès MARIE-EGYPTIENNE, directrice du cabinet de la secrétaire d'Etat chargée des aînés,

Alain VILLEZ, UNIOSS  
Emmanuel SYS, CNDEHPAD  
Christophe PITEUX, Karen SOYER-HOOGHE et Nelly BAUDOIN, UNCCAS  
Murielle JAMOT, Virginie HOAREAU et Amandine DESCAMPS, FHF  
David CAUSSE, Marine DARNAULT, Antoine AUDOUIN et Bénédicte ROCH-DURAND, FEHAP  
Florence ARNAIZ-MAUME et Benoit GREFFE, SYNERPA  
Hervé THIBOUD, FNAQPA  
Grégoire BELLUT et Michel MASSAL, AD-PA  
Françoise TOURSIERE et Céline JOUFFROY, FNADEPA  
Nathalie MAUBOURGUET et Xavier GERVAIS, FFAMCO  
Claude JAPHET, Martin MULLER et Emmanuelle BALBI, UNPF  
Philippe GAERTNER et Claude BAROUKH, FSPF  
Gilles BONNEFOND et Marie-Josée AUGÉ-CAUMONT, USPO  
Isabelle ADENOT et Yves TROUILLET, CNOP  
Sophie PELTIER et Nathalie CHEVALIER, Mutualité française  
Pascal VERRECCHIA et Mélanie DELANOE, CCMSA

### Les membres de « l'équipe projet »

Katia JULIENNE et Isabelle CHEINEY, DSS,  
Danielle GOLINELLI, Saliha CHERRAD et Isabelle DELOFFRE, DGS,  
Annick BONY et Jean-Christian SOVRANO, DGCS  
Laure-Marie ISSANCHOU et Nathalie MONTANGON, CNSA  
Jean-François ROUGET et Michel MARTY, CNAMTS

### Au niveau national, des services déconcentrés de l'Etat ou de CPAM

Egalement rencontrés (ou entretien téléphonique approfondi) :

#### DSS :

Marine JEANTET, Caroline BUSSIÈRE et Mathilde MARLIER

#### DGCS :

Dr Jean-Philippe FLOUZAT et Dominique TELLE

#### IGAS :

Pierre DELOMENIE

**CNSA :**

Laurent GRATIEUX et Hervé DROAL  
ainsi que Jean-Luc BERNARD, Myriam MESBAH

**ARS Midi-Pyrénées :**

Anne SADOULET, déléguée territoriale Haute-Garonne, chargée de mission auprès du directeur général

**ARS Basse-Normandie**

Pierre-Jean LANCRY, directeur général

**ARS Ile-de-France**

Marc BOURQUIN, directeur de l'offre médico-sociale

**CPAM Yvelines**

Michel MARENDIER

**HAS :**

Dr Armelle DESPLANQUES et Dr Nathalie RIOLACCI

**ANESM :**

Dr Marie-Pierre HERVY

**Société française de gériatrie et de gérontologie :**

Dr Jean-Marie VETEL

**Syndicat national de gérontologie clinique**

Dr Michel SALOM

**Junior Entreprise ESSEC**

Michael CAHN, Baptiste CRETEUR et Charles SARFATI

**RESOPHARMA**

Giorgio GIORGI, Directeur

**Dans les EHPAD (et les services des ARS chargés du suivi des EHPAD) :****Drôme****EHPAD Résidence « Benjamin DELESSERT » (groupe EOVI) - Valence**

Mr CHABRERAT, directeur de l'hébergement de EOVI  
Mme PEN, directrice  
Dr MIGNOT, médecin coordonnateur  
M FRASSY  
Mme MOGNOT  
et Mr JAY, pharmacien référent

**EHPAD « Les tilleuls » - Parnans**

Mme PEREZ, directrice  
Dr VIALEY, médecin coordonnateur  
Mme et Mr PIZANI, pharmacien référent

**ARS PACA – délégation territoriale Drôme :**

Mme BIOLCHINI (contacts par courriel et téléphonique seulement)

**Gironde****Le Foyer de Retraite du Combattant - Blaye**

Jean-Claude ETIENNE, Président de l'Association des Anciens Combattants

Brigitte FRANCOUAL, Directrice

Dr Nathalie MAUBOURGUET, Médecin coordonateur

Monique BRUN, Responsable Hygiène Qualité Sécurité

Martine CHEZE, Infirmière D.E.

Danielle BAULT Aide Soignante Référente

et Jean-Pierre DUFOUR Pharmacien

et Jérôme GOZLAN Pharmacien référent

**EHPAD La Renaissance - Pessac**

Mme DUTIL : directrice

Adrien BRISSARD Gérant

Christelle MAGNE : secrétaire

Anaïk BIROT ALCOUFFE : psychologue

Anne MOUKHA : infirmière coordinatrice

Elodie LESAIN : infirmière

Samia HIIRECHE : aide soignante

Paula LEYTON : aide soignante

Kamel AISSOU : aide soignante

et Mme CHURET : Pharmacien référente

**Indre-et-Loire****EHPAD Résidence « Les Grands Chênes » (Fondation Caisse d'Epargne) – Joué les Tours**

Mr MAHAUT, directeur

Dr SCHMITT, médecin coordonnateur

et Mme MOULIN, pharmacien référent

**EHPAD « Maison de retraite DEBROU » - Joué les Tours)**

Mr ESSALHI, directeur

Dr MAILLET, médecin coordonnateur

Mme MAHE, directrice adjointe

Mme GUILLERMO, infirmière coordinatrice

M MELAMED, informaticien

et Mr MIGNUCCI, pharmacien référent

**ARS – délégation territoriale Indre-et-Loire :**

Mmes GAYOL et KIHAL-FLEGEAU (contacts par courriel et téléphonique seulement)

