CONCLUSIONS DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LA PRISE EN CHARGE DES MEDICAMENTS DANS LES MAISONS DE RETRAITE MEDICALISEES

Fiches thématiques - TOME I/II

Président : Pierre DELOMENIE, membre de l'IGAS
Rapporteure : Marie FONTANEL-LASSALLE, membre de l'IGAS

Rapport n° 2005 022
Mars 2005

SOMMAIRE

INTRODUCTION..... 2

FICHE SUR LA PRESCRIPTION DES MEDICAMENTS EN EHPAD..... 4

FICHE SUR L'APPROVISIONNEMENT EN MEDICAMENTS DES EHPAD..... 9

FICHE SUR LA DISPENSATION ET L'ADMINISTRATION DES MEDICAMENTS EN EHPAD..... 12

FICHE SUR LES ELEMENTS D'UNE CONVENTION ENTRE OFFICINE ET EHPAD 16

FICHE SUR LES DEPENSES DE MEDICAMENTS EN EHPAD 19

FICHE SUR LA PRISE EN CHARGE FINANCIERE DES MEDICAMENTS EN EHPAD..... 26

FICHE SUR LA PRISE EN CHARGE FINANCIERE DES DISPOSITIFS MEDICAUX EN EHPAD.... 33

Annexes

INTRODUCTION

Par lettre de mission en date du 23 août 2004[1], le ministre de la santé et de la protection sociale et le ministre délégué aux personnes âgées ont souhaité que soient étudiées les solutions envisageables pour améliorer la prise en charge sanitaire et financière des médicaments et des dispositifs médicaux en EHPAD.

Pour ce faire, a été confiée à un membre de l'IGAS, Pierre Deloménie, la présidence d'un groupe de travail associant l'ensemble des acteurs concernés : représentants des personnes âgées, des gériatres, des pharmaciens d'officine, des établissements, des caisses d'assurance maladie notamment. Les fonctions de rapporteur du groupe de travail ont également été assurées par un membre de l'IGAS (Cécile Courrèges, puis Marie Fontanel-Lassalle).

Le groupe de travail a finalement été composé de représentants des institutions suivantes[2] :

- Etat : 4 directions d'administration centrales (DGAS, DHOS, DSS, DGS) ; services déconcentrés (conférences des DRASS/ DDASS et des PhIR) ;
- Caisses nationales de sécurité sociale : CNAMTS, CANAM, MSA ;
- Ordre des pharmaciens ;
- Syndicats et association de pharmaciens d'officine : FSPF, UNPF, APR ;
- Fédérations d'établissements : FHF, SYNERPA, FEHAP, UNIOPSS ;
- Associations de directeurs d'établissements : CNDEHPAD, FNADEPA, ADHEPA ;
- Personnes âgées : CNRPA, France-Alzheimer ;
- Personnalités qualifiées : pharmaciens gestionnaires de PUI d'EHPAD (2), médecins coordonnateurs (2), experts en gérontologie et gériatrie (SFGG, SNGC).

L'ADF, invitée, n'a pas participé aux travaux, de même que la DREES.

Le groupe de travail s'est réuni à huit reprises entre octobre 2004 et février 2005.

Les réunions dont les relevés de conclusions sont joints (cf. annexe 3) ont porté sur les thèmes suivants :

- 15 octobre : mise en place du groupe de travail ;
- 5 novembre : prescription et approvisionnement en médicaments des EHPAD ;
- 17 novembre : dispensation et administration du médicament ; connaissance des dépenses de médicaments dans les EHPAD ;
- 1er décembre : éléments pour une convention-type entre officines et EHPAD ; prise en charge financière des dépenses de médicaments ;
- 14 décembre : examen des fiches sur l'approvisionnement et sur la dispensation du médicament dans les EHPAD; prise en charge financière des dispositifs médicaux ;
- 19 janvier : restitution des enquêtes lancées pour améliorer la connaissances des dépenses de médicaments dans les EHPAD ; examen des propositions du groupe ad hoc sur la prescription ;
- 28 janvier : prise en charge financière des médicaments et des dispositifs médicaux ; validation de fiches thématiques ;

[1] Cf. annexe 1.
[2] La composition nominative du groupe de travail est présentée en annexe 2.

- 11 février : validation définitive des fiches thématiques ; conclusion du groupe de travail.

Les discussions se sont concrétisées par la rédaction de sept fiches de synthèse sur les thèmes suivants :

- prescription des médicaments ;
- approvisionnement ;
- dispensation et administration ;
- éléments pour une convention type organisant les relations entre EHPAD et officines ;
- dépenses de médicaments ;
- prise en charge financière des dépenses de médicaments ;
- prise en charge financière des dépenses de dispositifs médicaux

Ces fiches, ci-jointes, présentent succinctement les éléments de contexte et les enjeux du débat, puis les conclusions du groupe de travail.

Les documents figurant en annexe comportent notamment les relevés de conclusions des huit réunions du groupe de travail, les résultats des enquêtes effectuées sur les dépenses de médicaments et les positions de principe de certains membres du groupe.

FICHE SUR LA PRESCRIPTION DES MEDICAMENTS EN EHPAD

1) Contexte et enjeux liés à la prescription de médicaments aux personnes âgées résidant dans les EHPAD :

➢ Un problème général

La poly-pathologie, fréquente chez les personnes âgées, entraîne une consommation importante de médicaments (5 à 6 par jour en moyenne chez les personnes de plus de 75 ans). Les risques liés à cette poly-médication sont avérés : jusqu'à 20 % des hospitalisations des personnes de plus de 80 ans sont dues à un accident iatrogénique imputable aux médicaments.

En effet, aux risques classiques de la poly-médication, peuvent s'ajouter des effets indésirables dus aux paramètres pharmacocinétiques et à la mauvaise connaissance de l'action d'un médicament chez les personnes âgées, du fait de la faiblesse de leur inclusion dans les essais cliniques pré et post AMM (autorisation de mise sur le marché).

Ces faits expliquent notamment la réalisation par l'ANDEM, agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale, en 1995 d'une étude sur « La prescription pluri-médicamenteuse chez la personne âgée de plus de 70 ans », complétée en 1996 par un guide « Prescrire et dispenser un médicament à une personne âgée », réalisé par l'ANDEM et la DGS, direction générale de la santé.

➢ La spécificité des EHPAD

La réforme de la tarification des EHPAD en 1999 vise en particulier à améliorer la prise en charge, notamment sanitaire, des résidents. L'introduction du médecin coordonnateur, compétent en gérontologie, correspond à cet objectif de santé publique, dans le contexte d'une nécessaire maîtrise des dépenses de santé.

La publication récente, par la DGS et la DGAS, direction générale de l'action sociale, de recommandations sur « les bonnes pratiques de soins en EHPAD » est illustrative de cette évolution ; dans les quatre pages consacrées à la prescription médicamenteuse, ce document reprend certaines des recommandations de 1996, en développant la notion de liste indicative de médicaments.

La difficulté dans les EHPAD tient notamment à la multiplicité des médecins libéraux intervenant auprès de leurs patients.

2) Conclusions du groupe de travail :

Les réflexions du groupe de travail en matière de prescription médicamenteuse ont essentiellement porté sur la nécessité de : mieux connaître les effets des médicaments chez la personne âgée, élaborer des référentiels d'utilisation, disposer d'outils pratiques d'aide à la prescription, connaître et suivre les consommations de médicaments, utiliser les outils conventionnels existants et faciliter le rôle du médecin coordonnateur.

- **La connaissance des effets du médicament chez la personne âgée :**

Le groupe de travail ne peut que constater et regretter l'application pratique très insuffisante à ses yeux des recommandations de la note d'ICH (1993) sur l'étude des médicaments dans les dossiers d'AMM chez les sujets âgés et d'une façon plus générale dans un échantillon de population représentatif du futur marché. Cette sous-information, ou cette absence d'information, contribue à l'absence de consensus professionnel validé sur les schémas thérapeutiques optimaux, sur l'efficacité et les risques des médicaments nouveaux, souvent plus encore sur ceux des médicaments anciens et de façon presque systématique sur les associations médicamenteuses.

Il est donc demandé de disposer, dans le cadre du dossier d'AMM, des données pharmacocinétiques et cliniques nécessaires à une prescription éclairée chez la personne âgée, voire très âgée, et de bien identifier la population âgée dans le « Risk Management Plan », avant et après AMM. En cohérence avec cette demande, les EHPAD devront se préparer à participer à l'évaluation des médicaments.

- **L'élaboration et la diffusion de référentiels, de bonnes pratiques et de recommandations relatives aux médicaments chez les personnes âgées :**

La mission du groupe de travail ne consistait pas dans l'élaboration de protocoles de bon usage. En revanche, il a été décidé la création d'un sous-groupe de travail sous la présidence de M. le Professeur Piette afin de proposer des thèmes sur lesquels de tels protocoles seraient particulièrement utiles et dont l'élaboration pourrait être confiée à la haute autorité de santé.

En effet, le dialogue souhaité entre médecin coordonnateur et médecin prescripteur est d'autant plus difficile, voire improductif ou inexistant, qu'il existe peu de documents validés et à jour sur le thème médicament et personne âgée, alors même que la prescription est particulièrement délicate.

La population vivant en EHPAD évolue : les résidents sont de plus en plus âgés, de plus en plus dépendants et poly pathologiques. Les médecins prescripteurs en EHPAD doivent, si nécessaire, accepter de l'aide de médecins gériatres, coordonateurs, pour choisir les prescriptions de médicaments. Il n'est pas évident que le SMR (service médical rendu) soit toujours l'indice le plus pertinent pour déterminer les médicaments les plus appropriés pour des personnes très âgées n'ayant plus que quelques années à vivre. Notamment, lorsque les patients ont une prise en charge visant prioritairement à obtenir la meilleure qualité de vie possible, compte tenu des maladies chroniques qu'ils présentent, l'utilité d'entreprendre ou de poursuivre des thérapeutiques préventives d'autres maladies n'apparaît pas évidente dans la grande majorité des cas (ex. hypocholestérolémiants, anticoagulants, anti-hypertenseurs...). Le raisonnement peut être étendu à divers traitements curatifs (anti-cancéreux, antibiotiques, etc) dans des situations de fin de vie. Lorsque la poursuite d'un traitement ne peut être justifiée pour un patient donné, elle rentre dans le cadre de l'acharnement.

L'augmentation de la iatrogénèse médicamenteuse avec l'âge dépend essentiellement (et pour certains auteurs exclusivement) de l'augmentation du nombre de lignes de prescription (qui lui-même dépend de la poly pathologie) et de la prescription de médicaments inadaptés à la situation. La réduction de la polymédication, en s'attaquant aux médicaments les moins utiles ou les plus risqués, est donc un axe essentiel d'action de prévention de la iatrogénèse.

En conséquence, il est proposé que la haute autorité de santé examine en priorité les trois points suivants :

a) La réduction de principe des médicaments dont le rapport bénéfice risque au long cours est très contestable sauf dans des cas précis avec accord consensuel du médecin traitant, du médecin coordinateur, du spécialiste concerné et généralement pas en première intention.

   Exemples :
   . Molécules à effet anti cholinergique par voie générale.
   . AINS par voie générale.
   . Neuroleptiques et anti-psychotiques dans les démences.
   . Veinotoniques.
   . Produits vaso-actifs à visée périphérique ou cérébrale.
   . Anti-hypertenseurs alpha bloquants et centraux
   . Anti-arythmiques de classe I.
   . Dérivés nitrés.
   . Laxatifs fréquemment irritants.
   . Topiques fréquemment allergisants.

b) Les règles très rigoureuses de prescription et de surveillance nécessaires pour les médicaments dont le risque iatrogène est majeur et grave, alors que l'intérêt thérapeutique est incontestable quand l'indication est bonne.

   Exemples :
   . Anticoagulants.
   . Insuline et anti-diabétiques oraux.
   . Digitaliques.
   . Diurétiques.
   . IEC et antagonistes de l'angiotensine.
   . Bêta bloquants.
   . Anti-arythmiques de classe III et IV (amiodarone et verapamil).
   . Corticothérapie par voie générale.
   . Morphiniques.
   . Traitements dopaminergiques.
   . Antiépileptiques.

c) la validation des méthodes thérapeutiques non médicamenteuses (en plus de l'adaptation architecturale) pouvant représenter des compléments ou alternatives à des prescriptions médicamenteuses susceptibles d'améliorer la qualité de vie et requérant un personnel suffisant et compétent.

   Exemples :
   . Contention des membres inférieurs en cas d'insuffisance veineuse.
   . Protecteurs de hanches.
   . Collier et ceinture en cas d'algies rachidiennes.
   . Appareillage auditif en cas de surdité.
   . Correction optique.
   . Exercice physique (par exemple Taï Chi) pour le maintien ou la récupération de l'autonomie et la prévention des chutes.

. Orthophonie dans les accidents vasculaires cérébraux.
. Massokinésithérapie dans les encombrements bronchiques et dans diverses maladies neurologiques, orthopédiques et rhumatologiques.
. Appareillage dentaire.
. Promotion d'une alimentation équilibrée et adaptée au goût des patients pour lutter contre la tendance à la dénutrition.
. Groupes d'animation de relaxation, de psychothérapie pour les états anxieux (comme relais ou alternative aux traitements tranquillisants) ou dépressifs.
. Luminosité et sorties à l'extérieur dans la prévention du « sundowning » et de l'insomnie des démences comme relais ou alternative aux traitements hypnotiques.

Pour assurer leur diffusion, ces référentiels et protocoles ainsi validés pourraient ensuite être rassemblés au sein d'un guide des bonnes pratiques du médecin en EHPAD.

- **L'élaboration et la mise à disposition des médecins d'outils pratiques d'aide à la prescription :**

Si l'on souhaite que les référentiels visés ci-dessus soient concrètement pris en compte dans l'exercice quotidien des médecins, une solution de choix est leur intégration dans des logiciels d'aide à la prescription (alerte/conseil), avec éventuellement des modules orientés plus particulièrement vers la personne âgée.

La bonne utilisation des médicaments chez les personnes âgées représente (cf. *supra*) un enjeu majeur de la qualité, et du coût, des soins. Cela justifie amplement que les pouvoirs publics, dans le cadre de leurs différents programmes de recherche et d'aide à l'amélioration de la qualité des soins, y consacrent des moyens pour susciter et orienter une véritable offre dans ce domaine, particulièrement négligé.

L'informatisation des parties médicales et soins des EHPAD sera une des priorités des prochaines années qui, dans le cadre des enveloppes existantes, devra être favorisée par les DDASS. Le développement des outils précités s'inscrit donc dans cette perspective, de même que l'informatisation de la prescription, et sa transmission électronique au pharmacien chargé ensuite de dispenser le médicament au sein de l'EHPAD.

- **La connaissance et le suivi de la consommation de médicaments :**

L'amélioration de la prescription demande également une meilleure connaissance de l'existant, et donc un véritable suivi, qualitatif et quantitatif, de la consommation de médicaments.

Cette action doit être menée à deux niveaux :

- celui de l'établissement : le pharmacien, qu'il soit gérant de PUI ou officinal, doit fournir au médecin prescripteur, au médecin coordonnateur et au directeur de l'EHPAD les éléments de suivi utiles (individuels pour les médecins, collectifs pour la direction). Ce suivi fait partie des éléments retenus pour la convention type EHPAD - pharmacie d'officine ;

- au niveau national : deux voies principales sont recommandées pour cette approche. La première est l'identification, dans les fichiers de l'assurance maladie, des assurés résidant en EHPAD : cette information doit être actuellement transmise par les EHPAD à leur caisse pivot, mais n'est pas actuellement exploitée en ce sens. La deuxième est le suivi d'un échantillon représentatif d'EHPAD, pour apprécier l'évolution de leurs pratiques et de leurs coûts.

➢ **L'utilisation des outils conventionnels existants :**

La nécessaire optimisation des dépenses de santé a amené les partenaires conventionnels à développer des outils de maîtrise médicalisée de ces dépenses.

Pour chacun des thèmes retenus, les engagements conventionnels peuvent répondre notamment aux objectifs suivants :
- réduire des écarts de consommation de soins et de prestations non expliqués par l'état de santé des populations ;
- optimiser des pratiques de diagnostic ou de soins, notamment par le respect de recommandations et/ou de stratégies moins onéreuses à efficacité comparable.

Les constats opérés, notamment par les caisses d'assurance maladie, montrent que l'amélioration de la prescription des médicaments chez les personnes âgées entre parfaitement dans les objectifs précités.

Certains des référentiels évoqués ci-dessus devraient être utilisés pour établir des références médicales opérationnelles, ou servir de base à des accords de bon usage des soins.

Pourraient également être utilisées les dispositions de l'article L 183-1-1 du code de la sécurité sociale, qui permet aux URCAM de passer des contrats avec des professionnels de santé conventionnés, exerçant à titre libéral dans une aire géographique donnée. Cet outil pourrait être utilisé pour inciter les professionnels de santé à améliorer leur prescription et à coordonner leurs interventions auprès de leurs patients résidents en EHPAD.

➢ **Le rôle du médecin coordonnateur :**

L'importance du rôle du médecin coordonnateur est soulignée par les 11 missions énumérées par le projet de décret relatif aux conditions d'exercice des professionnels de santé libéraux et du médecin coordonnateur dans les EHPAD. Plusieurs de ces missions sont en lien avec la prescription, et l'une y est même exclusivement consacrée : l'élaboration d'une liste des médicaments à utiliser préférentiellement.

Outre les référentiels déjà cités, parmi les instruments qui structureront le dialogue entre médecin prescripteur et médecin coordonnateur figure le dossier médical personnel. A ce titre notamment, il est instamment recommandé que des EHPAD soient intégrés aux expérimentations prévues en 2005 (sites pilotes sur une base géographique) et en 2006 (ALD).

La convention de prestations de soins signée entre les médecins libéraux et l'EHPAD devrait mentionner l'engagement de ces derniers à se former et à participer aux réunions organisées par le médecin coordonnateur, notamment sur le médicament.

FICHE SUR L'APPROVISIONNEMENT EN MEDICAMENTS DES EHPAD

1) Modalités d'approvisionnement en médicaments des EHPAD :

Les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont des établissements médico-sociaux. Ils peuvent donc être approvisionnés en médicaments par des **pharmacies d'officine** (médicaments destinés à des soins urgents) ou des **pharmacies à usage intérieur.**

Dans ce dernier cas, il existe plusieurs possibilités. En effet l'établissement peut être approvisionné en médicaments par :

- sa propre pharmacie à usage intérieur (PUI), conformément à l'article L.5126-1 du CSP ;
- la pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé, pour les maisons de retraite rattachées à cet établissement de santé, ainsi que dans le cas des unités de soins de longue durée (USLD) ;
- la pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé pour les EHPAD appartenant au même groupement de coopération sanitaire (GCS), conformément à l'article L.6133-1 du CSP.

2) Enjeux de l'approvisionnement pour les EHPAD :

L'intervention des pharmacies d'officine pour fournir en médicaments les EHPAD, d'usage pourtant courant, n'a pas de fondement légal au-delà de l'approvisionnement individuel des résidents prévu aux articles L.5125-25 et R.5126-115 du CSP et de la dotation pour soins urgents prévue aux articles L.5126-6 et R.5126-112 du CSP.

Les enjeux portent également pour les EHPAD sur la qualité et le coût de l'approvisionnement en médicaments. Quel que soit le mode d'approvisionnement choisi, officine ou PUI, il convient d'assurer une qualité équivalente de la prestation d'approvisionnement pour un coût comparable.