**Yvelines****Centre de gérontologie clinique Léopold BELLAN - Magnanville**

Mme TERNISIEN : directrice du Centre

Mme LABBE : directrice financière

Dr SALOM : médecin chef

**Seine-Saint Denis****EHPAD « Le Moulin Vert » - Tremblay-en-France**

Mme WEBER, directrice

Dr DRAY, médecin coordonnateur

Mme THEVENT, infirmière coordinatrice

Et Mr TRIQUENAU, pharmacien référent

**Val de Marne****EHPAD « Résidence Tiers Temps » (groupe DomusVi) – Le Kremlin-Bicêtre**

Mme PLESSIER, directrice

Dr BAROUC, médecin coordonnateur

Et Mr TOLEDANO, pharmacien référent

**Val d'Oise****EHPAD « Donation Brière » (MGEN) – Fontenay-en-Parisis**

Mme DECHAMPS, directrice

Dr LESALLES, médecin coordonnateur

Mr MARIAGE

M BARONI

Et Mme RAJAONARIVONY, pharmacienne référente

## **Annexe 1 : Principaux enseignements pouvant être tirés des analyses des prescriptions réalisées dans le cadre de l'expérimentation**

[348] Les circulaires des 6 août et 11 novembre 2009 (7) demandaient aux EHPAD expérimentateurs d'effectuer des analyses des prescriptions pour tous leurs résidents à 3 dates, 1<sup>er</sup> décembre 2009, 1<sup>er</sup> avril 2010 et 1<sup>er</sup> août 2010, en suivant des recommandations précisées dans le rapport LANCRY (3). Un fichier type (sous format EXCEL) était annexé à ces circulaires, qui précisaient l'adresse courriel où ces fichiers devaient être transmis. L'objectif visé était la réalisation d'une étude qualitative des prescriptions aux résidents en EHPAD<sup>45</sup>.

[349] La présente annexe aborde successivement : les conditions matérielles de réalisation de cette étude (1) ; les constats qui peuvent être effectués sur les résultats transmis (2) et les enseignements qui peuvent en être tirés (3).

### **1. LES CONDITIONS MATERIELLES DE REALISATION DE L'ETUDE QUALITATIVE DES PRESCRIPTIONS AUX RESIDENTS DES EHPAD EXPERIMENTATEURS**

#### **A : La formulation de la demande d'étude et sa compréhension par les responsables d'EHPAD**

[350] Les circulaires demandaient l'analyse des prescriptions, sur la base de 12 questions fermées (énoncé des questions : voir 2 - A ci-après), à 3 dates données. Deux types de précisions ont du être apportées en Comité National de Suivi de l'expérimentation :

- La base de l'étude était l'ensemble des feuilles de traitement à chacune des 3 dates (en se référant, si besoin, aux prescriptions en vigueur à ces 3 dates) et non l'ensemble des prescriptions réalisées dans les périodes précédant ces dates ;
- Certaines des 12 questions, reprises du rapport LANCRY (à partir de travaux du Collège professionnel des Gériatres Français et de la Haute autorité en Santé) comportaient des doubles négations ayant induit des incompréhensions.

[351] Fin mars, des informations complémentaires ont été diffusées aux responsables des EHPAD expérimentateurs, mais ceux-ci ne les ont pas automatiquement prises en compte.

[352] Par ailleurs, les circulaires invitaient les médecins coordonnateurs à s'organiser avec les pharmaciens référents pour effectuer ces analyses et n'imposaient pas d'organisation pour ce travail d'étude, indiquant seulement l'adresse courriel où envoyer les résultats. Cette souplesse, a certes ouvert la voie, selon les EHPAD, à des organisations efficaces, sous l'égide du directeur de l'EHPAD ou du médecin coordonnateur, mais elle a aussi pu avoir pour conséquence de l'attentisme.

---

<sup>45</sup> Par ailleurs, une étude sur des données quantifiées (en volume et valeur) des médicaments prescrits était prévue par le rapport LANCRY et a été réalisée.

[353] Aussi le remplissage du formulaire EXCEL et sa transmission à l'adresse courriel, qui semblaient, au début de l'expérimentation, assez simples, s'est avéré à l'usage complexe. De plus, une confusion avec une deuxième étude demandée dans le cadre de l'expérimentation, concernant les données en volume et en valeur de consommation des médicaments remboursables (données qui n'ont pu être exploitées au moment de la rédaction du présent rapport), a été constatée.

### **B : L'exploitation des données transmises par les EHPAD**

[354] Environ 280 EHPAD hébergeant pour la plupart plus de 60 résidents, soit au moins 20 000 feuilles attendues pour chacune des 3 dates données : le calcul arithmétique du nombre de feuilles d'analyse de prescriptions à exploiter a montré l'ampleur de la tâche

[355] Dès lors, un prestataire extérieur a dû être sélectionné, après appel d'offres. Ce prestataire, outre la récupération des données transmises spontanément par les EHPAD, a relancé téléphoniquement, au moins deux fois (en juin, juillet et août), chacun des EHPAD expérimentateurs n'ayant pas ou de façon incomplète transmis les analyses de prescriptions. Les responsables de l'étude ont, en outre, répondu aux questions pratiques posées par les responsables des EHPAD expérimentateurs.

[356] Malgré cette procédure, **moins de la moitié des EHPAD expérimentateurs ont envoyé** avant le 25 août 2010 **leurs analyses de prescriptions** (78 pour la 1<sup>ère</sup> date, 95 pour la 2<sup>ème</sup> date et 26 pour la 3<sup>ème</sup> date) et **seulement 15** d'entre eux ont adressé des données relatives aux 3 dates données. Après vérification des questionnaires utilisés, les responsables de l'étude ont constitué une base de données puis effectué les traitements statistiques. Sur cette base, la mission IGAS a réalisé la présentation très synthétique ci-après.

## **2. LES PRINCIPAUX CONSTATS EFFECTUES SUR LES RESULTATS TRANSMIS**

### **A : Des améliorations dans les traitements prescrits aux résidents en EHPAD sans PUI sont en cours, mais d'autres restent encore nécessaires.**

[357] Les questions posées visaient, selon les termes du rapport LANCRY, des indicateurs : « *qualitatifs relatifs aux règles générales de bonne prescription mesurables sur l'ordonnance* » (indicateurs 1, 2, 3 et 4), « *qualitatifs d'alerte iatrogénique mesurables sur l'ordonnance* » (indicateurs 5, 6, et 7) et, enfin, « *de maîtrise du risque iatrogénique mesurable sur l'ordonnance couplée à une discussion collégiale avec le prescripteur* » (indicateurs 8, 9, 10, 11 et 12). Les réponses obtenues permettent de dresser le tableau suivant (tableau 1) :

indicateur	Enoncé de la question	% de réponses « non » à la question <sup>(1)</sup>		
		1/12/09	1/04/10	1/08/10
1	La prescription est structurée par domaine pathologique ?	35%	32%	19%
2	La prescription ne comprend pas 2 médicaments dont l'association est absolument contre indiquée ?	13%	10%	8%
3	La prescription indique la clairance de créatinine ?	89%	89%	62%
4	La prescription précise la durée de prise pour chaque médicament ?	8%	10%	3%
5	La prescription ne comprend pas plus de 2 psychotropes ?	14%	17%	13%
6	La prescription ne comprend pas plus de 2 diurétiques ?	0,6%	2%	0,6%
7	La prescription ne comprend pas plus de 3 hypertenseurs ?	2%	4%	3%
8	La prescription ne comprend pas de médicament absolument contre indiqué au patient ?	0,5%	2%	3%
9	La prescription ne comprend pas de médicament sans indication documentée dans le dossier ?	20%	18%	16%
10	La prescription correspond au traitement noté dans le dossier	6%	7%	3%
11	La prescription comprend les médicaments nécessaires à la prise en charge des pathologies à traiter au regard des éléments du dossier médical ?	9%	10%	3%
12	En cas de prescription de neuroleptiques chez le patient Alzheimer, l'indication a été confirmée ?	12%	23%	8%

<sup>(1)</sup> Les % sont calculés par rapport au nombre total de résidents dans les EHPAD ayant répondu à chacune des 3 « dates données » (78EHPAD pour la 1<sup>ère</sup> date ; 95 pour la 2<sup>ème</sup> date ; 26 pour la 3<sup>ème</sup> date).



- [358] Il convient d'être extrêmement prudent quant à l'interprétation de ces résultats, notamment :
- la formulation de certaines questions (avec des doubles négations puis la transmission d'une deuxième version du questionnaire) a pu générer des erreurs qui n'ont pas été détectées lors de la vérification des données ;
  - le renseignement des questionnaires a pu être effectué, dans certains EHPAD, sans que ceux qui l'ont réalisé aient effectivement disposé de toutes les informations nécessaires pour cette analyse des prescriptions ;
  - surtout, la proportion restreinte de réponses reçues (environ 15 000 questionnaires) par rapport aux réponses attendues (plus de 60 000) rendent la significativité de ces résultats très relative.
- [359] Cependant, plusieurs observations émergent fortement (et souvent confirment des constats déjà effectués<sup>46</sup>) :
- l'absence très fréquente de mention de la clairance de la créatinine dans les ordonnances (*question 3* : 89% ; 89% ; 62%)<sup>47</sup>, même si une sensible amélioration peut être observée dans les prescriptions du 01/08/2010 ; amélioration qui se retrouve aussi pour la structuration par domaine pathologique (*question 1, absence de structuration* : 35% ; 32% ; 19%)
  - l'absence de prise en charge médicamenteuse de certaines pathologies (*question 11* : 9% ; 10% ; 3%) soit une très sensible évolution de la prise en charge, allant vers un moindre usage des médicaments au 01/08/2010 ;
  - la prescription de 3 (ou plus) psychotropes à environ 15% des résidents (*question 5* : 14% ; 17% ; 13%) semble peu évoluer ;
  - la prescription de neuroleptiques à des patients souffrant d'Alzheimer, sans que l'indication ait été confirmée (*question 12* : 12% ; 23% ; 8%) paraît aller, très timidement, dans le bon sens ;
  - des prescriptions de médicaments contre indiqués, qu'un médicament soit absolument contre indiqué (*question 8* : 0,5% ; 2% ; 3%) ou qu'il y ait prescription de 2 médicaments dont l'association est absolument contre indiquée (*question 2* : 13% ; 10% ; 8%) : peu d'évolution au total sur ces deux questions.