L'absence de données précises sur le coût du médicament dans les EHPAD ne permet pas de déterminer si l'une ou l'autre des modalités d'approvisionnement est plus avantageuse pour l'établissement. En effet, les données existantes semblent montrer un surcoût d'1 € par résident et par jour dans les établissements ne disposant pas de PUI, mais cette estimation se fonde sur des données anciennes (Ernest, 1999) et partielles puisqu'elles n'intègrent pas le coût de fonctionnement de la PUI.

La taille de l'établissement et l'histoire jouent indéniablement un rôle dans l'existence d'une PUI : en pratique, sur l'échantillon des établissements conventionnés, on remarque que le taux de PUI, toutes strates confondues, passe de 10% pour les établissements de moins de 60 lits à 90 % au-dessus de 400 lits. La corrélation est encore plus forte si on croise les données de taille et de statut : en effet, 80 % des EHPAD de moins de 60 lits disposant d'une PUI sont en fait rattachés à un établissement de santé et sont desservis par la PUI de cet établissement. Pour les maisons de retraite publiques autonomes, le taux de PUI passe de moins de 5 % en

dessous de 100 places à plus de 85 % au-dessus de 300 places. Quant aux établissements à but lucratifs, ils ne possèdent quasiment jamais de PUI. Mais ces données ne permettent pas d'évaluer le seuil de rentabilité économique de création d'une PUI.

Des membres du groupe de travail ont tenté d'effectuer des études empiriques au sein de leurs établissements pour tenter de préciser ces différences de coût, mais ces informations demeurent trop ponctuelles pour fonder une appréciation.

Une enquête de la FHF et de la CNEHPAD, réalisée pour le groupe de travail, révèle qu'en moyenne, le coût du médicament par résident et par jour s'élève à 3,20 € en ville et 2,74 € en PUI (ce coût se décompose en 1,67 € de dépense stricte de médicament et 1,07 € de coût de fonctionnement : personnel, amortissement, nettoyage, fluides), soit un écart de coût de 0,46 €. L'enquête de la CNAMTS, dont la fiabilité reste incertaine, fait également apparaître un écart de coût d'un demi euro.

L'enquête effectuée auprès des DDASS dans le cadre du groupe de travail fait apparaître un écart de coût moyen journalier, de 0,87 € en 2002 et de 1,12 € en 2003 entre établissements disposant ou non d'une PUI. Cet écart est à relativiser si l'on intègre le coût de fonctionnement des PUI qui semble très majoritairement compris entre 0,5 € et 1,5 €. Dès lors, il devient très nettement inférieur à l'euro.

Ainsi, il existe un écart dans le coût du médicament entre approvisionnement par une PUI ou par une officine de ville mais il reste difficile à interpréter, compte tenu de la forte dispersion des coûts de médicaments qu'il y ait ou non une PUI et de la variété des prestations de service offertes (préparation des doses à administrer par exemple).

3) Conclusions du groupe de travail :

Face à la diversité des EHPAD, le groupe de travail souhaite laisser une grande liberté de choix dans le mode d'approvisionnement en médicaments, qui doit être approprié à la situation particulière de chaque établissement. C'est pourquoi il a cherché à développer des solutions variées pour favoriser l'ensemble des modalités d'approvisionnement possibles, tout en visant une convergence de la qualité et du coût :

- Dans le cas d'un **approvisionnement par un pharmacien d'officine**, l'objectif est de favoriser par convention une intervention légale et de qualité du pharmacien dans l'établissement, à un coût acceptable :

L'instrument juridique proposé pour pallier les inconvénients de la situation actuelle est une convention entre l'EHPAD et le pharmacien d'officine qu'il aura choisi pour procéder à l'approvisionnement en médicaments de ses résidents. La durée de cette convention devrait être annuelle. L'APR, le conseil central A et la FSPF demandent qu'un EHPAD puisse être approvisionné par plusieurs pharmacies d'officine.

Les éléments de cette convention devront constituer la base du cahier des charges utilisé par l'établissement au moment de procéder au choix d'une pharmacie d'officine, notamment par appel d'offres.

Les éléments constitutifs de cette convention ont été établis à partir du projet de convention nationale élargie entre les caisses nationales d'assurance maladie et les pharmaciens d'officine

et notamment son annexe 7 destinée à régir les relations entre officines et EHPAD. Des éléments complémentaires ont été ajoutés par le groupe de travail pour enrichir le projet et aboutir au document annexé à la présente fiche.

Cette convention prévoit notamment une remise plafonnée que le pharmacien d'officine consentirait sur le coût du médicament, dont le montant serait ensuite partagé entre l'assurance maladie et l'établissement. Cette remise doit permettre de rapprocher le coût du médicament délivré par une officine du coût du médicament fourni par une PUI.

L'APR, le conseil central A et la FSPF sont opposés au principe même de cette remise. Par ailleurs, la majorité du groupe de travail dont les représentants des établissements (FEHAP, FHF, SYNERPA, UNIOPSS) et des pharmaciens s'opposent au principe du partage de la remise entre l'établissement et l'assurance maladie.

- Dans le cas d'un **approvisionnement par une pharmacie à usage intérieur**, plusieurs modalités alternatives ont été étudiées par le groupe de travail :

- L'approvisionnement par une PUI propre à l'établissement : cette modalité ne pose aucun problème spécifique, hors l'éventuelle gestion par un pharmacien d'officine (cf. infra).

- L'utilisation mutualisée d'une PUI commune à plusieurs établissements dans le cadre d'un groupement de coopération : soit dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire tel qu'actuellement prévu à l'article L.6133-1 du CSP, soit dans le cadre d'un groupement de coopération médico-sociale. Cette dernière formule telle que prévue par le projet de loi pour l'égalité des droits et des chances et la participation à la citoyenneté des personnes handicapées adopté le 3 février 2005 (article 44 septies modifiant l'article 312-7 CASF) permet aux seuls établissements médico-sociaux de se regrouper sans association d'un établissement de santé, et de mutualiser ainsi leurs moyens dans un cadre de proximité. Une modification législative devra néanmoins autoriser ces groupements de coopération médico-sociaux à gérer une PUI commune à l'instar d'un groupement de coopération sanitaire.

- L'approvisionnement par une PUI hospitalière en dehors de tout cadre de groupement : la majorité du groupe de travail est favorable à un élargissement aux spécialités pharmaceutiques du champ de l'article 47 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, qui autorise les PUI hospitalières à fournir d'autres établissements. Cependant cette possibilité sera conditionnée à la signature entre l'EHPAD et l'établissement de santé d'une convention identique à celle de la convention-type avec les pharmacies d'officine. La FSPF et l'APR sont opposées à cette évolution sur laquelle la DGS exprime des réserves.

- Le groupe de travail retient la possibilité d'autoriser les pharmaciens d'officine à assurer la gérance d'une PUI sous les conditions suivantes, proposées par le conseil national de l'ordre des pharmaciens, à savoir une autorisation préalable par l'autorité compétente, en tenant compte des trois critères suivants : compatibilité avec l'obligation d'exercice personnel du pharmacien ; proximité de la pharmacie d'officine et de l'établissement ; justification de la nécessité de ce recours à une pharmacie d'officine par l'établissement. Il convient de noter que cette proposition revient à conforter une solution dérogatoire à la gestion d'une PUI, sans doute nécessaire en milieu rural en raison de la démographie pharmaceutique, et qu'elle suscite des réserves de la DHOS.

FICHE SUR LA DISPENSATION ET L'ADMINISTRATION DES MEDICAMENTS EN EHPAD

1) Contexte juridique organisant la dispensation et l'administration des médicaments au sein des EHPAD :

L'article R.4235-48 du code de la santé publique précise :

« Le pharmacien doit assurer dans son intégrité l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance :
1° L'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe ;
2° La préparation éventuelle des doses à administrer ;
3° La mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament.
Il a un devoir particulier de conseil lorsqu'il est amené à délivrer un médicament qui ne requiert pas une prescription médicale.
Il doit, par des conseils appropriés et dans le domaine de sa compétence, participer au soutien apporté au malade. »

Le code de la santé publique confie la responsabilité de l'aide à la prise des médicaments aux infirmiers dans le cadre de leur rôle propre (article R.4311-5.4°), l'administration des médicaments relevant des actes qu'ils sont habilités à pratiquer (article R.4311-7.6°).

Mais, en particulier dans un établissement médico-social, l'article R.4311-4 du même code leur permet, sous leur responsabilité, d'assurer ces tâches « avec la collaboration d' aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture et d'aides médico-psychologiques qu'il encadre ».

L'article 8 de l'arrêté du 31 mars 1999 s'applique, en cas d'existence d'une pharmacie à usage intérieur, aux médicaments relevant du régime des substances vénéneuses :

« Avant toute administration des médicaments au malade, le personnel infirmier vérifie l'identité du malade et les médicaments, au regard de la prescription médicale.
Pour chaque médicament, la dose administrée et l'heure d'administration sont enregistrées sur un document conservé dans le dossier médical. Ce document peut être communiqué à tout moment au pharmacien à sa demande.
Lorsque le médicament n'a pas été administré, le prescripteur et le pharmacien en sont informés ».

2) Enjeux de la dispensation et de l'administration des médicaments pour les EHPAD :

Les enjeux liés à la dispensation et à l'administration des médicaments dans les EHPAD concernent la qualité des soins et de la prise en charge des résidents, et visent la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse.

Or, cette qualité relève de la responsabilité des professionnels de santé intervenant dans les EHPAD : médecins prescripteur et coordonnateur, pharmacien, qu'il gère une PUI ou une officine, et le personnel soignant.

Un premier sujet porte sur l'intervention insuffisante du pharmacien d'officine au sein de l'établissement lorsqu'il n'est pas doté d'une pharmacie à usage intérieur. En effet, le rôle du pharmacien d'officine dans les EHPAD est trop souvent limité à l'approvisionnement. Certes, il procède à la validation de la prescription sur ordonnance mais n'intervient que rarement en amont de la prescription et en aval de la livraison des médicaments. Il convient donc de développer l'intervention du pharmacien d'officine au sein de l'établissement en coordination avec le médecin coordonnateur et l'équipe soignante.

Un deuxième sujet porte sur la préparation des doses, puis de leur administration au sein de l'établissement. Ces phases du circuit du médicament sont porteuses de risques pour la qualité de la prise en charge : erreurs dans la constitution des piluliers, risques liés à la modification de la forme galénique des médicaments pour faciliter leur absorption par les patients, risques de non observance par les résidents de leur traitement, etc. Les pratiques des personnels responsables de ces actes doivent permettre de lutter contre la iatrogénie médicamenteuse et d'assurer la qualité des soins.

3) Conclusions du groupe de travail :

- **Sur l'intervention du pharmacien d'officine au sein de l'établissement** :

L'élaboration d'une convention-type organisant l'intervention du pharmacien d'officine dans les EHPAD a été étudiée par le groupe de travail.

Les éléments constitutifs de cette convention ont été établis à partir du projet de convention nationale élargie entre les caisses nationales d'assurance maladie et les pharmaciens d'officine et notamment son annexe 7 destinée à régir les relations entre officines et EHPAD. Des éléments complémentaires ont été ajoutés par le groupe de travail pour enrichir le projet et aboutir au document annexé à la présente fiche.

Les éléments de cette convention devront constituer la base du cahier des charges utilisé par l'établissement au moment de procéder au choix d'une pharmacie d'officine, notamment par appel d'offres.

Plusieurs éléments de cette convention visent à renforcer la qualité de l'utilisation du médicament dans l'établissement, notamment par les obligations suivantes incombant au pharmacien :

- l'utilisation d'une logiciel d'aide à la dispensation ;
- le contact individualisé avec le malade (visite au résident lors d'une première dispensation ou de substitution d'un générique) ;
- la participation du pharmacien à l'élaboration de la liste de médicaments préférentiels établie par le médecin coordonnateur ;
- la tenue d'un dossier pharmaco-thérapeutique pour chaque résident ;
- la remise d'une fiche d'accompagnement thérapeutique destinée à la bonne compréhension et à l'observance du traitement soit directement au résident soit à l'équipe soignante ;
- le suivi des consommations de produits de santé par les patients, etc.

- **Sur la préparation des doses à administrer** :

En préalable, le groupe de travail se prononce en faveur d'une approche individualisée et non systématique de la préparation des doses aux résidents. Il s'agit bien de laisser les résidents qui en sont capables prendre en charge leurs médicaments, à l'appréciation du médecin prescripteur en lien avec le médecin coordonnateur.

Sur la préparation des doses à administrer et le rôle possible du pharmacien d'officine, deux solutions sont envisagées par le groupe de travail :

1) Soit la préparation des doses est effectuée par le personnel infirmier au sein de l'établissement ; c'est la solution de droit commun, qui a été prise en compte dans l'allocation des moyens de soins à l'établissement ;
2) Soit la préparation des doses est effectuée par un pharmacien d'officine, titulaire ou adjoint, au sein de l'établissement dans le cadre de la convention précitée.

Les représentants des pharmaciens d'officine refusent cette dernière solution. La DSS considère qu'il est préférable que les doses à administrer soient préparées par le personnel de l'EHPAD compte tenu des responsabilités pouvant être mises en jeu en cas de préparation par le pharmacien d'officine et afin d'éviter les demandes de rémunération spécifique pour cette prestation. La DGS et la DHOS ne sont pas opposées à la préparation à l'EHPAD par un pharmacien, de même que la DGAS qui souhaite n'exclure aucune possibilité.

Les représentants des EHPAD souhaitent que soit rajoutée la possibilité de préparer les doses à administrer à l'officine, modalité à laquelle les représentants des pharmaciens d'officine et les administrations centrales sont opposées.

Quelle que soit la formule retenue, le groupe de travail recommande de préparer les doses et les mettre sous piluliers pour une durée maximale d'une semaine et de prévoir une procédure spécifique pour gérer les changements de traitement.

- **Sur l'administration aux résidents** :

Le code de la santé publique confie, dans les EHPAD comme dans les établissements de santé, l'administration du médicament au personnel infirmier mais lui permet, sous sa responsabilité, de déléguer cette fonction aux « aides-soignants, auxiliaires de puériculture et aides médico-psychologiques » (cf. supra).

Face à la fréquence des pratiques d'administration du médicament par du personnel non soignant (veilleur de nuit, auxiliaire de vie, etc), le groupe de travail souhaite rappeler que l'administration du médicament devrait pouvoir être opérée par le personnel soignant.

Se pose également la question de la modification de la forme galénique du médicament pour faciliter son absorption par le patient (gélules ouvertes, comprimés broyés) qui reste une pratique courante au sein des établissements. Le groupe de travail souhaite que l'industrie pharmaceutique poursuive ses efforts pour mettre à disposition des personnes âgées des médicaments avec une forme adaptée.

De plus, des informations précises devraient être communiquées au personnel soignant, par le pharmacien d'officine conventionné ou de la PUI si l'établissement en dispose, sur les

possibilités de modifications de forme galénique et les cas de contre-indications formelles. Ces informations seraient contenues dans des fiches générales portant sur les médicaments figurant sur la liste des médicaments préférentiels, qui seraient élaborées au niveau national et ensuite relayées auprès du personnel soignant de l'établissement par le pharmacien.

FICHE SUR LES ELEMENTS D'UNE CONVENTION ENTRE OFFICINE ET EHPAD

Afin de légaliser, d'améliorer et d'harmoniser les conditions de l'intervention des pharmaciens d'officine au sein des EHPAD, le groupe de travail propose que celles-ci soient définies par une convention signée entre l'établissement et l'officine qu'il aura choisie après mise en concurrence pour approvisionner et dispenser les médicaments de ses résidents.

Le principe de cette convention sera inscrit dans le code de la santé publique par voie législative. Il sera prévu une convention type, dont le contenu sera défini par voie réglementaire. Ses principaux éléments tels que définis par le groupe de travail sont les suivants :

- **Organisation de la coordination entre l'établissement et le pharmacien :**

- respect de la liberté de jugement du pharmacien dans l'exercice de ses fonctions ;
- facilitation, dans l'intérêt du patient hébergé, des relations entre le pharmacien signataire et le personnel médical ; mise en place d'un système de communications personnalisées pour un meilleur suivi des résidents ;
- participation du pharmacien aux réunions consacrées à la prescription et à son évaluation ;
- transmission au pharmacien, en accord avec le médecin coordonnateur et les médecins prescripteurs, et dans l'intérêt du patient sur sa stricte autorisation, des éléments du dossier médical nécessaire à l'exercice de son rôle ;
- définition par le personnel soignant, sous l'autorité du médecin coordonnateur, d'une procédure d'urgence (notion de gravité, de délais d'approvisionnement) soumise au pharmacien d'officine pour accord ;
- signalement au pharmacien des modifications dans la liste des résidents (entrées et sorties) et transmission, en cas de compte débiteur d'un patient, de tous les éléments lui permettant de recouvrer sa créance ;
- reconnaissance au pharmacien d'officine de la qualité d'intervenant telle que définie dans le volet « prescription médicamenteuse, du bon usage des médicaments » dans les recommandations de bonnes pratiques de soins en EHPAD (DGAS-DGS 2004) ;
- choix de systèmes informatiques compatibles entre l'établissement et l'officine.

- **Organisation de la coordination entre le pharmacien et l'équipe soignante de l'établissement**

- contact individualisé avec le malade : visite du pharmacien d'officine au résident notamment lors d'une première dispensation et éventuellement en cas de substitution d'un générique ;
- suivi concerté de l'état de santé des résidents bénéficiant de traitements délivrés par le pharmacien ainsi que de l'observance ;
- participation du pharmacien à l'élaboration en DCI de la liste par classe des médicaments à utiliser préférentiellement (cette liste devrait être révisée au minimum une fois par an) ainsi qu'à l'élaboration de la liste des médicaments pour soins urgents et à leur gestion ;

- contribution du pharmacien à la bonne adaptation qualitative et quantitative du traitement aux besoins thérapeutiques du malade ;
- participation à l'élaboration du circuit du médicament et à son éventuelle informatisation ;
- participation au contrôle du stock par patient et au contrôle des produits de santé périmés ;
- récupération des produits de santé non utilisés ;
- suivi des alertes, des retraits de lots et des décisions de vigilance ;
- participation à la lutte contre la iatrogénie, notamment par l'utilisation d'un logiciel d'aide à la dispensation, la formation du personnel et la remise de documentation ;
- définition avec le médecin coordonnateur de la notion d'urgence pour la permanence des prestations pharmaceutiques.

➢ **Tenue d'un dossier pharmacothérapeutique pour chaque résident**

- identification de l'établissement ;
- identification du patient, y compris âge, sexe et, si nécessaire médicalement, clairance de la créatinine ;
- historique de six mois minimum des délivrances de produits de santé ;
- tout élément physiologique significatif ;
- toute information significative et jugée utile par le médecin coordonnateur ;
- situations particulières (analyse de la prescription, historique médicamenteux) ;
- incidents éventuels constatés dans le suivi des traitements ;
- accès sécurisé aux données nécessaires du DMP ;
- contacts avec le médecin traitant et éventuels ajustements de traitement.

➢ **Remise d'une fiche d'accompagnement thérapeutique**

- destinée à la bonne compréhension et à l'observance du traitement soit directement au résident soit à l'équipe soignante ;
- s'agissant des médicaments : posologie, durée de traitement, précautions d'emploi, informations nécessaires au bon usage du médicament délivré et en particulier en cas de prescription en DCI ou de substitution, éventuelles précautions à prendre, ainsi que tout renseignement utile à la bonne compréhension du patient ;
- s'agissant des dispositifs médicaux : durée de traitement, conditions d'utilisation et caractéristiques du produit, modalités d'entretien, précautions particulières à prendre.