## **B : Des différences sensibles selon les EHPAD**

- [360] Les observations présentées ci-dessus doivent être interprétées à lumière de différences très sensibles entre EHPAD ayant répondu. Ainsi, en reprenant certaines de ces questions :
- l'absence de mention de la clairance de la créatinine dans les ordonnances (*question 3*) est constatée pour moins de 10% des résidents dans 5%, 7% et 11% des EHPAD aux dates du 1/12/0 ; 01/04/10 et 1/08/10 ; elle concerne entre 90% et 100% des résidents dans environ 75% des EHPAD aux deux premières dates et environ 50% des EHPAD au 01/08/10 ;
  - la prescription de 3 (ou plus) psychotropes (*question 5*) est constatée pour moins de 20% des résidents dans 60% à 70% des EHPAD selon les dates, mais elle concerne entre 30 et 50% des résidents pour plus de 10% des EHPAD aux trois dates données ;
  - la prescription de neuroleptiques à des patients souffrant d'Alzheimer, sans que l'indication ait été confirmée (*question 12*) est très fréquente (entre 70% et 100% de personnes concernées) dans environ 15% d'EHPAD aux deux premières dates ; elle n'est plus observée que dans 2 des 26 EHPAD ayant transmis leurs analyse des prescriptions au 1/08/10, mais touche, dans ces 2 établissements, plus de 90% des personnes concernées. A l'autre bout, le % d'EHPAD dans lesquels cette prescription de neuroleptiques sans

<sup>46</sup> Voir par exemple les observations réalisées dans le cadre des actions d'accompagnement des EHPAD de l'Aude, à l'initiative de la DDASS, au cours des années 2008 – 2009 (source : colloque organisé à Toulouse, le 1<sup>er</sup> juin 2010 à l'initiative des ARS Midi-Pyrénées, Languedoc – Roussillon et Limousin ; présentation d'Anne- SADOULET, ARS Midi-Pyrénées),

<sup>47</sup> Lire : 89% ; 89% ; 62% de réponses « non » à la question 3, aux dates successives du 1/12/0 ; 01/04/10 et 1/08/10 et voir tableau précédent.

indication confirmée est constatée pour moins de 10% des personnes concernées, passe de 62% à 67 puis 72%.

### 3. LES ENSEIGNEMENTS QUI PEUVENT ETRE TIRES DE CETTE ETUDE

[361] La faiblesse de la taille de l'échantillon d'EHPAD, l'absence de représentativité de celui-ci, l'incertitude quant à la formulation des questions auxquelles il est répondu et le renseignement des analyses de prescriptions par des personnes ayant pu avoir (ou ayant) à connaître celles-ci dans l'exercice de leur métier, privent cette étude de toute valeur scientifique.

[362] Cependant, les deux grands types d'enseignements présentés en 2 ci-dessus (la **nécessité d'importants progrès dans les prescriptions aux résidents d'EHPAD et l'hétérogénéité selon les EHPAD**) sont corroborés par l'étude des analyses aux 3 dates fournies par seulement 15 EHPAD dans des délais compatibles avec leur traitement en vue de la production du rapport d'évaluation de l'expérimentation. L'étude de ces analyses fait en outre ressortir :

- l'excellente qualité des prescriptions dans certains EHPAD, selon chacun des 12 critères d'analyse ;
- dans d'autres EHPAD, de bons résultats sont constatés pour la plupart des critères tandis des améliorations importantes doivent encore être accomplies pour d'autres critères ;
- les **progrès accomplis rapidement** (entre le 01/12/09 et le 01/08/10) dans 5 EHPAD (sur les 15) dans la mention de la clairance de la créatinine sur les prescriptions (dans 2 EHPAD cette indication était déjà systématique).

## **Annexe 2 : Principaux constats de l'étude sur les coûts (dépenses de médicaments et charges de fonctionnement) des PUI (pharmacies à usage intérieur) dispensant des médicaments à un EHPAD**

[363] Cette étude a été réalisée, à la demande de la direction de la Sécurité sociale, par un cabinet de consultants choisi par appel d'offres. Après plus de 4 mois de préparation concertée entre les responsables de plusieurs directions d'administration centrale et les consultants chargés effectivement de réaliser l'étude, celle-ci a été réalisée au 2<sup>ème</sup> semestre 2009 et le rapport d'étude remis en début 2010. Ce rapport n'a pu être rendu public étant données les difficultés d'interprétation de ses résultats, mais la mission IGAS, après étude approfondie, en présente ci-après quelques uns.

[364] La méthodologie de l'étude a été fondée sur :

- Un échantillon de 185 EHPAD avec PUI (sur 1502 EHPAD avec PUI) volontaires a été constitué, en tenant compte des différents statuts de ces EHPAD.
- 9 « strates » d'EHPAD ont été définies selon que l'EHPAD était rattaché à un CH public ou non, public, privé à but non lucratif ou privé à but commercial, avec ou sans « section de cure médicale ou un « logement foyer » ou une USLD ,en fonction de leur taille (<60 places ; entre 60 et 99 ; > 100 places), de leur localisation (dans ou hors d'une unité urbaine de plus de 50 000 habitants) et de l'option tarifaire (73% de ces EHPAD avec « tarif global et 27% avec « tarif partiel ») ;
- Le renseignement d'un questionnaire (très complet) par les responsables de ces EHPAD, avec l'aide à distance d'un des consultants ;
- L'exploitation des renseignements fournis par 102 EHPAD dont les réponses étaient exploitables, ce nombre étant nettement moindre pour certaines questions (voir ci-après).

### **1. LES DEPENSES DE MEDICAMENTS (HORS FRAIS DE FONCTIONNEMENT)**

#### **A : La dépense moyenne de médicament par journée d'hébergement**

[365] Le coût d'achat moyen des médicaments par journée d'hébergement est de 2,77€, avec des différences importantes entre EHPAD. Il est :

- < 1,29€ pour 10 EHPAD (8 de ces 10 EHPAD ont un PMP moyen de 211 ; le PMP moyen de l'échantillon est de 244) ;
- Compris entre 1,29€ et 3,25€ pour 77 EHPAD ;
- > 3,25€ pour 14 EHPAD (ces 14 EHPAD ont un PMP moyen de 302 et un GMP moyen de 759 (contre une moyenne de 708 pour les EHPAD de l'échantillon).

#### **B : Par classe de médicaments, les consommations en valeur et en volume (exprimées en unité commune de dispensation - UCD)**

[366] En prenant en compte globalement les consommations des 69 EHPAD (seulement) qui ont fourni des informations, cinq sphères thérapeutiques peuvent être distinguées :

- le système nerveux représente 50% des dépenses et 40% des UCD ;
- le système digestif et le métabolisme représentent 10% des dépenses et 25% des UCD ;

- le sang et organes hématopoïétiques ; 11% des dépenses et 6% des UCD ;
- le système cardiovasculaire : 9% des dépenses et 21% des UCD ;
- les autres classes de médicaments (dermatologie, système génito-urinaire, hormones, anti-infectieux, antinéoplasiques, système musculo-squelettique, système respiratoire, organes sensoriels, divers) représentent 5% ou moins des dépenses totales.

[367] En étudiant distinctement les consommations de ces 69 EHPAD :

- 2/3 d'entre eux ont des structures de dépenses pharmaceutiques assez semblables ;
- 1/3 ont au moins une sphère thérapeutique qui s'éloigne très fortement de la moyenne. Ainsi, pour un de ces EHPAD, 84% de ses dépenses de médicaments concernent le système nerveux (contre 50% en moyenne) ; pour un autre, 38% des dépenses concerne le système digestif et le métabolisme (contre 10% en moyenne). Or, ces différences n'apparaissent pas corrélées avec les caractéristiques générales (GMP, PMP, % d'ALD, % de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer) des personnes accueillies<sup>48</sup>.

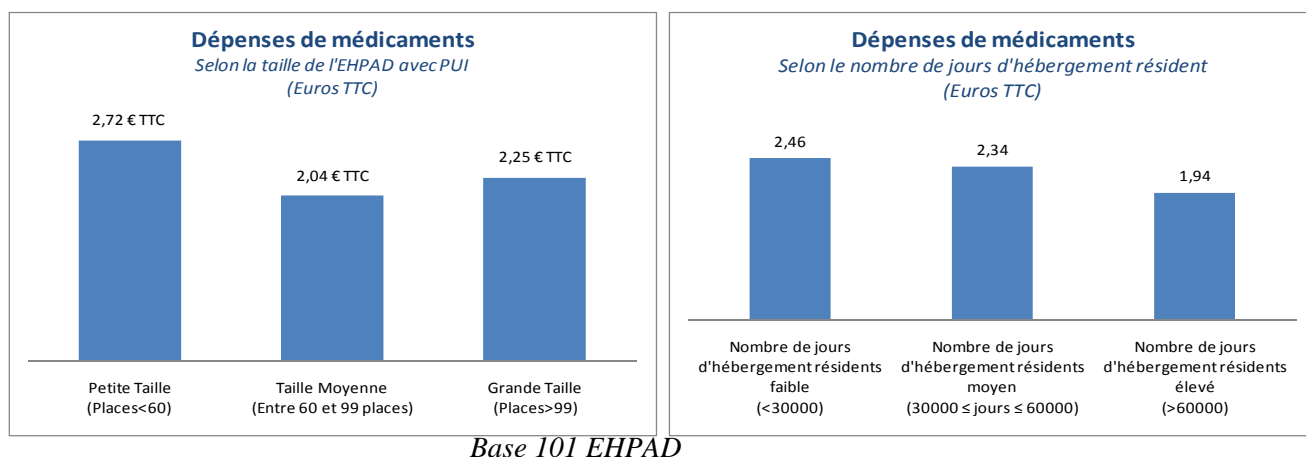
[368] En valeur, les trois premiers médicaments les plus consommés (pour 90 EHPAD ayant répondu à cette question) sont la Memantine (anti-Alzheimer, 9% des dépenses), le Donepezil (autre anti-Alzheimer 8%) et le Clopidogrel (antithrombotique 5%).

### C : Quelques facteurs explicatifs des dépenses de médicaments

[369] 4 facteurs explicatifs des dépenses de médicaments ont été étudiés : taille de l'EHPAD ; sa catégorie juridique ; caractéristiques des résidents ; organisation médicale (elle-même étudiée à partir de 4 critères : cf. infra)

- **L'impact de la taille de l'EHPAD est faible :**

[370] La dépense moyenne de médicaments s'avère plus élevée dans les EHPAD de petite taille (moins de 60 places) ... ainsi que dans ceux de plus grande taille (plus de 90 places). Au contraire, une corrélation apparaît si l'on se réfère au nombre de jours d'hébergement résident (voir graphiques ci dessous).



[371] En tout état de cause, que l'on se réfère au nombre de places ou au nombre de journées, une forte dispersion des résultats peut être observée : il est dès lors impossible d'établir une relation causale simple entre la taille de l'établissement et son niveau de dépenses en médicaments.