➢ **Permanence des prestations pharmaceutiques**

- indication du remplaçant pendant les périodes de congés ;
- communication du tableau des pharmacies de garde ;
- livraison immédiate (-dans un délai à fixer entre les parties) en cas d'urgence et sinon dans les 24h ;
- procédure spécifique en cas de modification de traitement.

➢ **Suivi de la consommation de produits de santé par les patients**

- mensuelle, trimestrielle et annuelle ;
- communication des consommations individuelles aux seuls médecins (coordonnateur et prescripteur concerné) mais communication de la consommation collective élargie.

- **Bonne adaptation du coût des produits délivrés**

- génériques ;
- dispositifs médicaux et prestations associées remboursables les moins onéreux parmi ceux adaptés aux besoins du patient.

- **Non facturation des prestations servies en officine à des résidents lorsque le médicament et les dispositifs médicaux sont intégrés dans le forfait de soins de l'établissement**

- **Préparation des doses à administrer**

- sur prescription médicale exclusivement ;
- dans le respect de l'autonomie des personnes ;
- dans des conditions permettant d'assurer la qualité et la traçabilité (lieux et personnel notamment) : préparation dans l'EHPAD par du personnel de l'établissement, ou par un pharmacien d'officine (titulaire ou adjoint) - cf. fiche sur la dispensation et l'administration des médicaments.

- **Durée de la convention**

- 1 an renouvelable

- **Remise sur les prix**

- plafonnée et partagée entre l'EHPAD et l'assurance maladie – cf. fiche sur l'approvisionnement.

FICHE SUR LES DEPENSES DE MEDICAMENTS EN EHPAD

Du fait de leur poids dans les dépenses de santé (21 % de la consommation de soins et de biens médicaux en 2003) et de leur taux annuel d'évolution, les dépenses de médicaments font l'objet d'une attention particulière et sont au centre de nombre d'études.

La consommation de médicaments par les personnes âgées reste pour autant mal connue. En effet, cette consommation reste difficile à cerner dans sa globalité pour diverses raisons :

- multiplicité des modes de prise en charge des médicaments (en ville, dans le cadre de forfaits, au sein de la dotation hospitalière…)
- difficultés à identifier l'ensemble de la population âgée, dispersée entre des prises en charge à domicile, en maison de retraite, en établissement de santé…

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. La plupart des enquêtes font appel, en effet, à une exploitation des bases de remboursement des caisses d'assurance maladie qui ne couvrent que les soins remboursés en ambulatoire, sans distinguer entre les personnes résidant à domicile et celles hébergées en établissement.

1) L'absence de données récentes sur la consommation globale de médicaments en EHPAD

Pour cerner la consommation de médicaments dans les EHPAD, il est nécessaire de croiser plusieurs données, en raison de la coexistence de différents modes de prise en charge de ces dépenses :

- une grande part de ces dépenses sont prises en charge sur **l'enveloppe « soins de ville »** de l'ONDAM. Il en est ainsi pour les résidants d'établissements qui n'ont pas encore signé de conventions tripartites et qui ne sont pas médicalisés ou qui sont partiellement médicalisés, lorsque la personne âgée ne relève pas de la section de cure médicale ou de la section de soins courants. Pour les établissements ayant signé une convention tripartite, tout dépend si la convention prévoit ou non l'intégration des médicaments dans les tarifs « soins ». Si cette intégration n'est pas prévue, les médicaments sont pris en charge en ambulatoire. Il est à noter que c'est aujourd'hui la règle générale, et ce depuis la loi du 4 mars 2002 qui a fait « sortir » les médicaments des forfaits soins, à l'exception des établissements disposant d'une pharmacie à usage intérieur ;
- les dépenses de médicaments des sections de cure médicale et des sections de soins courants sont prises en charge, dans le cadre de forfaits, sur **l'enveloppe médico-sociale** de l'ONDAM, et ce tant que l'établissement n'a pas signé de conventions tripartites. Il en est également ainsi pour les établissements qui ont signé une convention tripartite avant la loi du 4 mars 2002 (dans la mesure où aucun avenant n'a été ultérieurement signé) et ceux qui ont signé une convention après cette date mais qui disposent d'une PUI ;
- les dépenses de médicaments des unités de soins de longue durée sont prises en charge sur **l'enveloppe hospitalière** de l'ONDAM.

Aucun rapprochement récent n'a été effectué sur ces différentes données, dont certaines présentent, de plus, des marges importantes d'incertitudes (dépenses hospitalières). Ainsi, le montant souvent évoqué d'une dépense de médicaments dans les EHPAD qui se situerait autour de 700 millions d'euros repose sur des données déjà anciennes. Ces estimations sont, en effet, issues des données remontées dans le cadre de l'échantillon ERNEST[3] et des enquêtes EHPAD II et III, données qui datent, pour les plus récentes, de l'année 2000.

En ce qui concerne les dispositifs médicaux, l'indigence des données est encore plus patente, dans le mesure où l'absence de codage de ces matériels ne permet pas de disposer de statistiques de remboursement par type de matériel pour ceux remboursés en ambulatoire.

2) Les enquêtes exploitées dans le cadre du groupe de travail :

Le groupe de travail a souhaité disposer de données plus récentes sur le médicament dans les EHPAD. C'est pourquoi il a, d'une part, demandé à accélérer l'exploitation d'une enquête préalablement lancée par les caisses nationales d'assurance maladie, et d'autre part commandé deux enquêtes propres, l'une effectuée par la DHOS auprès d'un échantillon de DDASS, l'autre réalisée par la FHF et la CNDEHPAD.

- **Premiers résultats issus de l'enquête pilotée par la CNAMTS sur la prise en charge des médicaments en EHPAD:**

Objet : obtenir des données actualisées sur les dépenses de médicaments et dispositifs médicaux dans les EHPAD dans le cadre de l'enquête plus vaste lancée par les caisses nationales d'assurance maladie pour évaluer la réforme de la tarification.

Objectifs :
- obtenir le montant et l'évolution des dépenses de médicaments et dispositifs médicaux dans les EHPAD ;
- analyser l'impact de la réforme de la tarification ;
- mener des comparaisons entre l'évolution constatée dans les établissements ayant signé une convention tripartite intégrant les médicaments et dispositifs médicaux et dans ceux qui n'ont pas signé de convention ou exclu les médicaments et dispositifs médicaux des forfaits soins.

Champ de l'enquête :

La CNAMTS a décidé de lancer, avec l'appui de la MSA et de la CANAM, une enquête visant à évaluer l'impact pour l'assurance maladie de la réforme de la tarification des EHPAD et analyser les objectifs qualitatifs inscrits dans les conventions tripartites.

L'enquête porte sur les dépenses de soins du dernier trimestre 2002 d'un échantillon de 223 établissements conventionnés et 149 non signataires présents dans six régions, que ces dépenses soient prises en charge en ville et/ou sur la dotation soins de l'établissement.

[3] Sur la base d'un échantillon initial de 1 029 établissements relevant des différentes strates d'établissement qui a été ensuite ramené à 557 établissements pour lesquels les données ont pu être validées.

Le cadre d'enquête a été constitué des documents suivants : les conventions tripartites ; les données budgétaires des forfaits soins obtenues par les CRAM auprès des DDASS ; des requêtes effectuées auprès des caisses pour obtenir les montants de soins remboursés en ville.

Principaux résultats :

Concernant la prise en charge des médicaments, les premiers résultats de l'enquête exploités pour le groupe de travail permettent de comparer le coût du médicament en fonction des différentes situations suivantes :

- existence ou non d'une PUI :

L'analyse des coûts porte sur un faible échantillon de 62 des 223 établissements signataires d'une convention (11 avec PUI et 51 sans PUI). Le coût moyen par place et par jour s'élève à 2,71 €. Il semblerait que le coût moyen ne soit que très légèrement plus élevé en l'absence de PUI (2,73 €) qu'en présence d'une PUI (2,64 €), mais la dispersion des résultats est importante au sein des deux catégories.

Ces résultats ont d'autant plus surpris le groupe de travail que cette comparaison n'intègre pas le coût de fonctionnement des PUI qui viendrait s'ajouter au coût brut du seul médicament.

C'est pourquoi il a été demandé à la CNAMTS de vérifier ces données et de proposer une explication si ces résultats sont confirmés.

Le correctif apporté par la CNAMTS fait apparaître les résultats suivants : sur le même échantillon, le coût moyen par place et par jour s'élève à 3,08 €. L'enquête constate finalement un coût inférieur d'un demi euro dans les structures disposant d'une PUI (2,71 €) par rapport aux structures sans PUI (3,21 €). La dispersion des résultats demeure très importante dans chaque catégorie.

- signature ou non d'une convention tripartite :

Le groupe de travail a également été surpris de ces éléments de comparaison puisque l'enquête montre que le montant remboursé des médicaments est plus élevé pour les établissements qui ont signé une convention (2,75 €) que pour ceux qui n'en ont pas signée (1,78 €), et que l'augmentation du coût de prise en charge des médicaments, comparativement aux enquêtes précédentes (1999-2000), a été beaucoup plus importante pour les structures signataires (+ 66 %) que pour les structures non signataires (+ 27 %).

De même, il a été demandé à la CNAMTS de vérifier la nature des places prises en compte pour le calcul, car les établissements non conventionnés restent sous le double régime de places de cure médicale prises en charge sur le forfait de soins et des places restantes prises en charge sur l'enveloppe de soins de ville ; pour les établissements signataires, des proratisations peuvent être nécessaires, en fonction de la date d'effet de la convention. Ces précisions n'ont pas pu être apportées avant la dernière réunion du groupe de travail.

- exclusion ou inclusion du médicament dans le forfait :

Enfin, l'enquête fait apparaître un coût moyen journalier similaire que le médicament soit inclus ou exclu du forfait soins (1,60 €).

Cette comparaison porte sur un échantillon restreint (médicament exclu du forfait pour 45 établissements et inclus pour 118 établissements) et sur les données anciennes issues de l'enquête ERNEST (1999-2000).

Le groupe de travail a demandé des précisions à la CNAMTS sur la méthodologie employée pour effectuer cette comparaison mais ces précisions n'ont pas pu être apportées avant la dernière réunion du groupe de travail.

Par ailleurs, l'enquête de la CNAMTS a permis de confirmer que la consommation des médicaments n'est pas liée à l'état de dépendance du résident.

- **Enquête effectuée auprès d'un échantillon de DDASS sur l'évolution des dépenses de médicaments et dispositifs médicaux dans les EHPAD:**

Objet :
- obtenir des données sur l'évolution des dépenses de médicaments et dispositifs médicaux pour des établissements ayant eu à gérer ces dépenses dans le cadre des conventions tripartites qu'ils ont signées ;
- à l'occasion de cette enquête, interroger les DDASS sur leurs pratiques en ce qui concerne la prise en charge des dispositifs médicaux, à la suite de leur sortie du forfait de soins qui semble avoir posé des difficultés de gestion importante au plan local.

Objectifs :
- étudier les conditions d'évaluation initiale des budgets médicaments et dispositifs médicaux dans leur budget soins : sur la base de données réelles, déclaratives, ou d'ERNEST, etc ;
- analyser sur au moins deux ans après la signature des conventions tripartites l'évolution des dépenses de médicaments et dispositifs médicaux ;
- évaluer l'incidence de l'existence d'une PUI sur les dépenses et leurs évolutions.

Champ de l'enquête :

L'enquête a porté sur les établissements ayant signé une convention tripartite entre le 4 mai 2001 et le 4 mars 2002 ainsi que les établissements ayant signé une convention en 2003 et disposant d'une PUI. 16 DDASS ont été retenues pour constituer l'échantillon de l'enquête.

Résultats :

L'exploitation de l'enquête a porté sur les réponses de 13 DDASS représentant 166 établissements et donne les résultats suivants :

- Le nombre de médecins prescripteurs est élevé et très dispersé selon les établissements :

Il est en moyenne plus élevé dans les établissements sans PUI (14 contre 8) et présente une dispersion plus forte.

- Les modalités du calcul initial de la dotation de soins au moment du conventionnement n'ont pas été homogènes :

L'enquête montre que l'enveloppe a été initialement évaluée à l'aide de données déclaratives (1/3 des cas), des données ERNEST (1/3) ou des données de l'assurance maladie (10 %). 25 % des DDASS n'ont pas renseigné cette rubrique.

- L'enquête fait apparaître une dispersion très forte des coûts journaliers de médicaments et dispositifs médicaux entre établissements, qu'ils disposent ou non d'une PUI, ce qui rend difficile l'interprétation de l'écart de coût selon le mode d'approvisionnement.

L'étude de coûts a porté sur 138 établissements (112 sans PUI et 26 avec PUI).

En €	**Coût moyen journalier en 2002**		**Coût moyen journalier en 2003**		**Evolution entre 2002 et 2003**	
Ensemble des établissements (138)	3,22		3,58		+ 11,11 %	
	Mini 2,22	*Maxi 4,14*	*Mini 2,56*	*Maxi 4,47*	*Mini - 7,8 %*	*Maxi + 31,8 %*
Etablissements sans PUI (112)	3,51		3,94		+ 12,2 %	
	Mini 2,22	*Maxi 4,21*	*Mini 2,56*	*Maxi 4,90*	*Mini - 7,8 %*	*Maxi + 31,8 %*
Etablissements avec PUI (26)	2,64		2,81		+ 6,6 %	
	Mini 2,05	Maxi 3,75	Mini 2,37	Maxi 3,79	Mini - 10,8 %	Maxi + 17,3 %

Compte tenu de la forte dispersion des coûts entre établissements, l'écart de coût moyen journalier, de 0,87 € en 2002 et de 1,12 € en 2003 entre établissements disposant ou non d'une PUI, est à relativiser. De plus, si on intègre le coût de fonctionnement des PUI qui semble très majoritairement compris entre 0,5 € et 1,5 €, l'écart de coût entre PUI et coût en ville devient très nettement inférieur à l'euro.

- Un nombre important d'établissements conventionnés avant le 4 mars 2002 a signé en 2003 un avenant pour exclure le médicament du forfait soins (36 des 136 établissements sans PUI soit 26 %).

- Par ailleurs, une deuxième partie de l'enquête effectuée auprès des DDASS portant sur la prise en charge des dispositifs médicaux confirme l'hypothèse que leur sortie du forfait soins a donné lieu à des traitements très divergents selon les départements (prise en charge en ville ou sur le forfait soins de tout ou partie des dispositifs médicaux ; pratiques homogène ou non des DDASS en fonction des établissements).

  - **Enquête effectuée par la FHF et la CNDEHPAD sur le coût des médicaments en PUI et en officine :**

Objet : comparer le coût des médicaments en PUI et en officine.

Objectifs :
- évaluer le coût de fonctionnement d'une PUI ;
- comparer le coût des médicaments en PUI et en officine.

Champ de l'enquête :

L'enquête a été lancée sur la base du volontariat auprès des établissements publics (strates 1 et 2) du réseau de la FHF et de la CNDEHPAD. 91 établissements ont répondu au questionnaire, 49 disposant d'une PUI et 42 s'approvisionnant auprès d'une officine de ville.

Afin d'établir le coût complet du médicament lorsque l'établissement dispose d'une PUI, les établissements ont été interrogés sur : le coût annuel des médicaments, de l'amortissement du local de la PUI, de l'amortissement du matériel de la PUI, du salaire du pharmacien et du préparateur.

Résultats :

- Il existe un lien entre la taille de l'établissement et l'existence d'une PUI :

La plupart des établissements avec PUI ont entre 70 et 300 lits. En revanche, la plupart des établissements sans PUI ont une capacité comprise entre 40 et 100 lits.

- la dispersion des coûts est très forte entre établissements, qu'ils aient ou non une PUI.

Dans un établissement sans PUI, les coûts par jour et par place vont de 1,71 € à 4,67 € soit un écart de 2,7 €. Dans un établissement avec PUI, les coûts vont de 1,2 € à 3,8 € environ, soit un écart de 2,6.

- l'écart de coût selon le mode d'approvisionnement est moindre qu'attendu

En moyenne, le coût du médicament s'élève à 3,20 € en ville et 2,74 € en PUI (ce coût se décompose en 1,67 € de dépense stricte de médicament et 1,07 € de coût de fonctionnement : personnel, amortissement, nettoyage, fluides), soit un écart de coût de 0,46 €.

- le coût des médicaments n'est pas lié au GMP de l'établissement, quel que soit leur mode d'approvisionnement.

3) Les enquêtes qui restent à lancer à l'issue du groupe de travail.

Compte tenu de la faible représentativité des données exploitées ci-dessus, le groupe de travail a souhaité que soit lancée une enquête plus fine sur la consommation de médicaments par les résidents en EHPAD.

C'est pourquoi ce thème d'enquête a été inscrit au programme de travail de la Direction de la Sécurité Sociale (DSS), en liaison avec la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) du Ministère en 2005. Le cahier des charges reste à définir.

Le groupe de travail propose que cette enquête permette notamment d'obtenir les données suivantes :

- échantillon de l'enquête : représentation de toutes les strates ERNEST ; identification de la situation des établissements : rurale, périurbaine, urbaine ;

- pratiques de prescription et de consommation de médicaments en EHPAD : liste des médicaments les plus prescrits ; taux de polymédication ; consommation de médicaments coûteux en lien notamment avec les pathologies Alzheimer et associées.
- comparaison entre les modalités d'approvisionnement du médicament : par une PUI ou une officine, en distinguant dans chaque cas si le médicament est inclus ou non dans le forfait soins ;
- interventions des médecins prescripteurs intervenant en EHPAD : nombre de résidents suivis par médecin ; suivi de la liste préférentielle de médicaments lorsqu'elle existe et influence sur la prescription ;
- connaissance de la couverture sociale des résidents : nombre d'ALD, part des résidents disposant d'une couverture complémentaire santé, montant du reste à charge pour le résident ; etc.

4) Conclusions du groupe de travail.

Les enquêtes réalisées présentent des limites méthodologiques communes qui ne permettent pas de généraliser les résultats obtenus. En effet, les échantillons sont de taille très réduite et ne sont pas représentatifs de l'ensemble des EHPAD. De plus, les enquêtes n'ont pas recueilli de données sur les résidents concernés ou établi de profils de consommation ; elles restent donc très globales.

Sous ces réserves, le groupe de travail retient les conclusions suivantes.

- Il n'existe aucune corrélation entre le coût du médicament et le GMP, et donc l'état de dépendance des résidents.

- Un nombre important d'EHPAD a procédé après le 4 mars 2002 à la signature d'avenants à la convention tripartite afin d'exclure le médicament et les dispositifs médicaux du forfait soins : 26 % de l'échantillon de l'enquête DDASS et 21 % de l'échantillon de l'enquête CNAMTS.

- La forte dispersion des coûts de médicaments et dispositifs médicaux entre établissements, qu'il y ait ou non une PUI, est commune aux trois enquêtes.

- L'écart de coût moyen du médicament selon le mode d'approvisionnement (PUI ou officine) semble inférieur à un demi euro si l'on intègre le coût de fonctionnement de la PUI (charges de personnel, amortissement, nettoyage, etc).

Cet écart de coût reste difficile à interpréter d'autant plus que le coût de fonctionnement des PUI recouvrent des prestations de service très différentes : le coût de fonctionnement des PUI qui préparent les doses à administrer (ce qui se traduit par un gain de temps infirmier pour l'établissement) est plus élevé, même s'il apparaît qu'une faible part des PUI sont concernées (20 % des PUI selon l'enquête DDASS et 30 % selon l'enquête FHF-CNDEHPAD préparent les doses à administrer).

Ces résultats font clairement ressortir la nécessité d'une meilleure connaissance des EHPAD, ce qui souligne l'intérêt et l'urgence de l'enquête inscrite au programme 2005 de la DSS.