<sup>48</sup> Aucune information sur les pathologies des résidents n'était demandée dans cette étude

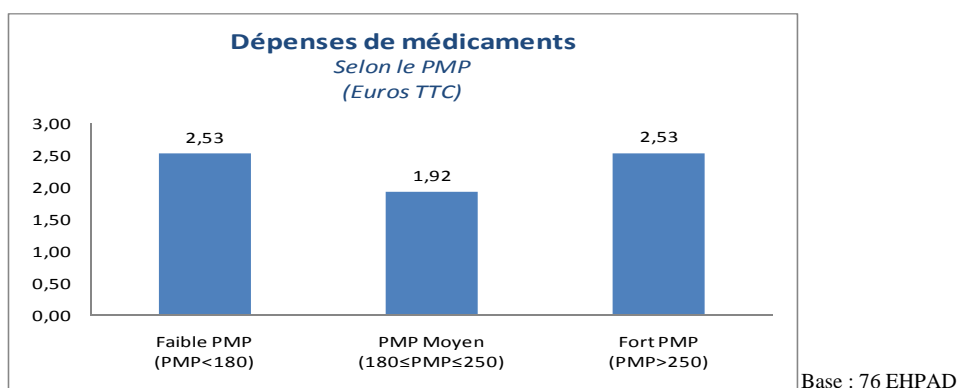
- **L'impact de la catégorie d'EHPAD n'est significatif que pour quelques types d'EHPAD :**

[372] Les établissements privés à caractère commercial (et sans section de cure médicale) ont la dépense moyenne de médicaments la plus faible (1,91 €TTC) tandis que les USLD ont la dépense moyenne de médicaments la plus élevée (2,79 €TTC).

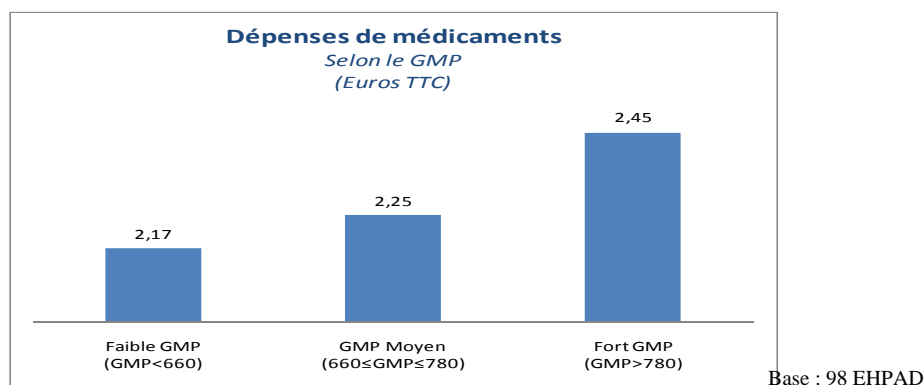
[373] Les EHPAD adossés à un CH ont une dépense moyenne de médicaments de 2,37 €TTC, soit 17% plus élevée que les EHPAD non adossés à un CH. Toutefois, au sein de chacun de ces deux groupes d'établissements (adossés à un CH / non adossés à un CH) une forte dispersion de la dépense journalière de médicaments empêche d'établir un lien entre le fait d'être adossé à un établissement de santé et le niveau de dépense de médicaments.

- **L'impact des caractéristiques des résidents est difficile à percevoir au travers du GMP et, surtout, du PMP :**

[374] La relation entre le PMP et le niveau de dépenses de médicaments n'est pas linéaire.



[375] La dépense journalière moyenne de médicaments est plus importante dans les établissements ayant un GMP élevé, mais le coefficient de corrélation infirme l'intuition d'une relation linéaire.



- **L'impact de l'organisation de l'EHPAD sur les dépenses de médicaments**

[376] L'impact de quatre caractéristiques organisationnelles a été analysé :

- le temps de présence du médecin coordinateur ;
- le pourcentage de résidents suivis par un médecin libéral ;
- la possession par la PUI des ordonnances ;
- le pourcentage de médicaments prescrits ne figurant pas sur une « liste préférentielle ».

[377] Aucune de ces caractéristiques ne possède, à elle seule, un facteur explicatif important. Cependant, d'intéressantes observations peuvent être notées, dont certaines peuvent être qualifiées de « contre intuitives » :

- dans les EHPAD dont l'ensemble des résidents est suivi par un médecin libéral (29 EHPAD sur 94 ayant répondu à cette question) la dépense moyenne de médicaments par résident s'élève à 2,03 € TTC contre 2,41 € TTC dans les EHPAD dont l'ensemble de résidents est suivi par un médecin salarié (42 EHPAD sur 94), avec une forte dispersion des résultats<sup>49</sup> ;
- seulement 73% des PUI disposent de la totalité des ordonnances et, dans les EHPAD correspondants, la dépense moyenne est plus faible que dans les EHPAD dont la PUI n'est pas en possession de l'ensemble des ordonnances. Mais là encore, les écarts entre dépense minimale et dépense maximale sont extrêmement élevés (respectivement : de 0,51€ à 4,68€ et 1,68€ à 5,45€) entre ces deux types d'EHPAD.

[378] Quant à l'existence d'une liste préférentielle et ses impacts, pour 97 EHPAD ayant répondu à des questions sur ce thème, il est possible de noter que :

- dans environ 40% de ces EHPAD, la liste préférentielle est diffusée aux médecins exclusivement sous forme papier (elle est alors soit adressée individuellement aux médecins soit mise à leur disposition au sein des services) ;
- dans les 60% d'EHPAD où la liste préférentielle est également disponible sous forme informatique, elle est soit consultable sur l'intranet de l'établissement (40% des cas), soit par l'intermédiaire d'un logiciel spécifique ou dans le logiciel de prescription quand l'établissement en est équipé ;
- environ 20% de ces EHPAD n'ont pas donné de renseignement sur le nombre de références inscrites selon la DCI (dénomination commune internationale) dans leur liste préférentielle, et pour les EHPAD ayant fourni des informations, la taille de ces listes est très variable mais leur utilisation est, en général, largement respectée (voir tableaux ci-après).