FICHE SUR LA PRISE EN CHARGE FINANCIERE DES MEDICAMENTS EN EHPAD

1) Rappel des évolutions du régime de prise en charge financière du médicament dans les EHPAD :

- *Première étape : l'intégration du médicament dans le forfait soins dans le cadre du tarif global*

Le décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes prévoit la mise en place de trois tarifs journaliers dont un tarif afférent aux soins. Celui-ci recouvre, selon l'article 4 du décret, « *les prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affectations somatiques et psychiques des personnes résidant dans l'établissement, ainsi que les prestations paramédicales correspondant aux soins liées à l'état de dépendance des personnes accueillies* ».

Le décret ouvre aux établissements un droit d'option tarifaire (art.9) entre un tarif global et un tarif partiel. L'intégration des médicaments dans les tarifs soins n'est prévue que dans le cadre du tarif global (art. 10).

Il est à noter que la circulaire DGAS/Marthe/DHOS/DSS n° 2000/475 du 15 septembre 2000 prévoit un dispositif particulier de prise en charge des médicaments « coûteux » pour les petits établissements. Elle part en effet du principe que la prise en charge de ces médicaments ne pose pas de problèmes particuliers pour les établissements importants qui ont la capacité financière suffisante pour « moyenner » (sic) ces surcoûts dans le cadre des allocations de ressources annuelles, mais que la situation est totalement différente dans les petits établissements. Il est donc suggéré pour ces derniers –qui ne sont par ailleurs pas définis- d'allouer les ressources en prenant en compte la moyenne des dépenses constatées sur les trois ou cinq dernières années. Dans les années de « basses dépenses médicamenteuses » (sic), du fait de la présence d'un nombre plus faible de résidents présentant des pathologies lourdes, les établissements sont invités à virer ces « économies » sur un compte de provisions pour risques d'exploitation (sous-compte particulier) ou d'affecter l'excédent d'exploitation né de ces « économies » au compte « réserve de compensation ». Ainsi, en période de « hautes dépenses médicamenteuses » (sic), des crédits pourront être virés, soit du poste de « provisions pour risques d'exploitation », soit de la réserve de compensation. Il est, en conséquence, demandé aux DDASS de veiller à ce que, pour les unités potentiellement concernées, le compte de provision visé et la réserve de compensation soient complétées au niveau de l'écart entre les dépenses moyennes constatées et le niveau le plus élevé des 3 ou 5 dernières années. Une augmentation du budget « soins » est également autorisée pour les malades dont le coût annuel constaté des médicaments consommés dépasse 30 000 francs (environ 4 570 euros).

- *Deuxième étape : l'intégration du médicament dans le forfait soins quel que soit le tarif retenu :*

Le décret n° 2001-388 du 4 mai 2001 modifie cette situation, car les médicaments font désormais l'objet d'un traitement indifférencié selon l'option tarifaire retenue. Selon ce décret

et l'arrêté du 4 mai 2001, l'intégration des médicaments dans les tarifs soins est prévue aussi bien dans le cadre du tarif partiel que du tarif global.

La circulaire DGAS/DHOS/MARTHE du 29 mai 2001 apporte quelques compléments sur les conditions pratiques de cette prise en charge des médicaments :

- elle encourage les établissements à développer les procédures de mise en concurrence pour leur achat, ainsi que les formules de coopération et de groupements d'achat.
- elle rappelle également les règles de lissage des dépenses liées aux médicaments « coûteux » pour les petites structures (cf. *supra*).

- *Troisième étape : le régime actuel de prise en charge du médicament sur l'enveloppe de soins de ville de l'assurance maladie*

Par amendement à la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, il a été décidé de retirer les médicaments de la liste des charges prises en compte et financées dans le cadre du tarif soins, aussi bien dans le cadre du tarif global que du tarif partiel. La seule exception admise concerne les établissements disposant d'une pharmacie à usage intérieur et, de façon générale, l'ensemble des établissements de santé. En effet, l'amendement tel qu'il a été rédigé concerne seulement les «établissements et service visés au 6° du I de l'article L312-1 du CASF », à savoir les établissements et services médico-sociaux qui « accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ». Les USLD et maisons de retraite hospitalières, qui n'ont pas été transformées en établissement médico-social, continuent donc à relever des anciennes règles.

Article 96 de la loi du 4 mars 2002 :

L'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Dans les établissements et services visés au 6° du I de l'article L. 312-1 qui ne disposent pas de pharmacie à usage intérieur, les prestations de soins mentionnées au 1° de l'article L. 314-2 ne comprennent pas l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables mentionnée à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, ni ceux des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du même code. »

La circulaire DHOS/MARTHE/DGAS du 10 avril 2002 est venue préciser les règles relatives à la prise en charge des médicaments, à la suite de l'article 96 de la loi relative aux droits des malades. Elle indique notamment que les nouvelles règles de prise en charge ne s'appliquent qu'aux conventions tripartites signées à partir du 5 mars 2002. Les conventions précédemment signées ne sont pas modifiées, et ce pour la durée de leur application, en l'absence d'avenants. La circulaire invite, à ce titre, les DDASS à refuser la signature de tout avenant aux conventions qui prévoirait la « sortie » des médicaments des tarifs soins. De plus, cette circulaire modifie les règles de calcul de la dotation minimale de convergence en soins pour tenir compte de cette « sortie » des médicaments et dispositifs médicaux[4].

[4] Elle retranche forfaitairement 180 points GIR du calcul du GMP soins. Celui-ci est désormais égal à GMP+120 hors USLD contre GMP+300 précédemment.

2) Conséquences de la sortie du médicament du forfait de soins :

La prise en charge du médicament sur l'enveloppe des soins de ville pose des questions majeures en termes de santé publique et de maîtrise des dépenses de santé.

La sortie du médicament de la dotation de soins de l'établissement est contradictoire avec l'esprit de la réforme de la tarification visant à accroître la médicalisation et à améliorer la qualité de la prise en charge au sein des établissements. En effet elle réduit le rôle du médecin coordonnateur ; en l'absence d'une gestion financière du médicament, il lui est plus difficile de veiller à l'optimisation de la prescription médicamenteuse, de lutter contre la iatrogénie et d'encourager la professionnalisation et l'harmonisation des pratiques en cohérence avec le projet de soins de l'établissement.

Cette prise en charge par l'enveloppe de soins de ville est également contradictoire avec les pratiques de dispensation et d'administration du médicament au sein des établissements. En effet, l'établissement gère de fait le médicament (l'état de dépendance des patients les empêche le plus souvent de se rendre à la pharmacie d'officine ; l'établissement reçoit donc les médicaments des résidents et charge son personnel soignant de leur administration au patient) sans en gérer en amont l'enveloppe financière.

L'absence de gestion de l'enveloppe emporte aussi des conséquences économiques. L'achat des médicaments, sous le contrôle médicalisé du médecin coordonnateur (respect de la liste de médicaments préférentiels pré-établie), permettrait de réaliser des économies au moment de l'approvisionnement. L'établissement pourrait en effet obtenir des rabais auprès des pharmacies d'officine en procédant lui-même à l'achat de médicaments par appel d'offre.

Il existe par ailleurs un risque d'augmentation du coût du médicament pour les patients eux-mêmes qui ne seraient pas dotés d'une mutuelle et devraient alors s'acquitter du paiement du ticket modérateur alors que le coût global du médicament était préalablement pris en charge dans l'enveloppe de l'établissement et donc neutre pour le résident. Il n'existe cependant pas de données précises sur la couverture sociale complémentaire des patients résidents en établissements.

3) Conclusions du groupe de travail :

Le groupe de travail, à l'exception de la FSPF et de l'APR, propose de revenir au dispositif de 1999 qui prévoyait un droit d'option à l'intégration du médicament dans le forfait de soins.

Cependant, pour ceux qui souhaiteraient opter pour la réintégration, l'expérience acquise par les établissements de la gestion du médicaments dans le forfait soins, confirmée en partie par les enquêtes réalisées, montre la nécessité d'affiner les modalités de calcul et d'évolution de la dotation de soins.

C'est pourquoi, il est proposé à terme de fonder la tarification du médicament dans la dotation de soins sur un outil médicalisé.

De même que la grille AGGIR permet d'évaluer la dépendance des personnes âgées et est utilisé comme outil de tarification, un outil, PATHOS, pourrait permettre une approche médicalisée de la tarification dans le forfait soins des dépenses de médicaments. Les circulaires budgétaires du 10 avril 2002 et du 30 août 2004 permettent d'ailleurs déjà pour

affiner l'évaluation des besoins en soins techniques d'utiliser les résultats d'une coupe PATHOS.

Pour permettre la réintégration du médicament dans les dotations de soins en fondant l'évaluation de cette dotation sur PATHOS, plusieurs pré-requis sont nécessaires :

1° validation de PATHOS comme outil de tarification ;
2° modalités d'exclusion du forfait des traitements médicamenteux rares et coûteux ;
3° modalités de la réintégration.

1° Validation de PATHOS comme outil de tarification :

Cet outil a été développé en partenariat par le Syndicat National de Gérontologie Clinique et le service médical de la CNAMTS afin d'évaluer à partir des situations cliniques observées les soins médico-techniques nécessaires pour assumer la prise en charge de l'ensemble des pathologies d'une population de personnes âgées. Pour chaque personne, les situations pathologiques sont repérées sur un thésaurus de 50 états pathologiques ; chaque état est ensuite caractérisé par l'un des 12 profils de stratégie thérapeutique, ou profils de soins. Les 240 « couples état pathologique – profils de soins » qui en découlent déterminent par patient les niveaux de soins nécessaires à 8 niveaux : médecin, psychiatre, infirmier, rééducation, psychothérapie, biologie, imagerie et pharmacie.

Cet outil d'évaluation médicale peut devenir un outil de tarification par l'association de temps de professionnels de santé, d'actes ou de prescriptions médicamenteuses nécessaires pour chaque niveau de soin. Des concepteurs de l'outil estiment aujourd'hui qu'il permettrait de définir trois niveaux de forfait en fonction des populations accueillies, hors médicaments rares et coûteux (cf. note de la CNAMTS en annexe à la présente fiche).

L'outil PATHOS, en tant qu'instrument de tarification, doit cependant être validé, en particulier parce qu'il n'a pas été conçu dans cet objectif. A cet égard, le groupe de travail recommande de saisir la Haute Autorité de Santé dans le cadre de sa mission de formulation de recommandations sur « les conditions de remboursement d'un ensemble de soins ou catégories de produits et prestations » et sur les « protocoles de soins les associant » (art. R.161-71–3°,a) du code de la sécurité sociale). Cette validation devrait notamment comporter : des simulations pratiques montrant de quelle manière PATHOS peut être utilisé comme outil de tarification pour le poste pharmacie ; des simulations comparant les consommations réelles de médicaments et les budgets sur ce poste qui découleraient de son application, pour mesurer l'impact de cette réforme ; une évaluation du coût pour les EHPAD en dépenses supplémentaires (matériel et personnel) pour l'utiliser.

2° modalités d'exclusion du forfait des traitements médicamenteux rares et coûteux

Il est proposé que le champ de la réintégration soit le plus large possible ; mais pour tenir compte des traitements à la fois rares et coûteux qui pourraient être pris en charge sur l'enveloppe de soins de ville, deux options sont possibles :

1) soit la définition d'une liste positive de traitements exclus des forfaits soins. Cette option présente l'avantage de la simplicité pour les établissements mais un double inconvénient : le coût de son actualisation et la gestion des exceptions face à des traitements qui n'auraient pas été prévus par la liste.

2) soit un système d'autorisation administrative préalable : au dessus d'un seuil économique (calcul statistique du montant du dépassement), le traitement est pris en charge par la caisse pivot qui peut procéder a posteriori à des contrôles de pertinence. Cette option peut être source de lourdeurs administratives.

3° modalités de la réintégration des médicaments dans le forfait soins

Trois aspects de ces modalités ont été examinées :

- le calibrage du forfait initial : la réintégration à l'euro n'est pas satisfaisante, car elle aboutit à consacrer les pratiques existantes et peut conduire à avantager les établissements dont les résidents avaient une importante consommation médicalement injustifiée.

Elle n'est donc possible que sous la condition d'un processus de convergence rapide vers le forfait médicalisé et, bien entendu, l'exclusion des médicaments rares et coûteux précédemment définis.

- l'actualisation du forfait : ce point conditionne bien entendu la viabilité économique de la réintégration pour les EHPAD.

Deux actions devraient être menées parallèlement :

. actualisation de PATHOS ;
. suivi de l'évolution des coûts réels, sur un échantillon représentatif des établissements.

Une évaluation de l'effet structure pourrait être confiée au comité économique des produits de santé.

- l'identification spécifique du poste médicaments : cette distinction paraît justifiée, l'évolution du poste médicaments dépendant de facteurs différents de ceux qui régissent les autres coûts pris en charge. La dotation médicament serait identifiée et individualisée dans la dotation soins, et la fongibilité assurée au sein de cette dotation.

l'Assurance Maladie
Caisse Nationale

Note à l'attention de :

Monsieur Pierre DELOMENIE

Objet : Avis de la CNAMTS en date du 09/02/05

LA PRISE EN CHARGE DES MEDICAMENTS DANS LES MAISONS DE RETRAITE MEDICALISEES

L'objet du groupe, défini par le ministère, est de proposer des mesures concrètes pour :
- permettre aux personnes âgées résidant dans les EHPAD de bénéficier des médicaments et des dispositifs médicaux dont elles ont besoin,
- déterminer le niveau des crédits nécessaires à l'intégration de ces dépenses dans l'enveloppe financière relative à la médicalisation de ces établissements,
- proposer des solutions alternatives à niveau de dépense équivalente, qui éviteraient la polymédication des personnes âgées et les accidents iatrogènes consécutifs.

Dans ce cadre et pour ce qui concerne les médicaments, la CNAMTS propose :
1. d'intégrer les dépenses de médicaments dans le forfait de soins avec possibilité d'exclure certains médicaments coûteux et rares correspondant à une utilisation exceptionnelle pour des affections non couramment traitées dans ces structures.
2. d'utiliser l'outil PATHOS pour établir des niveaux de forfaits médicaments dans les EHPAD.

PATHOS permet de connaître les besoins requis en pharmacie en fonction de l'état pathologique des patients. Il évalue les niveaux de soins médico-techniques nécessaires pour prendre en charge la polypathologie des personnes âgées. Pour chaque personne, les situations pathologiques sont repérées sur un thésaurus de 50 états pathologiques, chaque état pathologique étant caractérisé par un profil de stratégie thérapeutique ou profil de soins, choisi parmi 12 profils possibles ; ce qui correspond à 240 "couples état pathologique- profil de soins".

Les "couples état pathologique- profil" présentés par un patient déterminent les niveaux de soins nécessaires dans huit postes de ressources : médecin, psychiatre, infirmier, rééducation, psychothérapie, biologie, imagerie et pharmacie. Huit indicateurs, spécifiques et indépendants, exprimés en niveau moyen de soins nécessaire par individu, mesure les besoins en soins de santé d'une population dans chacun de ces postes. Les besoins en pharmacie ont été établis à partir de protocoles recommandés pour chaque "couple état pathologique- profil". Ces besoins exprimés en points intègrent la thérapeutique la plus "coût/efficace" (par exemple, pour les antiagrégants plaquettaires, l'aspirine plutôt que le PLAVIX®).

Les études du service médical montrent que les besoins dans le poste de pharmacie exprimés par l'outil PATHOS sont homogènes et peu élevés dans les EHPAD. La distribution des niveaux de besoin pour le poste pharmacie (S8 de PATHOS) dans les EHPAD permet de définir des niveaux de forfait dont trois concernent près de 98 % des maisons de retraite et foyers logements (Cf. présentation faite par le Dr Patrice Prévost le 20/01/05 à l'IGAS).

La création de trois niveaux de forfait en fonction des besoins requis permettrait donc une tarification simple et opérationnelle.

Les modalités de calcul de l'échelle tarifaire par PATHOS excluent par construction les médicaments chers qui ne correspondent pas aux affections couramment traitées dans ces établissements.

Pour régler ce problème, l'Assurance Maladie n'entend pas dissocier les médicaments coûteux de ces forfaits en déterminant une liste de médicaments à financer en sus (par exemple : les anticancéreux récents et chers tels que GLIVEC®) à l'instar de ce qui a été fait pour la tarification à l'activité. En effet, aller dans ce sens obligerait à passer par la publication d'une liste limitative au Journal Officiel. L'évolution constante et rapide des thérapeutiques mise à disposition des prescripteurs et des patients nécessiterait des mises à jour fréquentes incompatibles avec ce mode d'agrément.

Déterminer un seuil financier à partir duquel il y aurait facturation individuelle en plus du forfait semble plus pertinent (coût par jour et par médicament supérieur à une certaine valeur à fixer), ce qui permet de ne retenir que des médicaments coûteux et rares d'utilisation exceptionnelle pour des affections non couramment traitées dans les EHPAD. Un contrôle périodique des médicaments bénéficiant d'une facturation individuelle sera réalisé selon les procédures en vigueur avec les conséquences telles que prévues dans la loi de réforme de l'Assurance Maladie du 13/08/2004 en cas de mauvais résultats.

Par ailleurs, il est indispensable de formaliser une contractualisation interne à l'établissement pour la mise en œuvre du respect des bonnes pratiques. Le résultat des contrôles de l'Assurance Maladie sera transmis à l'établissement pour promouvoir les démarches de qualité interne.

Les étapes à prévoir pour la mise en œuvre de la proposition sont les suivantes :

1. saisine par la CNAMTS de la Haute Autorité de santé (HAS) pour valider le modèle PATHOS,
2. test dans quelques établissements afin de :

- mesurer les écarts entre les médicaments prescrits dans les établissements et ceux retenus dans les protocoles standard de PATHOS pour en apprécier les causes,
- déterminer le seuil financier pour les médicaments coûteux et rares hors forfait.

Le Médecin Conseil National Adjoint **La Directrice déléguée aux risques**

Docteur Pierre FENDER **Sylvie LEPEU**

FICHE SUR LA PRISE EN CHARGE FINANCIERE DES DISPOSITIFS MEDICAUX EN EHPAD

1) Rappel des évolutions du régime de prise en charge financière des dispositifs médicaux dans les EHPAD :

- *Première étape : l'intégration des dispositifs médicaux dans le forfait de soins quel que soit le tarif retenu*

Le décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes prévoit la mise en place de trois tarifs journaliers dont un tarif afférent aux soins. Celui-ci recouvre, selon l'article 4 du décret, « *les prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affectations somatiques et psychiques des personnes résidant dans l'établissement, ainsi que les prestations paramédicales correspondant aux soins liées à l'état de dépendance des personnes accueillies* ».

Le décret ouvre aux établissements un droit d'option tarifaire (art. 9) entre un tarif global et un tarif partiel mais l'intégration des dispositifs médicaux dans le forfait soins est prévue quel que soit le tarif choisi par l'établissement. En effet, le décret d'avril 1999 prévoit une intégration dans le tarif soins, aussi bien pour le tarif partiel que pour le tarif global, d'une liste de petit matériel médical et fournitures médicales fixée par arrêté du ministre chargé des personnes âgées, ainsi que d'une liste de matériel médical amortissable, fixée elle aussi par arrêté du ministre chargé des personnes âgées.

Le décret n° 2001-388 du 4 mai 2001 et l'arrêté du même jour élargissent la liste des petits matériels médicaux (annexe I) et des matériels amortissables (annexe II) pris en compte dans les tarifs soins (cf. encadré ci-dessous).

ANNEXE I
LISTE DU PETIT MATERIEL MEDICAL
(en gras les compléments apportés à la liste en 2001)

Bandes
Cerceau pour lit de malade
Nutriments pour supplémentation
Ouate
Pansements
Seringues et aiguilles à l'usage des professionnels de santé non rémunérés à l'acte
Sparadrap
Abaisse-langue
Accessoires pour électrocardiogramme
Autopiqueurs et accessoires
Compresses
Crachoirs
Dispositifs médicaux pour stomisés
Doigtier
Etui pénien

Fil à sutures
Gants stériles
Garrot
Masque
Orthèses de série
Poche à urine
Réactifs (urine, sang)
Seringue et stylo injecteur d'insuline
Sonde nasogastrique
Sonde pour rééducation périnéale et électrodes cutanées
Sonde urinaire

ANNEXE II
LISTE DU MATERIEL MEDICAL AMORTISSABLE

Armoire de pharmacie
Aspirateur à mucosité
Béquilles et cannes anglaises
Bouteille d'oxygène et accessoires
Chariot de soins et/ou de préparation de médicaments
Chaise percée avec accoudoirs
Compresseur pour surmatelas pneumatique à pression alternée
Coussin d'aide à la prévention d'escarres
Déambulateur
Électrocardiographe
Fauteuil roulant manuel non affecté à un résident particulier
Lits médicalisés
Matelas d'aide à la prévention d'escarres
Matelas pour lits médicalisés
Matériels nécessaires pour sutures et pansements tels que pinces de Péan, pinces Kocher, ciseaux
Matériel lié au fonctionnement d'une pharmacie à usage intérieur, lorsqu'elle existe, nécessaire à l'exercice des missions définies à l'article L. 595-2 du code de la santé publique
Négatoscope
Otoscope
Pied à sérum
Siège pouvant être adapté sur un châssis à roulettes
Soulève-malade mécanique ou électrique et pèse-personne
Stérilisateur
Stéthoscopes et tensiomètres
Surmatelas d'aide à la prévention d'escarres
Table d'examen
Thermomètres électroniques
Appareil à aérosol
Appareil de mesure pour glycémie
Appareil pour rééducation sphinctérienne
Containers pour stockage des déchets médicaux
Fauteuil roulant à pousser non affecté à un résident particulier
Fauteuil roulant manuel non affecté à un résident particulier
Nutripompe
Système actif de perfusion
Soulève-malade
Verticalisateur

La circulaire DGAS/DHOS/MARTHE du 29 mai 2001 appelle l'attention des DDASS sur le problème des lits médicalisés. Si ceux-ci font partie des dispositifs médicaux pris en charge dans le cadre des tarifs soins, il est rappelé que tous les lits n'ont pas vocation à être médicalisés au regard de l'état de santé et de dépendance des résidents et donc qu'une partie des lits doit continuer à relever de la section « hébergement ».

- *Deuxième étape : le régime actuel de prise en charge des dispositifs médicaux sur l'enveloppe de soins de ville*

Par amendement à la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, il a été décidé de retirer les dispositifs médicaux comme les médicaments de la liste des charges prises en compte et financées dans le cadre du tarif soins. La seule exception admise concerne les établissements disposant d'une pharmacie à usage intérieur et, de façon générale, l'ensemble des établissements de santé. En effet, l'amendement tel qu'il a été rédigé concerne seulement les «établissements et service visés au 6° du I de l'article L.312-1 du CASF », à savoir les établissements et services médico-sociaux qui « accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ». Les USLD et maisons de retraite hospitalières, qui n'ont pas été transformées en établissement médico-social, continuent donc à relever des anciennes règles.

Article 96 de la loi du 4 mars 2002 :

L'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles est complété par un alinéa ainsi rédigé :
« Dans les établissements et services visés au 6° du I de l'article L. 312-1 qui ne disposent pas de pharmacie à usage intérieur, les prestations de soins mentionnées au 1° de l'article L. 314-2 ne comprennent pas l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables mentionnée à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, ***ni ceux des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du même code.*** *»*

Sont donc exclus les dispositifs médicaux couverts par l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale, soit ceux qui sont inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables dite « LPP » établie par arrêté.

Article L165-1 du Code de la sécurité sociale :

« Le remboursement par l'assurance maladie des dispositifs médicaux à usage individuel, des tissus et cellules issus du corps humain quel qu'en soit le degré de transformation et de leurs dérivés, des produits de santé autres que les médicaments visés à l'article L. 162-17 et des prestations de services et d'adaptation associées est subordonné à leur inscription sur une liste établie après avis d'une commission dont le secrétariat est assurée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. L'inscription est effectuée soit par la description générique de tout ou partie du produit concerné, soit sous forme de marque ou de nom commercial. »

2) Conséquences de la sortie des dispositifs médicaux du forfait de soins :

La sortie des dispositifs médicaux entraîne des difficultés d'application de ce nouveau régime de prise en charge ainsi qu'un risque de surcoût important pour l'assurance maladie.

En effet, les organismes d'assurance maladie, les DDASS ainsi que les établissements sont confrontés à des difficultés importantes dans l'application du nouveau régime de prise en charge des dépenses de dispositifs médicaux par l'assurance maladie.

L'article L.314-8 du CASF renvoie à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale et donc à la LPP, liste des produits et prestations remboursables. Mais certains dispositifs médicaux auparavant inclus dans le tarif de soins ne figurent pas à la LPP et ne sont donc théoriquement pas pris en charge par l'assurance maladie (l'armoire à pharmacie par exemple).

De ce fait des pratiques divergentes pour autoriser la prise en charge sur le forfait de soins des dispositifs médicaux exclus de la LPP ont été signalées, ce que l'enquête réalisée auprès des DDASS a confirmé.

De plus, l'exclusion des dispositifs médicaux est génératrice de surcoûts pour l'assurance maladie dans la mesure où les établissements doivent recourir à des prescriptions individuelles pour des produits réutilisables (fauteuils roulants ou lits médicalisés) ou pour des produits collectifs (appareils de relevage des personnes).

L'exemple des lits médicalisés est éloquent : ils doivent désormais être remboursés à titre individuel sur prescription médicale puisqu'ils sont inscrits à la LPP, alors qu'avant la loi de mars 2002 ils faisaient partie de la dotation normale d'équipement de l'établissement, les frais d'amortissement afférents à leur achat étant pris en charge dans le cadre du tarif de soins. Or le coût pour l'assurance maladie des lits médicalisés est plus élevé, puisque la location par l'assuré est plus coûteuse à long terme que l'achat direct par les établissements. Dans ce cas également, des pratiques divergentes semblent exister.

Enfin, cette sortie complique inutilement la gestion de certains dispositifs par les établissements, en nécessitant le recours systématique à des prescriptions médicales. Elle introduit une distinction, parfois artificielle et insatisfaisante, parmi les dispositifs et produits entre ceux inscrits à la LPP et ceux qui ne le sont pas.

Le tableau figurant en annexe 1 illustre la complexité de la situation.

Il existe par ailleurs potentiellement un risque d'augmentation du coût restant à la charge des patients qui ne seraient pas dotés d'une assurance maladie complémentaire et devraient alors s'acquitter du paiement du ticket modérateur alors que le coût global était préalablement pris en charge à 100 % dans la dotation de soins de l'établissement et donc neutre pour le résident. Le problème se pose également lorsque le prix de vente du produit est supérieur au tarif de prise en charge. Il convient cependant de rester prudent en l'absence de données précises sur la couverture sociale des patients résidents en établissements.

3) Conclusions du groupe de travail :

L'article L. 314-8 CASF n'est pas satisfaisant en l'état, en particulier parce qu' il ne prévoit pas la prise en charge des dispositifs médicaux non inscrits sur la LPP, qu'il entraîne la location de dispositifs qui devraient faire partie du matériel de base de l'établissement, et est à l'origine de difficultés administratives, pratiques, sociales et de maîtrise des dépenses.

Le groupe de travail est donc favorable à la réintégration dans le forfait soins d'une partie des dispositifs médicaux :

- seraient ainsi pris en charge sur la dotation de soins les matériels et produits correspondant à l'activité de l'établissement, collectifs ou non individualisables, à la différence de ceux qui sont spécifiques au traitement d'une pathologie propre à certains résidents qui resteraient donc pris en charge sur l'enveloppe de soins de ville ;

- en outre, il conviendrait d'autoriser la prise en charge sur la dotation de soins de dispositifs médicaux non inscrits sur la LPP et donc non pris en charge sur l'enveloppe de soins de ville, mais qui s'inscrivent dans la logique définie ci-dessus.

Le groupe de travail retient donc le principe d'une liste positive précisant les dispositifs médicaux qui peuvent être pris en charge sur le forfait soins de l'établissement.

Sur la base du document fourni par la FSPF (cf. annexe 2), la CNAMTS et la MSA (cf. annexe 3), la DGS (cf. annexe 4) et la DSS (cf. annexe 5) estiment que, contrairement aux propositions d'exclusion du forfait soins exprimées par la FSPF, cinq dispositifs et produits suivants devraient être intégrés dans le forfait soins :

- les nutriments pour supplémentation ;
- les pansements et compresses onéreux comme les hydrocolloïdes ;
- les petits matériels pour incontinents (étui pénien, poche sonde urinaire) ;
- les seringues et stylos injecteurs d'insuline utilisés par les personnels soignants ;
- les matériels d'aide à la prévention des escarres.

La FSPF maintient sa proposition initiale dans laquelle les cinq catégories de dispositifs médicaux précités seraient prises en charge sur l'enveloppe de soins de ville.

Il est recommandé de mettre en place un groupe de travail qui serait chargé de définir cette liste sur le fondement des listes du petit matériel médical et du matériel médical amortissable annexées à l'arrêté du 4 mai 2001 actualisées. Il est déjà apparu en effet que certains matériels d'usage courant pourraient être ajoutés.

Ensuite, une méthode d'évaluation des forfaits devra être définie. Une étude préalable par échantillon sera nécessaire pour connaître le niveau actuel des dépenses de dispositifs médicaux, mais difficile en l'absence de codage des produits de santé. Un second groupe de travail ad hoc pourrait alors être constitué pour procéder à cette évaluation. Le SYNERPA et l'UNIOPSS souhaitent que, dans le calibrage du forfait, soit laissé ouvert aux établissements le choix entre la location ou l'achat de lits médicalisés.

En tout état de cause, il est proposé de prévoir la réintégration des dispositifs médicaux dans le forfait soins des EHPAD à compter du 1er janvier 2006 si possible, et au 1er janvier 2007 au plus tard.

Annexe 1 :
Tableau illustrant, à partir d'un exemple significatif de chacun des cas rencontrés, la complexité de la situation actuelle

Exemple de DM	Situation au regard des arrêtés de 1999 et 2001 : figurent sur ces listes	Situation au regard de la LPP : figurent à la LPP avec ou sans indication restrictive particulière	Mode de prise en charge		
			A maintenir dans le forfait soins	Exclu du forfait soins et donc pris en charge à titre individuel	Pris en charge à titre individuel
Armoire à pharmacie	oui	non	oui		
Lits médicalisés	oui	oui		oui	
Aspirateur à mucosités	oui	Oui à la location exclusivement	Oui (achat)		
Pansements	oui	Oui mais conditions particulières (petit conditionnement)	Oui si achetés dans des conditions différentes que celles de la LPP	Oui pour des pansements spécifiques prescrits individuellement selon la LPP	
Nutriments pour supplémentation	oui	Oui pour certaines indications	Oui si destinés à des résidents dans des indications autres que celles de la LPP (Alzheimer par exemple)	Oui dans les indications listées à la LPP	
Oxygénothérapie	Oui (bouteilles et accessoires)	Oui uniquement sous forme de forfait	Oui (bouteilles et accessoires en cas de réseau fixe)	Oui pour les forfaits de prise en charge	
Appareil auditif	non	oui			oui

Source : direction de la sécurité sociale.

Annexe 2 :
Proposition de la FSPF de répartition des dispositifs médicaux entre une prise en charge sur le forfait soins ou en ville sur la base des listes de 1999 et 2001

DM	dans forfait	hors forfait
Bandes	oui	
Cerceau pour lit de malade	oui	
Nutriments pour supplémentation		oui
Ouate	oui	
Pansements	oui	oui
Seringues et aiguilles à l'usage des professionnels de santé non rémunérés à l'acte	oui	
Sparadrap	oui	
Abaisse langue	**oui**	
Accessoires pour électrocardiogramme	**oui**	
Autopiqueurs et accessoires		**oui**
Compresses	**oui**	
Crachoir	**oui**	
Dispositifs médicaux pour stomisés		**oui**
Doigtier	**oui**	
Etui pénien		**oui**
Fil à sutures	**oui**	
Gants stériles	**oui**	
Garrot	**oui**	
Masque	**oui**	
Orthèses de série		**oui**
Poche à urine		**oui**
Réactifs (urine, sang)	**oui**	
Seringue et stylo injecteur d'insuline		**oui**
Sonde nasogastrique		**oui**
Sonde pour rééducation périnéale et électrodes cutanées		**oui**
Sonde urinaire		**oui**

LISTE DU MATERIEL MEDICAL AMORTISABLE
(en gras les compléments apportés à la liste)

DM	dans forfait	hors forfait
Armoire de pharmacie	oui	
Aspirateur à mucosité	oui	
Béquilles et cannes anglaises	oui	
Bouteille d'oxygène et accessoires		oui
Chariot de soins et/ou de préparation de médicaments	oui	
Chaise percée avec accoudoirs	oui	
Compresseur pour surmatelas pneumatique à pression alternée	oui	
Coussin d'aide à la prévention des escarres		oui
Déambulateur	oui	
Electrocardiographe	oui	
Fauteuil roulant manuel non affecté à un résident particulier	oui	
Lits médicalisés	oui	
Matelas d'aide à la prévention des escarres		oui
Matelas pour lits médicalisés	oui	
Matériels nécessaires pour sutures et pansements tels que pinces de Péan, pinces Kocher, ciseaux	oui	
Matériel lié au fonctionnement d'une pharmacie à usage intérieur, lorsqu'elle existe, nécessaire à l'exercice des missions définies à l'article L.595-2 du code la santé publique	oui	
Négatoscope	oui	
Otoscope	oui	
Pied à sérum	oui	
Siège pouvant être adapté sur un châssis à roulettes	oui	
Soulève malade mécanique ou électrique et pèse personne	oui	
Stérilisateur	oui	
Stéthoscopes et tensiomètres	oui	
Surmatelas d'aide à la prévention des escarres		oui
Table d'examen	oui	
Thermomètres électroniques	oui	
Appareil à aérosol	**oui**	
Appareil de mesure pour glycémie		**oui**
Appareil pour rééducation sphinctérienne		**oui**
Containers pour stockage des déchets médicaux	**oui**	
Fauteuil roulant à pousser non affecté à un résident particulier	**oui**	
Fauteuil roulant manuel non affecté à un résident particulier	**oui**	
Nutripompe		**oui**
Système actif de perfusion		**oui**
Soulève malade	**oui**	
Verticalisateur	**oui**	

Annexe 3 :
Projet de réintégration des dispositifs médicaux dans les forfaits des EHPAD
Analyse des services de la CNAMTS et de la CCMSA

Vous avez souhaité connaître l'expertise en première analyse de la CNAMTS sur les orientations que le groupe de travail que vous présidez a examinées s'agissant de la réintégration des produits de santé remboursables dans les forfaits finançant l'activité des EHPAD.

Je vous confirme que la CNAMTS souhaite que la logique qui présidait au financement de ces établissements avant l'entrée en application de l'article 96 de la loi du 4 mars 2002 soit rétablie, sous réserve d'aménagements et selon des modalités susceptibles de rendre le dispositif parfaitement adapté à leur fonctionnement.

En ce qui concerne les dispositifs médicaux et prestations associées, le projet présenté par la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France, distinguant une liste de produits réintégrés dans les forfaits et une liste de produits demeurant pris en charge individuellement en sus de ceux-ci, paraît cohérent. Il répond à une logique consistant à couvrir par les forfaits, d'une part, bien sûr, tous les matériels qui ne sont pas inscrits à la LPP et, d'autre part, tous les matériels d'un coût faible qui sont généralement indispensables à la bonne réalisation des missions de base des EHPAD.

De fait, il est possible de considérer que la plupart des dispositifs médicaux onéreux ne font pas l'objet d'un usage généralisé de la part des résidents et que, dans la perspective de leur forfaitisation, le calcul de leur impact sur les forfaits serait difficile à établir en l'absence d'instruments opérationnels en l'état.

Les lits médicaux et les fauteuils roulants manuels, qui font partie de l'équipement de base des établissements, constituent ainsi une exception notable dont le projet de la FSPF tient compte en les intégrant aux forfaits ; ce qui met en évidence le sérieux du travail de ce syndicat.

D'une manière générale, le schéma proposé se justifie et mérite donc d'être retenu en raison de l'absence d'outil permettant de connaître le poids financier des dispositifs médicaux et prestations onéreux dans les coûts des EHPAD. Toutefois, le projet présenté mérite d'être amendé sur différents points.

➲ Les nutriments pour supplémentation orale ne peuvent être pris en charge que dans le cadre d'indications médicales limitatives. Les contrôles de l'Assurance Maladie révèlent que celles-ci ne sont respectées que dans moins de 40 % des cas. S'agissant de produits pouvant constituer un mode nutritif à part entière, il est à craindre que leur maintien hors forfait permette à certains établissements d'alimenter par ce moyen leurs résidents les plus dépendants, afin d'économiser les frais de personnels.

➲ Le placement hors forfait des pansements et compresses onéreux, comme les hydrocolloïdes, risque de favoriser un déport des pratiques, injustifié médicalement, vers ces produits dans certains établissements. Les contrôles de l'Assurance Maladie révèlent que l'utilisation inopportune des hydrocolloïdes n'est pas rare.

Il s'agit là de deux dossiers sensibles, pendants à la Commission d'Evaluation des Produits et Prestations, aux implications financières importantes pour l'Assurance Maladie.

➲ Les petits matériels pour incontinents (étui pénien, poche, sonde urinaire) mériteraient d'être réintégrés aux forfaits. Leur impact financier est peu élevé, mais la fréquence de leur utilisation par les personnes âgées dépendantes fait relever ces petits matériels des missions de base des EHPAD.

➲ Les seringues et stylos injecteurs d'insuline pour auto traitement n'ont pas à être forfaitisés ; en revanche, il ne paraît pas cohérent que les seringues utilisées par les personnels soignants pour l'administration de l'insuline aux résidents échappent également à la forfaitisation.

➲ Le maintien hors forfait des coussins et matelas d'aide à la prévention des escarres génère un risque de déport des pratiques vers les produits les plus onéreux ; d'autant plus que ceux-ci peuvent paraître, à tort, un moyen de prévenir les escarres alors que la mobilisation des résidents à risques par du personnel en nombre suffisant est la première et plus efficace mesure de prévention des escarres.

Par ailleurs, il convient d'observer que les sociétés commerciales sont particulièrement présentes sur le marché des dispositifs médicaux et dominent même largement certains champs d'activité comme les prestations de traitement à domicile : la perfusion, l'oxygénothérapie et les autres traitements respiratoires n'apparaissant pas dans le tableau élaboré par la FSPF, sans doute précisément car ils sont peu délivrés par les pharmaciens officinaux, mais dont le coût est élevé.

Il serait très aventureux de laisser ces dépenses hors forfait sans qu'elles soient canalisées par un autre moyen. La convention type qui régira les relations entre les EHPAD et les pharmaciens semble donc devoir être étendue aux autres fournisseurs de produits inscrits à la LPP, notamment les sociétés commerciales mais aussi les acteurs associatifs présents dans ce secteur.