Nombre de références dans la liste préférentielle	...<100	100<...<300	300<...<500	500<...<700	700< ...
% d'EHPAD (sur 71 EHPAD ayant répondu)	21%	6%	30%	15%	28%

% des dépenses des médicaments prescrits ne figurant pas sur la liste préférentielle	= 0%	0%<...<5%	5%<...<10%	10%<...<50%
% d'EHPAD (sur 71 EHPAD ayant répondu)	8%	49%	23%	13%

## 2. LES CHARGES DE FONCTIONNEMENT

[379] Seulement 60 EHPAD avec PUI (sur les 185 de l'échantillon) ont fourni des informations relatives à leurs charges de fonctionnement. Ce nombre de réponses, le plus faible pour les différents types de questions posées, s'explique très certainement par la relative lourdeur des informations demandées. Il peut aussi être interprété comme la traduction d'une méconnaissance de ce type de dépenses qui, pourtant, constituent une part importante du coût de la dispensation des médicaments aux résidents des EHPAD avec PUI.

<sup>49</sup> Dans les EHPAD dont l'ensemble des résidents est suivi par un médecin libéral, la dépense moyenne est située entre 1,17€ et 3,87€; dans les EHPAD dont l'ensemble des résidents est suivi par un médecin salarié, la dépense moyenne est située entre 0,98€ et 5,45€

[380] Ces charges de fonctionnement s'élèvent à 1,77€ en moyenne, mais ce chiffre ne reflète que très imparfaitement la réalité. En effet, les charges de personnel et les frais de mise à disposition de locaux constituent respectivement environ 78% et 18% des charges de fonctionnement. Or ces deux types de charges sont extrêmement variables selon les PUI (voir tableau ci-après).

	1 <sup>er</sup> décile	2 <sup>ème</sup> décile	3 <sup>ème</sup> décile	4 <sup>ème</sup> décile	5 <sup>ème</sup> décile	6 <sup>ème</sup> décile	7 <sup>ème</sup> décile	8 <sup>ème</sup> décile	9 <sup>ème</sup> décile	<b>Moy -enne</b>
Charges de personnel (en €/jour/résident)	0,52	0,69	0,82	1,09	1,28	1,47	1,66	1,91	2,33	<b>1,38</b>

	1 <sup>er</sup> décile	2 <sup>ème</sup> décile	3 <sup>ème</sup> décile	4 <sup>ème</sup> décile	5 <sup>ème</sup> décile	6 <sup>ème</sup> décile	7 <sup>ème</sup> décile	8 <sup>ème</sup> décile	9 <sup>ème</sup> décile	<b>Moy -enne</b>
Frais de mise à disposition de locaux (en €/jour/résident)	0,11	0,14	0,18	0,23	0,26	0,28	0,35	0,42	0,57	<b>0,32</b>

\*\*\*

[381] Une présentation par décile (complémentaire à celle du § 381) des dépenses de médicaments pour les 101 EHPAD ayant fourni des informations, permet de dresser le tableau suivant.

	1 <sup>er</sup> décile	2 <sup>ème</sup> décile	3 <sup>ème</sup> décile	4 <sup>ème</sup> décile	5 <sup>ème</sup> décile	6 <sup>ème</sup> décile	7 <sup>ème</sup> décile	8 <sup>ème</sup> décile	9 <sup>ème</sup> décile	<b>Moy -enne</b>
Dépenses de médicaments (en €/jour/résident)	1,36	1,56	1,74	1,89	2,11	2,28	2,45	2,83	3,75	<b>2,77</b>

[382] Au total, en première analyse, le montant qui semblerait pouvoir être retenu pour estimer le coût moyen par jour et par résident de la dispensation de médicaments à un résident d'un EHPAD avec PUI serait de 2,77€+ 1,77€= 4,54€ Mais ce montant n'est qu'une approximation assez fruste car :

- il ne reflète pas la diversité des situations des EHPAD avec PUI ;
- il pourrait être revu à la baisse (ou à la hausse) si l'étude avait pu être réalisée sur un échantillon véritablement représentatif (ce qui n'a pu être le cas, par absence de réponse d'entre 45% à 65% des EHPAD de l'échantillon selon les questions).

Il est cependant possible de noter que ce montant est similaire aux chiffres obtenus pour les coûts de médicaments dispensés aux résidents des EHPAD sans PUI (voir 1<sup>er</sup> Partie du présent rapport ; 1.4.1 ; § 75)