Annexe 4 :
Position de la DGS sur les modalités pratiques de réintégration des dispositifs médicaux dans le tarif des EHPAD

Vous avez souhaité connaître l'avis de la DGS sur la prise en charge d'une partie des produits inscrits sur la LPP dans les forfaits finançant l'activité des EHPAD.

Cette position est de fait plus proche de celle de la CNAMTS et de la MSA que de celle de FSPF à partir du principe suivant :

- remboursement par les forfaits des produits utilisés pour les soins qui correspondent à la vocation de l'établissement, c'est-à-dire ceux qui concernent la prise en charge de la personne âgée et des soins habituels qui lui sont spécifiques : prévenir la dénutrition, l'escarre, suppléer la dépendance, l'incontinence. Ces produits sont les nutriments, les matelas anti-escarres, le matériel d'incontinence, tous les pansements y compris ceux pour le traitement des escarres et ulcères : hydrocolloïdes, alginates, silicones...

- remboursement en sus des forfaits des produits qui relèvent du traitement d'une pathologie particulière qui ne concerne que certains résidents comme par exemple le diabète.

Du point de vue de la qualité des soins, cette situation aurait l'avantage d'accroître le rôle du médecin coordonnateur pour établir et coordonner lui-même un projet de soins global pour l'ensemble de l'établissement et de ses résidents, à partir de protocoles de prévention et de traitement des pathologies propres aux personnes âgées au lieu de laisser chaque médecin traitant prescrire tel pansement ou tel matelas anti-escarre différents.

Par exemple pour la prévention de l'escarre, comme l'indique la CNAMTS, l'utilisation de matériel (matelas, coussins) ne peut constituer qu'un des éléments parmi un ensemble de mesures de nursing des résidents par le personnel soignant. Le respect d'un protocole établi au sein de l'établissement et associant ces différentes mesures peut seul garantir l'efficacité de cette prévention.
Il reviendrait au médecin traitant du résident, généraliste ou spécialiste, de traiter les pathologies particulières à son malade pour lesquelles il établira des prescriptions individuelles.

En suivant cette ligne directrice, des listes de produits ont été établies dans le tableau suivant Pour faciliter la compréhension et assurer l'exhaustivité des listes, les catégories de produits suivent le plan de la LPP en indiquant pour chacune notre avis sur le mode de remboursement :

- forfait petit matériel
- forfait matériel amortissable
- remboursement individuel maintenu par la LPP.

LISTE DM inscrits sur la LPP

	petit matériel	matériel amortissable	LPP	Commentaires
TITRE I				
Appareils à aérosols			x	
Oxygénothérapie A long terme et Appareils à PPC			x	1 bouteille d'oxygène gazeux doit néanmoins être prévue dans l'établissement
Ventilation assistée			x	
Aspirateur à mucosités		x		
Autres DM respiratoires			x	
Appareils à perfusion		Sauf panier de perfusion et ses accessoires et pieds et potences à sérum	x	
Produits pour autocontrôle du diabète			x	
DM pour incontinence urinaire et sondes vésicales	x			
DM pour stomisés			x	
Nutriments pour nutrition orale ou entèrale	x			
Protecteurs de hanche	x			
Solution viscoélastique pour gonarthrose				x
Appareils pour traitement de la pseudarthrose				x
Lits médicaux et accessoires		x		
Matériel de prévention de l'escarre : coussins, matelas, sumatelas compresseur et autres accessoires		x		
Cannes et béquilles	x			
Déambulateurs		x		
Sièges pouvant être adaptés sur un châssis à roulettes		x		
Souléve-malade		x		
Chaise percée		x		
Ouate, compresses, bandes sparadraps, pansements	x			
TITRE II				
Orthèses			x	On pourrait toutefois discuter l'inclusion des bas et collants pour varices dans le forfait petit matériel
TITRE III				
Dispositifs médicaux implantables			x	Ne concerne pas les EHPAD
TITRE IV				
Fauteuils roulants et adjonctions		x	Sauf les fauteuils roulants prescrits pour compenser un handicap autre que celui lié à la dépendance de la personne âgée qui doivent pouvoir être remboursés par la LPP	

Annexe 5 :
Position de la DSS sur la réintégration dans le tarif soins des EHPAD des dispositifs médicaux : principe et modalités

1. Le cadre initial de la réforme

Avant la loi du 4 mars 2002, le tarif journalier afférent aux soins des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) contenait, outre les médicaments, du petit matériel médical et du matériel médical amortissable figurant sur des listes fixées par arrêté du 26 avril 1999 modifié.

Ni la loi ni le décret ne prévoyait l'élaboration de ces listes à partir de critères précis[1]. Toutefois, les dispositifs médicaux et produits figurant sur celles-ci et devant, par conséquent, être pris en charge par le tarif soins des EHPAD, étaient ceux qui, au sein de l'établissement, étaient d'usage collectif ou peu personnalisé (gants, compresses, sparadrap…) ou ayant vocation à être réutilisés (fauteuils roulants, lits médicalisés…), qu'ils figurent ou non sur la liste des produits et prestations remboursables (dite liste LPP), établie par arrêté.

2. La situation issue de la loi du 4 mars 2002 n'est pas satisfaisante.

Suite à l'intervention de la loi du 4 mars 2002, le tarif journalier afférents aux soins des EHPAD médicaux sociaux ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur exclut désormais les produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. En pratique, il s'agit des dispositifs médicaux et produits inscrits sur la LPP qui être pris en charge par l'assurance maladie à titre individuel sur prescription médicale.

L'exclusion de tous ces éléments du contenu du tarif soins des EHPAD présente des inconvénients majeurs :

- les résidents qui ne sont pas en ALD doivent s'acquitter du ticket modérateur dont ils sont exonérés lorsque les dispositifs médicaux sont intégrés dans la dotation soins des établissements ;

- cela présente peu de sens pour les produits standards, d'usage très peu personnalisé (ouate, pansements, sparadrap, compresses…) ainsi que pour le matériel médical réutilisable par d'autres résidents (exemple des lits médicalisés qui, auparavant, faisaient partie de la dotation normale d'équipement de l'établissement, les frais d'amortissements afférents à leur achat étant pris en charge dans le cadre du tarif journalier de soins). Cette situation génère d'ailleurs des surcoûts importants pour

[1] En effet, le décret du 26 avril 1999 se contentait d'indiquer à son article 9 le contenu minimum du tarif partiel et du tarif global en renvoyant à un arrêté les précisions nécessaires. L'arrêté du 26 avril 1999 intègre dans le tarif soins des EHPAD (art 1er, 5° et 6°) « le petit matériel médical dont la liste figure en annexe I et les fournitures médicales et l'amortissement du matériel médical dont la liste figure en annexe II. »

l'assurance maladie, la LPP permettant pour certaines affections la location du matériel mais non l'achat, les tarifs de location étant très onéreux sur le long terme[2].

Par ailleurs, l'arrêté fixant la liste initiale des dispositifs médicaux inclus dans le tarif soins des EHPAD n'a pas été modifié et aucune instruction n'a été donnée aux services déconcentrés compte tenu de certaines incertitudes juridiques subsistant notamment pour les dispositifs qui sont bien inscrits sur la LPP mais pour une utilisation restreinte (location exclusive, conditionnement précis, indications particulières) et dans l'attente des conclusions du groupe de travail.

Dans ces conditions, les pratiques des DDASS ont été d'application très hétérogène : certaines ont appliqué strictement la loi en excluant de la liste les seuls dispositifs médicaux et produits inscrits à la LPP, d'autres ont continué à les prendre en charge ou ont, au contraire, considéré que tous les dispositifs médicaux étaient exclus du tarif soins des EHPAD en faisant porter sur le tarif hébergement certains dispositifs de la liste initiale non inscrits à la LPP.

Il en a donc résulté des difficultés pour calibrer correctement et de façon homogène le forfait soin et pour prévoir explicitement ce qui relève du tarif soins et ne peut être notamment exigé des patients par un financement sur le tarif hébergement.

3. Les modalités de l'intégration des dispositifs médicaux dans le tarifs soins des EHPAD

Dans le cas des EHPAD, la LPP ne paraît pas être le critère déterminant à la fois de la prise en charge des dispositifs médicaux par l'assurance maladie, et de leur prise en charge par le tarif soins des établissements car :

- certains dispositifs, bien qu'inscrits à la LPP, n'ont pas à être pris en charge par les établissements car d'usage très individualisé (prothèses dentaires, optique…) ou hospitalier ;
- d'autres dispositifs, ne figurant pas sur la LPP, doivent continuer à être pris en charge par le tarif soins des établissements car relevant d'une prise en charge plus médicalisée qu'à domicile (éléments de fonctionnement de la PUI, aspirateurs à mucosité…).

C'est pourquoi la DSS a initialement proposé de prévoir le principe, par décret, d'une prise en charge sur la dotation soins des établissements du petit matériel médical et du matériel amortissable d'usage peu personnalisé ou réutilisable (librement déterminé par les partenaires à la convention selon les besoins de l'établissement) avec, en parallèle, une liste positive des dispositifs médicaux qui bien que figurant sur la LPP devaient être pris en charge par les EHPAD (pour éviter les risques de double financement).

Les participants au groupe de travail ont souhaité une liste complète des dispositifs médicaux pris en charge par la dotation soins afin d'éviter les doubles prises en charge s'agissant des dispositifs médicaux figurant sur la LPP et, qu'en l'absence de définition précise des

[2] Toutefois, la prise en charge par la LPP prévoit que le tarif de location comprend la maintenance sans frais supplémentaire (le lit étant toujours la propriété du fournisseur) ; en ce qui concerne l'achat, la LPP prévoit la prise en charge de certaines réparations majeures. L'intégration des lits médicalisés dans les forfaits de soins des EHPAD obligerait les établissements à conclure des contrats avec les fournisseurs que les lits soient loués ou achetés.

dispositifs pris en charge sur le soins, certains soient imputés sur le tarif hébergement à la charge du résident.

Dans ces conditions, il pourrait être prévu par décret le principe d'une prise en charge sur la dotation soins des établissements du petit matériel médical et du matériel amortissable standardisés, d'usage peu personnalisé ou réutilisable dont la liste positive serait établie par arrêté comme précédemment, actualisée selon les besoins. Cela suppose de supprimer le dernier alinéa de l'article L. 314-8 précité qui, pour déterminer les dispositifs médicaux pris en charge par les EHPAD, se réfère à la LPP.

Concernant le calibrage du coût financier des dispositifs médicaux (ré)intégrés, il devra être tenu compte :

- de l'effet prix pour ceux qui peuvent être achetés en gros au mieux disant qui permet d'obtenir un tarif négocié inférieur au tarif de remboursement de la sécurité sociale ;
- et du caractère réutilisable de certains dispositifs médicaux.

En tout état de cause, le calibrage ne devra pas laisser de coût pour l'assurance maladie qui ne supporte pas aujourd'hui de ticket modérateur pour les personnes qui n'en sont pas exonérées.

4. Réactions sur la liste établie par la FSPF

La FSPF est partie de la liste des dispositifs médicaux pris en charge par la dotation soins des EHPAD avant l'intervention de l'article 96 de la loi du 2 mars 2004 en excluant ceux qui sont d'usage très individualisé, et dans ce cas pris en charge par l'enveloppe de soins de ville.

Vous trouverez ci-joint en annexe les remarques que cette liste appelle de notre part. Si globalement, les propositions faites dont une bonne base de discussion, des aménagements à la marge paraissent souhaitables.

D'une manière générale, la DSS considère que les propositions d'exclusion du forfait soins des dispositifs médicaux qui, bien que d'usage individualisé, sont largement standardisés et peuvent faire l'objet d'un achat en gros ne peuvent être retenues.

En outre, la fourniture de certains dispositifs médicaux figurant sur cette liste est comprise dans la rémunération à l'acte de certains des professionnel de santé libéraux en application de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels[3] (exemples : les seringues et aiguilles sont compris dans les actes infirmiers). Dès lors, si ces dispositifs médicaux ne peuvent être exclus de la liste dans la mesure où ils peuvent être utilisés par les personnels soignants salariés par l'établissement, les instructions ministérielles devront rappeler aux établissements qu'ils n'ont pas à les fournir (sauf s'il s'agit de matériel non portatif) car cela constituerait alors un double financement du professionnel (une liste étant dressée à cet effet).

[3] La NGAP établit la liste, avec leur cotation, des actes effectués par les professionnels de santé.

EHPAD
Liste du petit matériel médical
(en gras les modifications apportées à la liste)

Dispositifs médicaux	Inscription à la LPP	Compris dans l'acte selon la NGAP (dispositif fourni par les professionnels libéraux concernés)	dans forfait	hors forfait	commentaires DSS
Bandes	oui		oui		
Cerceau pour lit de malade	oui		oui		
Nutriments pour supplémentation	oui[4]		**oui**	~~**oui**~~	**Afin d'éviter les déports sur l'usager et/ou les utilisations non justifiées**
Ouate	oui		oui		
Pansements	oui		**oui**	~~**oui**~~	**Tous dans les forfaits car même si certains sont à usage très individualisé (escarres), les indications sont semblables et l'achat en gros est souhaitable pour des raisons d'économie d'échelle.**
Seringues et aiguilles	oui[5]	oui (AIS)	oui		
Sparadrap	oui		oui		
Abaisse langue		Oui (médecins, IDE et AS)	oui		

[4] Inscription à la LPP dans certaines indications. La maladie d'Alzheimer ne fait pas partie des indications prises en charge.
[5] Ne sont inscrits sur la LPP que les aiguilles pour suture et les seringues hypodermique.

Dispositifs médicaux	Inscription à la LPP	Compris dans l'acte selon la NGAP (dispositif fourni par les professionnels libéraux concernés)	dans forfait	hors forfait	commentaires DSS
Accessoires pour électrocardiogramme		Oui (médecins)	oui		
Autopiqueurs, accessoires et stylo injecteur d'insuline	oui			oui	**Ok, indication individuelle**
Compresses	oui		oui		
Crachoir	non		oui		
Dispositifs médicaux pour stomisés	oui			**oui**	**Ok, indication individuelle**
Doigtier		Oui (médecins, IDE et AS)	oui		
Etui pénien	oui		**oui**	~~**oui**~~	**Matériel standardisé**
Fil à sutures		Oui (médecins)	oui		
Gants stériles		Oui (médecins, IDE et AS)	oui		
Garrot		Oui (médecins, IDE)	oui		
Masque		Oui (médecins, IDE et AS)	oui		
Orthèses de série	oui			**oui**	**Ok, indication individuelle**

Dispositifs médicaux	Inscription à la LPP	Compris dans l'acte selon la NGAP (dispositif fourni par les professionnels libéraux concernés)	dans forfait	hors forfait	commentaires DSS
Poche à urine	oui		**oui**	~~**oui**~~	**Matériel standardisé**
Réactifs (urine, sang)	oui[6]		oui		
Sonde nasogastrique	oui			**oui**	**Ok, indication individuelle**
Sonde pour rééducation périnéale et électrodes cutanées		**Oui (kiné)**		~~**oui**~~	**Matériel compris dans l'acte du kinésithérapeute**
Sonde urinaire	oui		**oui**	~~**oui**~~	**Matériel standardisé**

[6] Seul les tests pour le contrôle du diabète sont inscrits sur la LPP.

LISTE DU MATERIEL MEDICAL AMORTISABLE

(en gras les compléments apportés à la liste)

Dispositifs médicaux concernés	**Inscription à la LPP**	**Compris dans l'acte selon la NGAP dispositif fourni par les professionnels libéraux concernés)**	**dans forfait**	**hors forfait**	**Commentaires de la DSS**
Armoire de pharmacie			oui		
Aspirateur à mucosité			oui		
Béquilles et cannes anglaises	oui		oui		
Bouteille d'oxygène pour déambulation	oui[7]			**oui**	**Ok, indication individuelle**
Et ses accessoires (ex : masques)	oui		**oui**		**Matériel standardisé**
Chariot de soins et/ou de préparation de médicaments			oui		
Chaise percée avec accoudoirs			oui		

[7] la bouteille d'oxygène est inclus dans la prestation d'oxygénothérapie

Dispositifs médicaux concernés	Inscription à la LPP	Compris dans l'acte selon la NGAP dispositif fourni par les professionnels libéraux concernés)	dans forfait	hors forfait	Commentaires de la DSS
Compresseur pour surmatelas pneumatique à pression alternée	oui		oui		
Coussin d'aide à la prévention des escarres pour risque faible ou modéré	oui		**oui**	~~**oui**~~	
Coussin d'aide à la prévention des escarres **pour risque élevé** [8]	oui			**oui**	Classification par risque en 2005
(Sur) Matelas d'aide à la prévention des escarres pour risque faible ou modéré	oui		**oui**	~~**oui**~~	
(Sur) Matelas d'aide à la prévention des escarres **pour risque élevé** [1]	oui			**oui**	Classification par risque en 2005
Déambulateur	oui		oui		
Electrocardiographe			oui		
Fauteuil roulant manuel non affecté à un résident particulier	oui[9]		oui		

[8] Pour le risque, selon classement à la LPP.

Dispositifs médicaux concernés	Inscription à la LPP	Compris dans l'acte selon la NGAP dispositif fourni par les professionnels libéraux concernés)	dans forfait	hors forfait	Commentaires de la DSS
Lits médicalisés	oui		oui		
Matelas pour lits médicalisés	oui		oui		
Matériels nécessaires pour sutures et pansements tels que pinces de Péan, pinces Kocher, ciseaux			oui		
Matériel lié au fonctionnement d'une pharmacie à usage intérieur, lorsqu'elle existe, nécessaire à l'exercice des missions définies à l'article L.595-2 du code la santé publique			oui		
Négatoscope			oui		
Otoscope			oui		

[9] Le fauteuil roulant manuel est pris en charge au titre de la LPP uniquement en cas de prescription médicale individuelle.

Dispositifs médicaux concernés	Inscription à la LPP	Compris dans l'acte selon la NGAP dispositif fourni par les professionnels libéraux concernés)	dans forfait	hors forfait	Commentaires de la DSS
Pied à sérum	oui		oui		
Siège pouvant être adapté sur un châssis à roulettes	oui		oui		
Soulève malade mécanique ou électrique et pèse personne	oui[10] et non		oui		
Stérilisateur			oui		
Stéthoscopes et tensiomètres			oui		
Table d'examen			oui		
Thermomètres électroniques			oui		
Appareil à aérosol	oui		oui		
Lecteur de glycémie	oui			oui	**Ok, indication individuelle**

[10] le pèse personne n'est pas pris en charge au titre de la LPP

Dispositifs médicaux concernés	Inscription à la LPP	Compris dans l'acte selon la NGAP dispositif fourni par les professionnels libéraux concernés)	dans forfait	hors forfait	Commentaires de la DSS
Electrostimulateur neuromusculaire pour rééducation sphinctérienne	oui			oui	**Ok, indication individuelle**
Containers pour stockage des déchets médicaux			oui		
Fauteuil roulant à pousser ou manuel **sauf fauteuil adapté aux mesures des patients**	oui		oui		
Pompe standard, pompe pour perfusion, pompe pour nutrition entérale, système actif de perfusion	oui		**oui**	~~**oui**~~	**Matériel standardisé**
Soulève malade	oui		oui		
Verticalisateur	oui		Oui		**Usage individuel**

CONCLUSIONS DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LA PRISE EN CHARGE DES MEDICAMENTS DANS LES MAISONS DE RETRAITE MEDICALISEES

Annexes - TOME II/II

Président : Pierre DELOMENIE, membre de l'IGAS
Rapporteure : Marie FONTANEL-LASSELLE, membre de l'IGAS

Rapport n° 2005 022
Mars 2005

ANNEXES

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Lettre de mission

Annexe 2 : Composition du groupe de travail

Annexe 3 : Relevés de conclusions des réunions du groupe de travail

Annexe 4 : Résultats de l'enquête CNAMTS relatifs à la prise en charge des médicaments

Annexe 5 : Enquête effectuée auprès d'un échantillon de DDASS sur l'évolution des dépenses de médicaments et dispositifs médicaux dans les EHPAD

Annexe 6 : Enquête de la FHF et de la CNDEHPAD sur le coût des médicaments en PUI et en officine

Annexe 7 : Conclusions du groupe de travail présidé par le Professeur PIETTE

Annexe 8 : Simulations de la CNAMTS pour l'utilisation de PATHOS comme outil de tarification

Annexe 9 : Données de la CANAM sur les remboursements de médicaments chez les assurés de 80 ans et plus pour l'année 2003

Annexe 10 : Médicaments – Soins palliatifs – EHPAD

Annexe 11 : Prises de position de certains membres du groupe de travail

Annexe 12 : Liste des sigles utilisés

ANNEXE N° 1 :
Lettre de mission

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la santé et de la protection sociale

Ministère délégué aux personnes âgées

24 AOUT 2004

549

Paris, le 23 AOUT 2004

Le Ministre de la Santé et de la Protection Sociale

Le Ministre délégué aux Personnes Agées

à

Madame Marie-Caroline BONNET-GALZY,

Chef du service de l'Inspection générale des affaires sociales

<u>Objet</u> : **la prise en charge des médicaments dans les maisons de retraite médicalisées**

Dans le cadre des actions qu'il mène pour améliorer la prise en charge des personnes âgées dépendantes, le Gouvernement porte une attention particulière à leur conditions de vie en établissement.

Cette amélioration se traduit notamment par la signature d'une convention entre l'établissement, le conseil général et les services de l'Etat. Elle prévoit l'introduction d'une démarche qualité, la prise en charge de la dépendance et l'amélioration de la médicalisation par une dotation financière globalisée (forfait de soins).

La place des médicaments et des dispositifs médicaux au sein de cette dotation a subi une évolution législative et réglementaire, qui a abouti à l'exclusion de ces dépenses des forfaits.

Cette situation a fait l'objet de nombreuses critiques. Il est, en effet, prévu de doter ces établissements d'un médecin coordonnateur, dont l'une des fonctions est de veiller à l'adaptation des prescriptions pharmaceutiques à l'état des résidents. De plus, l'achat de médicaments pourrait se réaliser à des coûts sensiblement inférieurs, dès lors que l'établissement dispose d'une pharmacie à usage intérieur.

Dans ce contexte il apparaît nécessaire d'étudier toutes les solutions de nature à améliorer la situation actuelle. Celles-ci doivent également conduire à améliorer la dispensation des traitements aux personnes âgées, ainsi qu'à prévenir la polymédication et les accidents médicaux dus aux interactions médicamenteuses.

C'est pourquoi nous souhaitons que :

- ces alternatives soient évaluées dans le cadre d'un groupe de travail associant l'ensemble des acteurs concernés : représentants des personnes âgées, des gériatres, des pharmaciens d'officine, des établissements, des caisses d'assurance maladie, notamment ;

- la direction de la sécurité sociale et la direction des hôpitaux et de l'organisation des soins assurent la fonction de rapporteur du groupe ;

- sa présidence soit assurée par un membre de l'Inspection générale des affaires sociales.

L'objectif de ce groupe est de proposer des mesures concrètes pour :

- permettre aux personnes âgées résidant en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes de bénéficier des médicaments et dispositifs médicaux, dont elles ont besoin ;

- 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 ;

- proposer des solutions alternatives, à niveau de dépense équivalente, qui éviteraient la polymédication des personnes âgées et les accidents iatrogènes consécutifs.

Nous vous demandons que les conclusions de ce groupe de travail nous soient remises pour le 30 octobre 2004.

Philippe DOUSTE-BLAZY

Hubert FALCO

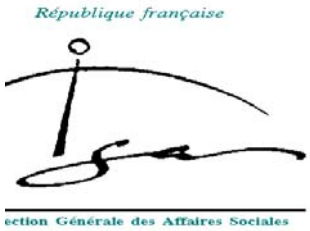
ANNEXE N° 2 :
Composition du groupe de travail

Composition

NOM	ORGANISME D'ORIGINE
IGAS	
Pierre DELOMENIE	
Cécile COURREGES	
Marie FONTANEL-LASSALLE	
Personnes âgées	
Lucien VASSEUR	CNRPA
Dr. Jean PETITPRE	France Alzheimer
Fédérations d'établissements	
Luc BROUSSY	SYNERPA
David CAUSSE (Murielle JAMOT)	FHF
Isabelle DESGOUTE	FEHAP
Alain VILLEZ	UNIOPSS
Associations de directeurs d'établissements	
Gérard MIAUT	CNDEHPAD publics
Françoise TOURSIERE	FNADEPA
Marie-Thérèse GOUGAUD	ADHEPA
Syndicats de pharmaciens d'officine	
Danièle PAOLI (Jocelyne WITTEVRONGEL)	FSPF
Jean BIWER	UNPF
Yves TROUILLET	APR
Ordre des pharmaciens	
Pierre BEGUERIE	
Pharmaciens gestionnaires de PUI	
Alain DANOWICZ	
Martine ERNOULT	
Experts gérontologie et gériatrie	
Pr. François PIETTE	SFGG
Dr. Jean-Marie VETEL	SNGC
Médecins coordonnateurs	
Dr Marie COULOMB	
Dr Dominique ROCHE	

Caisses d'assurance maladie	
Claire MARTRAY (Frédéric GIRAUDET)	CNAMTS
Philippe PEREZ	CANAM
Marine JEANTET	MSA
Conseils généraux	
A désigner	ADF
DRASS/DDASS	
Béatrice MOTTET	DDASS de la Creuse
Pharmaciens inspecteurs	
Hélène DUPONT	PhIR à la DRASS de Champagne-Ardennes
Directions d'administration centrale	
Florence de SAINT-MARTIN (Sylvie BURNEL) (Marc BOURQUIN)	DHOS
Fabienne DUBUISSON	DGAS
Marie-Laure GUILLO	DGS
Céline LAMBERT	DSS

ANNEXE N° 3 :
Relevés de conclusions des réunions du groupe de travail



Groupe de travail sur la prise en charge des médicaments dans les maisons de retraite médicalisées

---

Relevé de conclusion de la réunion du vendredi 15 octobre 2004

Liste des participants : Pierre Béguérie (CNOP), Jean Biwer (UNPF), Luc Broussy (SYNERPA), Sylvie Burnel (DHOS), Bernard Capdeville (FSPF), Marie-Christine Coulomb (Médecin coordonnateur), Alain Danowicz (pharmacien gérant de PUI), Isabelle Desgoute (FEHAP), Fabienne Dubuisson (DGAS), Hélène Dupont (PhIR), Marie-Thérèse Gougaud (ADHEPA), Marie-Laure Guillo (DGS), Murielle Jamot (FHF), Marine Jeantet (MSA), Céline Lambert (DSS), Claire Martray (CNAMTS), Gérard Miaut (CNDEHPA), Jean Petitpré (France Alzheimer), Dominique Roche (médecin coordonnateur), Florence de Saint-Martin (DHOS), Françoise Toursière (FNADEPA), Yves Trouillet (APR), Lucien Vasseur (CNRPA), Alain Villez (UNIOPSS).

Excusés : Martine Ernoult (pharmacienne gérante de PUI), Sylvie Legrain (SFGG), Béatrice MOTTET (DRASS/DDASS), Philippe Perez (CANAM), Jean-Marie Vetel (SNGC) et l'ADF.

Pour l'IGAS : Pierre Deloménie (Président), Cécile Courrèges (rapporteur).

Après un tour de table de présentation des membres du groupe de travail, les points suivants ont été successivement abordés :

1) Les objectifs du groupe de travail tels qu'ils ressortent de la lettre de mission

A l'issue des entretiens menés avec les cabinets des ministres signataires et avec les directions d'administration centrale concernées, deux modifications ont été apportées à la lettre de mission initiale en date du 23 août 2004 :

- la date d'échéance des travaux du groupe de travail a été repoussée au début de l'année 2005 ;
- les fonctions de rapporteur du groupe de travail ont été confiées à un membre de l'IGAS.

Après un rappel des principaux objectifs, médicaux et financiers, assignés au groupe de travail qui figurent dans la lettre de mission (préalablement transmise aux membres du groupe), un débat s'est engagé sur le contenu de celle-ci et notamment sur les points suivants :

- l'importance des sujets relatifs à la polymédication des personnes âgées et à la iatrogénie médicamenteuse ;
- les aléas successifs qu'a connu ce dossier dans les dernières années (et qui sont rappelés dans une note préalablement transmise aux membres du groupe) ;
- la place à accorder dans les débats du groupe au sujet de la réintégration des médicaments dans la dotations soins, ou à l'élaboration de solutions alternatives ;
- l'intérêt pour le groupe de réflexions sur la coordination des soins, la formation et le rôle des professionnels…
- la nécessité d'éclaircir et de « sécuriser » juridiquement les conditions actuelles d'achat, de dispensation et de gestion des médicaments ;
- le souci de prendre en compte la diversité du secteur médico-social.

2) Méthode de travail

➢ Modalités retenues pour rendre compte des travaux du groupe

Il est précisé que le « produit final » du groupe de travail ne prendra sans doute pas la forme d'un rapport, mais plutôt de fiches sur des points techniques ciblés, transmises par une note du président aux ministres commanditaires.

De même, les réunions du groupe de travail ne donneront pas lieu à rédaction d'un compte rendu détaillé. La formule d'un relevé de conclusions et d'un rappel des principaux points de débat est privilégiée.

➢ Thèmes de travail

Les thèmes suivants sont retenus pour les prochaines réunions du groupe de travail :

- la prescription ;
- l'approvisionnement (y compris la question des PUI) ;
- la dispensation (qui sera notamment l'occasion de traiter le sujet déconditionnement / reconditionnement) ;
- l'administration (c'est-à-dire la distribution du médicament au sein de l'établissement);
- l'intégration dans le forfait des dispositifs médicaux ;
- l'intégration dans le forfait des médicaments ;
- études et enquêtes disponibles relatives aux dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux dans les EHPAD.

La prochaine réunion qui se tiendra le 5 novembre (cf. calendrier) sera consacré aux deux premiers thèmes, à savoir la prescription et l'approvisionnement. Le thème relatif à la prescription sera notamment l'occasion d'évoquer les questions du libre-choix du médecin et de la liberté de prescription, ainsi que des rôles du médecin coordonnateur et du pharmacien.

La séance suivante du 17 novembre portera, quant à elle, sur la dispensation et sur les études et statistiques disponibles relatives aux dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux.

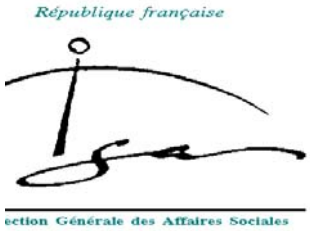
3) Calendrier des prochaines réunions

Deux calendriers prévisionnels avaient été proposés aux membres du groupe de travail. Au final, c'est le calendrier n°1 qui est retenu, sous réserve toutefois de trois modifications :

- A la demande de nombreux participants, la deuxième réunion du groupe du travail se tiendra le 5 novembre et non le 22 octobre comme initialement proposé ;
- la réunion du 17 décembre est avancée au 14 décembre ;
- une réunion est prévue pour le 28 janvier, pour compenser la suppression de celle du 22 octobre.

Les dates retenues pour les réunions du groupe de travail sont donc les suivantes :

Réunions	**Date**	**Heures**
1	Vendredi 15 octobre 2004	14h-17h
2	Vendredi 5 novembre 2004	9h30-12h30 et 14h-17h
3	Mercredi 17 novembre 2004	9h30-12h30 et 15h30-18h
4	Mercredi 1er décembre 2004	9h30-12h30 et 14h-17h
5	Mardi 14 décembre 2004	9h30-12h30 et 14h-17h
6	Mercredi 5 janvier 2005	9h30-12h30 et 14h-17h
7	Mercredi 19 janvier 2005	9h30-12h30 et 14h-17h
8	Vendredi 28 janvier 2005	9h30-12h30 et 14h-17h



Groupe de travail sur la prise en charge des médicaments dans les maisons de retraite médicalisées

---

Compte rendu des réunions du vendredi 5 novembre 2004

Liste des participants : Pierre Béguérie (CNOP), Jean Biwer (UNPF), Luc Broussy (SYNERPA), Sylvie Burnel- puis Florence de Saint-Martin (DHOS), Bernard Capdeville –puis Danièle Paoli l'après-midi- (FSPF), Marie-Christine Coulomb (Médecin coordonnateur), Alain Danowicz (pharmacien gérant de PUI), Fabienne Dubuisson (DGAS), Hélène Dupont (PhIR), Martine Ernoult (pharmacienne gérante de PUI), Frédéric Giraudet (CNAMTS), Marie-Thérèse Gougaud (ADHEPA), Vincent Houdry (DSS), Murielle Jamot (FHF), Marine Jeantet (MSA), Benoît Lavallart –puis Marie-Laure Guillo l'après-midi- (DGS), Gérard Miaut (CNDEHPA), Philippe Perez (CANAM), Jean Petitpré (France Alzheimer), François Piette (SFGG), Dominique Roche (médecin coordonnateur), Michel Salom (FEHAP), Françoise Toursière (FNADEPA), Yves Trouillet (APR), Lucien Vasseur (CNRPA), Jean-Marie Vetel (SNGC) et Alain Villez (UNIOPSS).

Excusés : Béatrice Mottet (DDASS/DRASS).

Pour l'IGAS : Pierre Deloménie (Président), Cécile Courrèges (rapporteur) et Marie Fontanel-Lassalle (rapporteur).

Présentation de la campagne nationale d'information sur la iatrogénèse médicamenteuse chez les personnes âgées

M. Bernard Capdeville, pour la FSPF, présente la campagne nationale d'information lancée à l'initiative du groupe « Santé en action » regroupant professionnels de santé et entreprises de santé. Elle a pour but de sensibiliser l'ensemble des acteurs sur la iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées. Menée auprès des professionnels de santé et du grand public, elle devrait donner lieu ensuite à d'autres opérations plus ciblées.

1) La prescription des médicaments en EHPAD

Pierre Deloménie rappelle les recommandations qu'avait élaboré un groupe de travail de l'ANDEM en 1995 sur la «prescription plurimédicamenteuse chez la personne âgée de plus de 70 ans ». Elles avaient été reprises dans un guide DGS/ANDEM diffusé en 1996 auprès des médecins et pharmaciens d'officine : « Prescrire et dispenser un médicament à une personne âgée ».

- **Inclusion des personnes âgées dans les essais cliniques pré et post AMM**

Plusieurs membres du groupe de travail soulignent la faiblesse des progrès constatés dans ce domaine depuis cette date.

La situation est, de plus, compliquée par le fait que de nombreux médicaments font l'objet d'une AMM européenne et que, dans ce cadre, il n'existe, pour l'instant, aucune obligation de procéder à des études sur les personnes âgées. De plus, si *a contrario* l'ICH a fait des recommandations, celles-ci ne sont pas opposables.

Enfin, il est souligné que, lorsque des personnes âgées sont incluses dans les essais pré et post AMM, elles ne le sont pas à hauteur de leur poids dans la population ou dans la consommation de médicaments. Les plus de 70 ans représentent ainsi seulement 3% des personnes incluses dans les essais de pré-AMM, alors qu'elles consomment 30% des médicaments.

- **Pharmaco-vigilance et personnes âgées**

Le bilan est jugé moins négatif sur la pharmaco-vigilance, même si, du fait de la polymédication induite par la polypathologie des personnes âgées, l'imputabilité est plus difficile à établir et que les études spécifiques restent là-aussi limitées.

- **Diffusion et impact des différentes recommandations relatives aux médicaments chez les personnes âgées**

En ce qui concerne les recommandations précités de 1996 sur la prescription chez les personnes âgées, la DGS souligne que la diffusion en a été large, même si elle n'a pas le détail de celle-ci.

La DGS indique, de plus, qu'un logiciel expert qui s'intègrerait dans les logiciels de prescription est en cours de développement et de test dans le secteur hospitalier. **Pierre Deloménie demande à la DGS de lui transmettre une note sur ce projet.**

En ce qui concerne les recommandations récentes de la DGS/DGAS sur les bonnes pratiques en soins en EHPAD qui comportent des prescriptions sur les médicaments dans les EHPAD, la DGAS souligne que ce document a été mis en ligne. **Elle s'engage toutefois à en transmettre un exemplaire à tous les membres du groupe de travail**. Elle indique qu'il est envisagé de poursuivre ce travail de définition de recommandations adaptées aux EHPAD.

- **Projet d'accord de bon usage des soins relatif à la polymédication des personnes âgées**

Il est indiqué que ce projet est pour l'instant suspendu, après une première version qui comportait des indicateurs jugés trop quantitatifs et trop limitatifs par certains professionnels. Il avait également été reproché à ce projet de stigmatiser les personnes âgées, face à un problème plus général de sur-consommation des médicaments en France. Il est toutefois souligné la prégnance particulière du problème de la polymédication chez les personnes âgées.

Pierre Deloménie précise que, dans le cadre du groupe de travail, il n'est pas envisageable d'élaborer des protocoles de bon usage, mais qu'en revanche il revient à ce groupe de proposer des points précis sur lesquels des protocoles seraient utiles et dont l'élaboration pourrait être confiée à la future Haute autorité en santé. **Il demande au Professeur François Piette d'animer un groupe de travail spécifique pour réfléchir à une liste de propositions de thèmes prioritaires qui**

pourraient faire l'objet de protocoles/bonnes pratiques/recommandations. Ce groupe pourrait étendre ses réflexions à l'organisation de la prescription.

Pierre Deloménie s'engage à lui transmettre une lettre de mission qui précise les objectifs de ce sous-groupe de travail. Les travaux de celui-ci feront l'objet d'une discussion au sein du groupe plénier lors d'une de ses réunions du mois de janvier.

Il est, par ailleurs, indiqué que la CNAMTS et la MSA ont mis en place un groupe d'experts pour élaborer des recommandations de bonnes pratiques en gériatrie. Des membres du groupe de travail expriment leur souhait que les recommandations issues de ce consensus d'experts soient publiées au journal officiel en même temps que le décret sur le médecin coordonnateur.

- **Rôle du médecin coordonnateur et relations avec les médecins prescripteurs**

Plusieurs membres du groupe de travail soulignent les difficultés de relation avec les médecins prescripteurs. Il est également mis en avant le problème particulier posé par les prescriptions hospitalières et le fait que, parfois, le médecin oppose au pharmacien qu'il s'agit d'une dérogation hospitalière au RCP.

En ce qui concerne plus spécifiquement le rôle et le statut du médecin coordonnateur, certains membres du groupe de travail plaident pour l'exigence d'une compétence systématique en gériatrie et estiment que cela faciliterait les relations avec les médecins prescripteurs.

D'autre part, certains s'interrogent sur la compatibilité de la fonction de médecin coordonnateur avec, par ailleurs, le maintien d'une activité de prescription à titre libéral au sein de l'établissement.

Enfin, certains souhaiteraient, un renforcement des pouvoirs du médecin coordonnateur au-delà de ce que prévoit actuellement le projet de décret sur les missions de celui-ci, allant éventuellement jusqu'à la reconnaissance de quasi moyens « hiérarchiques » pour qu'il puisse réellement peser sur la prescription. A ce titre, il est aussi souligné la nécessité de prévoir un temps d'exercice suffisant pour le médecin coordonnateur. D'autres estiment toutefois qu'avant de prévoir de telles dispositions il pourrait être utile d'envisager des dispositifs de concertation avec les médecins prescripteurs autour de protocoles de soins ou dans le cadre d'une consultation commune tous les six mois.