## Sigles utilisés

<b>AFSSAPS</b>	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
<b>AGIRR</b>	Autonomie gérontologie-groupe iso-ressources : grille qui permet de pondérer différentes variables pour définir le classement dans un GIR en fonction des données recueillies par une équipe médico-sociale
<b>ANESM</b>	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
<b>ARS</b>	Agences régionales de santé
<b>CAPI</b>	Contrats d'amélioration des pratiques professionnelles
<b>CASF</b>	Code de l'action sociale et des familles
<b>CGES</b>	Conseiller général des établissements de santé
<b>CNAMTS</b>	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
<b>CNSA</b>	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
<b>CNSA</b>	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
<b>DGCS</b>	Direction générale de la cohésion sociale
<b>DGS</b>	Direction générale de la santé
<b>DSS</b>	Direction de la sécurité sociale
<b>FFAMCO</b>	Fédération française des associations de médecins coordonnateurs en EHPAD
<b>GIR</b>	Groupe iso-ressources : classe les personnes en six stades décroissants de perte d'autonomie (6 correspondant à des personnes autonomes dans tous les actes de la vie courante).
<b>GMP</b>	GIR moyen pondéré : niveau moyen de dépendance des pensionnaires d'un établissement, qui s'obtient en divisant le total des points GIR d'un établissement par le nombre de personnes hébergées. Cet indicateur détermine le niveau des moyens qui seront accordés à chaque établissement
<b>HAS</b>	Haute autorité de santé
<b>IGAS</b>	Inspection générale des affaires sociales
<b>PATHOS</b>	Le modèle PATHOS évalue à partir des situations cliniques observées les soins médico-techniques nécessaires pour assumer la prise en charge de toutes les pathologies d'une population de personnes âgées, en établissement ou à domicile.
<b>PMP</b>	Pathos moyen pondéré : comparable au Gir Moyen Pondéré du modèle AGGIR, il globalise les huit types de ressources à mobiliser en un indicateur unique



## Bibliographie

- 1) Arrêté du 26 février 2009 fixant les règles de calcul des tarifs plafonds et de mise en œuvre de la convergence tarifaire prévues à l'article L. 314-3-II du code de l'action sociale et des familles applicables aux établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du même code ayant conclu la convention pluriannuelle prévue au I de l'article L. 313-12 du code précité
- 2) Circulaire interministérielle DGCS/5C/DSS/1A/2010/179 du 31 mai 2010 relative aux orientations de l'exercice 2010 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées
- 3) LANCRY Pierre-Jean - Rapport de la mission préparatoire à l'expérimentation de la réintégration du budget médicaments dans le forfait soins des EHPAD - Juillet 2009
- 4) BRANCHU Christine, GUEDJ Jérôme, LACAZE Didier, PAUL Stéphane, VOISIN Joëlle « Etat des lieux relatif à la composition des coûts mis à la charge des résidents des EHPAD ». Rapport IGAS n° 2009-094P
- 5) DUCOUDRAY Jean Marc, LEROUX Robert PREVOST, Patrice, VETEL Jean Marie, VUILLEMIN Claire – « Le modèle PATHOS – Guide d'utilisation », Décembre 2005, [http://www.parhitage.sante.fr/re7/rha/doc.nsf/VDoc/BD83FEEA2FE9787CC1257137005C1A3D/\\$FILE/modelePATHOS.doc](http://www.parhitage.sante.fr/re7/rha/doc.nsf/VDoc/BD83FEEA2FE9787CC1257137005C1A3D/$FILE/modelePATHOS.doc)
- 6) DELOMENE Pierre et FONTANEL LASSALLE Marie « Conclusions du groupe de travail sur la prise en charge des médicaments dans les maisons de retraite médicalisées ». Rapport IGAS n°2005 022, mars 2005
- 7) Circulaires des 6 août et circulaire **DGAS/2C/DSS/1C/CNSAICNAMTS/2009/340 du 10 novembre 2009** relative à l'application de l'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale: expérimentation de la réintégration des médicaments dans les dotations soins des établissements mentionnés au 6° du 1 de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur
- 8) enquête PRIAM nationale de prévalence du risque infectieux en EHPAD par l'observatoire du risque infectieux en gériatrie,
- 9) enquête REHPA conjointe entre gérontopole de Toulouse, observatoire régional de santé de Midi-Pyrénées et des médecins coordonnateurs d'EHPAD,
- 10) MAUBOURGUET-LION-JEANDEL. Rapport
- 11) Enquête EHPA 2007, exploitation DREES mai 2009
- 12) ROSSO-DEBORD Valérie - Assemblée nationale - Rapport d'information déposé (...) par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes (juin 2010)
- 13) Sites : [www.ecosante.fr](http://www.ecosante.fr) ; [www.irdes.fr](http://www.irdes.fr) ; [www.has.fr](http://www.has.fr) ; [www.cnsa.fr](http://www.cnsa.fr) ; [www.securite-sociale.fr](http://www.securite-sociale.fr) ; [www.afssaps.sante.fr](http://www.afssaps.sante.fr)
- 14) CNAMTS ; Lettre-Réseau LR-DDGOS-51/2008 du 26/06/2008 (6 pages + 12 annexes)

- 
- 15) CNAMTS et SNGC ; Catherine REA, Yannick EON, et Jean Marie VETEL, Jean Marc Ducoudray, Robert Leroux, Patrice Prévost, Jean Marie Vétel, Claire Vuillemin : *Le modèle « PATHOS » Guide d'utilisation 2010* – janvier 2010 (Ce document remplace les guides PATHOS publiés en 2005 et 2007 et les guides d'harmonisation du codage antérieurs à 2010)
  - 16) VETEL J-M., LEROUX R., DUCOUDRAY J-M., PREVOST P. : *Le système PATHOS*. La revue de gériatrie, tome 24, n°6 juin 1999, 431 – 452
  - 17) MASSAL Michel, « La gestion du médicament en établissement médico-social » ; édit Seli Arslan (2007)
  - 18) JEANNET Agnès, BRETON Thierry, LAFFON Philippe, PICARD Sylvain : « Bilan de la convention d'objectifs et de gestion 2006 – 2009 signée entre l'Etat et la CNAMTS et recommandations pour la future convention » ; rapport IGAS 2009 – 133P.