- **Conditions d'exercice des professionnels de santé libéraux dans les EHPAD**

Le décret sur le médecin coordonnateur n'a toujours pas été publié. Or, au-delà des missions du médecin coordonnateur, il prévoit également le dispositif de contractualisation qui doit encadrer les conditions d'intervention des professionnels de santé libéraux dans les EHPAD.

Plusieurs membres du groupe de travail insistent sur l'importance de ce dispositif de contractualisation, mais s'interrogent sur son statut juridique et sur les conséquences à tirer d'un éventuel refus d'un médecin de signer le contrat prévu, au regard notamment du principe de libre choix de son médecin par le résidant. Certain membres du groupe estiment qu'au final le libre choix du médecin s'exercera à l'entrée dans l'établissement lors de la signature du contrat de séjour, celui-ci précisant les médecins qui ont signé une convention avec l'établissement et qui sont donc autorisés à y intervenir. Il est toutefois souligné que ce principe de consentement à l'entrée par la signature du contrat de séjour est très relatif pour les résidants présentant des démences et qui sont de plus en plus nombreux dans les EHPAD.

Des membres du groupe insistent également sur l'importance de la disposition du projet de décret sur le médecin coordonnateur qui prévoit l'établissement d'une liste de médicaments préférentiellement utilisés. Celle-ci devrait aider à lutter contre la iatrogénie médicamenteuse et à choisir la « meilleure molécule au meilleur prix ».

Certains membres s'interrogent, de plus, sur l'absence de dispositions dans le projet de décret sur l'articulation pharmacien-médecin coordonnateur, alors que le pharmacien a un rôle aussi à jouer, notamment du fait de son pouvoir de substitution et en matière de traitements anti-douleurs ou palliatifs. Il est, à ce titre, souligné l'importance du problème des fins de vie en EHPAD. **Il est demandé à M. Vetel de transmettre au groupe de travail des propositions concrètes sur ces questions.**

Par ailleurs, plusieurs membres du groupe de travail plaident pour l'établissement d'un contrat-type au plan national qui précise les dispositions minimales à introduire dans le contrat prévu avec les professionnels de santé libéraux. Il est précisé d'ailleurs que le conseil national de l'ordre des médecins avait commencé à travailler sur un tel contrat-type (mais sous la forme d'un contrat de travail).

Le groupe de travail exprime ainsi son souhait qu'un travail soit rapidement engagé au plan national pour préparer un projet de convention type entre EHPAD et médecin libéral qui pourrait être publié à la suite du décret sur le médecin coordonnateur.

Cette convention-type, ainsi que les protocoles, recommandations et bonnes pratiques déjà évoqués, devraient permettre une meilleure articulation entre médecin coordonnateurs et professionnels de santé libéraux.

- **Informatisation de la prescription et de la dispensation pharmaceutique**

L'informatisation de la prescription progressant en EHPAD, il est évoqué l'intérêt d'une transmission informatique des prescriptions au pharmacien chargé de dispenser le médicament en EHPAD. **Le principe de rendre obligatoire pour ce dernier un module d'aide à la dispensation est retenu.**

2) L'approvisionnement en médicaments des EHPAD

Les principales questions évoquées portent sur l'approvisionnement par une pharmacie d'officine d'une part et par une pharmacie à usage intérieur (PUI) d'autre part.

- **l'approvisionnement par une pharmacie d'officine : la question du choix de la pharmacie d'officine et de ses relations avec l'établissement**

Les pratiques constatées pour l'approvisionnement auprès d'une pharmacie d'officine sont soit le recours à une procédure de mise en concurrence par appel d'offres , soit une alternance mensuelle ou pluri-mensuelles entre les différentes pharmacies proches de l'établissement, soit un choix de gré à gré, avec négociation éventuelle d' un rabais.

L'intervention des pharmacies d'officine au sein des établissements, d'usage pourtant courant, n'a pas de fondement légal au-delà de l'approvisionnement individuel des résidants. La détention de médicaments par un établissement ne peut provenir que d'une pharmacie à usage intérieur, hormis la détention de médicaments destinés à des soins urgents (art.L 5126-6 CSP).

Le décret attendu sur le médecin coordonnateur ne peut servir de fondement juridique pour reconnaître une forme d'intervention des pharmacies d'officine en établissement. Un nouveau dispositif juridique doit donc clarifier les relations entre les EHPAD et les pharmacies d'officine. L'instrument juridique proposé au groupe de travail est celui d'une convention entre la pharmacie d'officine et l'établissement .

Cette convention-type devrait déterminer les conditions de l'intervention du pharmacien d'officine dans l'établissement. A titre d'information, il est indiqué que le projet de convention en cours de négociation entre la CNAMTS, la CANAM et la MSA, et les syndicats de pharmaciens d'officine comporte une annexe « Relations des pharmaciens avec les EHPAD » comportant les chapitres suivants : coordination entre le pharmacien et l'équipe soignante de l'établissement, tenue d'un dossier pharmacothérapeutique, remise d'une fiche d'accompagnement thérapeutique, permanence des prestations pharmaceutiques dans les EHPAD, suivi de la consommation des produits de santé par les résidants, bonne adaptation du coût des produits délivrés.

Pierre Deloménie demande aux membres du groupe de travail d'effectuer des propositions d'ici la prochaine réunion le 17 novembre pour alimenter le contenu de cette convention type.

Face à ce projet de convention, les premières interrogations du groupe portent sur :

- la durée, annuelle, qui devrait permettre de concilier tant les intérêts de la pharmacie d'officine (crainte d'une surcharge de travail exagérée pour une durée de convention annuelle) que la nécessité pour les établissements d'une remise en concurrence fréquente.
- le cadre juridique de cette convention type et la conciliation avec le principe de liberté de choix de son pharmacien par le résident. Pierre Deloménie précise que ces aspects seront étudiés.
- la possibilité de prévoir des remises dans le cadre de cette convention : **Pierre Deloménie demande à la CNAMTS une note les dispositifs possibles de remise et sur les modalités de partage entre caisses et établissements.**
- les risques d'une prééminence des préoccupations financières sur les objectifs de qualité de service, notamment dans le cas d'une réintégration du médicament dans les forfaits de soins.

➢ **L'approvisionnement par une PUI :**

Plusieurs pistes sont évoquées pour permettre un assouplissement des conditions d'ouverture et de fonctionnement d'une PUI :

- La possibilité d'une PUI commune à plusieurs EHPAD :

Aujourd'hui, le Code de la santé publique réserve cette possibilité aux groupements de coopération sanitaire (GCS) qui doivent comporter un établissement de santé. Il est proposé, ce qui est retenu, que la réglementation évolue pour permettre la constitution de groupements de coopération entre seuls établissements médico-sociaux, pouvant ouvrir une PUI pour leurs membres. **Il est demandé à la DGAS de faire un point d'avancement des textes dans ce domaine.**

- Les locaux d'une PUI

Il est rappelé qu'il n'existe aucune norme de superficie minimale pour une PUI contrairement à l'opinion courante d'un critère de 1 m² par lit. Une enquête réalisée auprès des inspections régionales de la pharmacie indique que sur les trois dernières années le nombre de demande de création de PUI est limité, et plus encore le nombre de refus (qui ne se réfèrent pas à une norme de surface). Certains expliquent ce nombre limité par l'attitude dissuasive des DDASS vis à vis de la

création de PUI dans les EHPAD. **Pierre Deloménie demande la communication d'éléments précis à l'appui de ces allégations.**

- Le temps de présence du pharmacien gérant la PUI :

Le temps de présence minimal prévu par le CSP, deux demi-journées par semaine, est en pratique compris comme un plafond par les établissements ; or ce temps de présence est jugé insuffisant. Face à ce consensus, Pierre Deloménie évoque deux possibilités : adapter le temps de présence à la taille de l'établissement en proposant une fraction d'ETP en fonction du nombre de lits (sur le modèle du temps de présence du médecin coordonnateur) ou augmenter le temps de présence à trois demi-journées (mais sur quelle base ?). Cette question n'est pas tranchée par le groupe.

- La possibilité de gérance par une pharmacie d'officine :

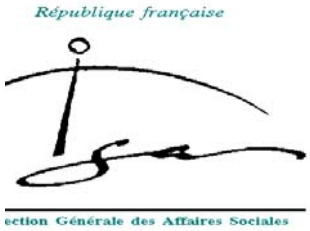
Le groupe retient la proposition, faite en septembre 2003 par l'Ordre des Pharmaciens, d'autoriser les pharmaciens titulaires d'officine à assurer la gérance d'une PUI sous les conditions suivantes : autorisation préalable par l'autorité compétente, en tenant compte de trois critères : compatibilité avec l'obligation d'exercice personnel du pharmacien ; proximité de la pharmacie d'officine et de l'établissement ; justification de la nécessité de ce recours à une pharmacie d'officine par l'établissement Cette proposition revient à instaurer une solution dérogatoire, sans doute nécessaire en milieu rural en raison de la démographie pharmaceutique.

- La création d'une PUI :

Pour alimenter la réflexion sur l'opportunité de créer une PUI, **Pierre Deloménie demande aux participants qui en disposent des données chiffrées sur le coût de fonctionnement d'une PUI (coût complet)** qui permettraient d'approcher le seuil de rentabilité en fonction de la taille de l'établissement.

- L'approvisionnement d'un EHPAD par la PUI d'un établissement de santé :

Pierre Deloménie demande à la FHF de formaliser cette proposition pour étude par le groupe de travail.



Groupe de travail sur la prise en charge des médicaments dans les maisons de retraite médicalisées

---

Compte rendu des réunions du mercredi 17 novembre 2004

Liste des participants : Mme Adenot – puis Pierre Béguérie l'après-midi (CNOP), Jean Biwer (UNPF), Sylvie Burnel- puis Marc Bourquin l'après-midi (DHOS), Frédérique Chadel (DGAS), Cécile Chartreau (UNIOPSS), Alain Danowicz (pharmacien gérant de PUI), Blandine Fain (pharmacienne gérante de PUI), Marie-Thérèse Gougaud (ADHEPA), Marie-Laure Guillo (DGS), Murielle Jamot (FHF), Marine Jeantet (MSA), Céline Lambert (DSS), Claire Martray – puis Hélène Bénard l'après-midi (CNAMTS), Gérard Miaut (CNDEHPA), Danièle Paoli (FSPF), Philippe Perez (CANAM), Dominique Roche (médecin coordonnateur), Georges Simon – puis Luc Broussy l'après-midi (SYNERPA), Françoise Toursière (FNADEPA), Yves Trouillet (APR), Lucien Vasseur (CNRPA), Jean-Marie Vetel (SNGC) et Nadine Weissleib (PhIR)

Excusés : Isabelle Desgoute (FEHAP), Béatrice Mottet (DDASS/DRASS), Jean Petitpré (France Alzheimer) et François Piette (SFGG).

Pour l'IGAS : Pierre Deloménie (Président) et Marie Fontanel-Lassalle (rapporteure).

Pierre Deloménie rappelle les demandes faites lors de la dernière séance :
- DGS : deux notes sur le logiciel Expert et sur l'intervention des pharmacies d'officine dans les EHPAD (à la signature)
- DGAS : une note sur les groupements de coopération médico-sociaux (le service juridique de la direction est saisi)
- CNAMTS : une note sur les remises et les modalités de leur partage
- FHF : la formalisation de sa proposition d'approvisionner les EHPAD par la PUI d'un établissement de santé
- Groupe de travail : propositions pour le contenu de la convention-type entre officines et EHPAD et éléments sur le coût complet de fonctionnement d'une PUI.

1) Dispensation et administration du médicament

Pierre Deloménie rappelle l'article R.4235-48 du CSP et propose de discuter des thèmes relatifs à la dispensation dans l'ordre où ils y sont énumérés:

- **Analyse pharmaceutique de l'ordonnance :**

Le sujet du circuit informatisé de la prescription (prescription médicale informatisée → transmission directe à l'officine ou à la PUI → utilisation par le pharmacien d'un logiciel d'aide à la dispensation) a été évoqué lors de la réunion précédente.

L'outil informatique d'aide à la validation pharmaceutique (alerte des risques d'interactions médicamenteuses, adaptation de la posologie) est apprécié et paraît nécessaire à une dispensation de qualité.

L'ordre des pharmaciens rappelle que la totalité des pharmacies d'officine sont informatisées pour la télétransmission des ordonnances. Un cahier des charges national de dossier de suivi pharmaco-thérapeutique est disponible depuis fin 2003 et a été diffusé ; l'articulation avec le futur dossier médical personnel est importante, car permettant un accès automatique aux données biologiques du patient. **Pierre Deloménie demande le cahier des charges de ce dossier de suivi.** Un projet d'interconnection des 23 000 officines est en cours de réflexion.

L'informatisation des EHPAD et notamment des établissements publics est très inégale. La question du financement de cette informatisation, sur le modèle des aides à l'informatisation des libéraux par l'assurance maladie, est posée.

La périodicité de la révision de la prescription est variable (entre un et trois mois le plus souvent). Le groupe propose de recommander comme bonne pratique une visite médicale mensuelle pour le renouvellement des ordonnances.

Le rôle du pharmacien d'officine au sein des EHPAD se limite trop souvent à l'approvisionnement. Il procède à la validation de la prescription sur ordonnance mais n'intervient pas pour les contrôles en aval (stocks, médicaments périmés). Il convient donc de développer l'intervention du pharmacien d'officine dans l'établissement (information du patient et de l'équipe soignante, distribution de fiches d'accompagnement thérapeutique, tenue du dossier pharmaco-thérapeutiques…) en coordination avec le médecin coordonnateur (la compatibilité des logiciels de l'officine et de l'établissement est alors un atout).

- **Préparation des doses à administrer** :

Pierre Deloménie rappelle les deux approches constatées de la préparation des doses à administrer:
- l'approche systématique qui consiste à effectuer la préparation des doses pour l'ensemble des résidents. Le souci de sécurité justifie cette approche : s'assurer de l'observance par le résident de son traitement et éviter les échanges de médicaments entre résidents ;
- l'approche individualisée qui consiste à adapter cette préparation en fonction de l'état du résident et à laisser ceux qui en sont capables prendre en charge leurs médicaments. Le médecin prescripteur fait ce choix en lien avec le médecin coordonnateur.

Le groupe fait le choix de cette dernière approche pour adapter au résident selon son état la préparation des doses à administrer.

Selon l'interprétation de l'article R.4235-48, la préparation des doses à administrer se limite à l'adaptation de la posologie ou s'étend au déconditionnement et à la mise en pilulier. La possibilité de déconditionner présente des limites liées à la conservation du médicament, aux formes galéniques, à l'adaptation de la posologie en fonction de l'état de la personne (antalgiques par exemple), aux changements de traitements ou à l'absence de traçabilité du médicament. Dans tous les cas, il ne paraît pas souhaitable de préparer les doses au-delà d'une semaine.

Se pose également la question de la modification de la forme galénique du médicament pour faciliter son absorption par le patient (gélules ouvertes, comprimés broyés) qui reste une pratique courante au sein des établissements. Le groupe souhaite que l'industrie pharmaceutique poursuive ses efforts pour mettre à disposition des personnes âgées des médicaments avec une forme adaptée. Des informations précises devraient être communiquées au personnel soignant sur les cas de médicaments dont la forme galénique ne peut en aucun cas être modifiée.

Sur la responsabilité de la préparation des doses à administrer et le rôle possible du pharmacien d'officine, trois solutions sont envisageables au cas par cas :
1) la préparation des doses est effectuée par le personnel infirmier au sein de l'établissement ;
2) dans le cadre d'une convention avec l'établissement, le pharmacien d'officine met à disposition un pharmacien, ou un préparateur sous la responsabilité et le contrôle d'un pharmacien, qui effectue la préparation dans l'établissement ;
3) dans le cadre d'une convention avec l'établissement, la préparation des doses a lieu à l'officine. Cette dernière hypothèse nécessite toutefois d'être encadrée par des bonnes pratiques, voire soumise à autorisation spécifique.

- **Informations et conseils sur le bon usage du médicament** :

Dans le projet de convention entre les caisses nationales et les pharmaciens d'officine, le contrat de bonne pratique envisage les obligations suivantes à la charge du pharmacien :
- un contact individualisé avec le patient lorsque son état le permet, notamment lors de la première dispensation d'un médicament
- la remise d'une fiche d'accompagnement thérapeutique

Le groupe distingue deux types de fiches :
1) une fiche individuelle d'accompagnement thérapeutique qui explicite l'ordonnance (posologie, moments de prise dans la journée) à destination du patient ou des soignants ;
2) une fiche générale liée à la spécialité pharmaceutique (qui peut contenir des recommandations sur les modifications de la forme galénique), en relation avec la liste de médicaments .

Pierre Deloménie demande la communication des fiches qui existent déjà sur ce dernier modèle (telles que pharma-fiches).

- **Administration des médicaments** :

Pierre Deloménie rappelle que le code de la santé publique confie la responsabilité de l'administration du médicament au personnel infirmier (article R.4311-5) mais lui permet, sous sa responsabilité, de déléguer cette fonction « aux aides-soignants, auxiliaires de puériculture et aides médico-psychologiques » (article R.4311-4 CSP).

En réalité les pratiques d'administration du médicament par du personnel non soignant (veilleur de nuit, auxiliaire de vie, etc.) sont courantes ; le groupe rappelle qu'il est souhaitable que le personnel soignant en soit l'auteur.

2) Connaissance des dépenses de médicament dans les EHPAD

Pierre Deloménie rappelle l'absence de données récentes sur ce sujet. A titre d'exemple, le rapport récent du CNIS sur la connaissance statistique du médicament est révélateur puisqu'il n'évoque à aucun moment le cas des EHPAD.

Le groupe valide ce constat établi dans le document préalablement transmis. Les données issues d'Ernest sont en effet trop anciennes (1999) et leur représentativité reste contestée.

L'outil SAISEHPAD permet d'avoir des informations sur le coût pour l'assurance maladie du conventionnement (près de 2500 établissements), et donc le montant des dépenses de médicament et de dispositifs médicaux au moment du conventionnement. En revanche il ne permet pas d'obtenir le coût réel du médicament, et n'a pas été fait pour cela. De plus, il a été diversement exploité dans les départements.

Les requêtes statistiques de l'assurance maladie sont complexes car le système d'information ne permet pas de distinguer les personnes âgées à domicile ou en établissement.

Les pharmacies d'officine sont en revanche capables de restituer le montant annuel des médicaments fournis, plus ou moins aisément en fonction de la programmation de leur outil informatique.

Pierre Deloménie présente les enquêtes qui ont été lancées dans le cadre du groupe de travail.

L'enquête 1 porte sur l'évolution des dépenses dans les seuls établissements ayant signé une convention intégrant le médicament dans leur dotation de soins avant la loi du 4 mars 2002 (environ 500 établissements concernés). L'objectif est de connaître les évolutions en 2002 et 2003 des dotations en fonction des modalités de calcul de la dotation initiale et les difficultés auxquelles les DDASS ont pu être confrontées dans l'allocation de ces budgets. L'enquête devrait également permettre de connaître le nombre d'établissements qui ont, par avenant, exclu le médicament après la loi du 4 mars 2002.

L'enquête a été lancée auprès de 16 DDASS choisies car leur département comportait plus de 10 établissements conventionnés avant la loi du 4 mars 2002. L'échantillon porte donc sur près de 250 établissements.

L'enquête 2 a été lancée auprès des mêmes DDASS. Elle porte sur les modalités qualitatives de prise en charge des dispositifs médicaux.

L'exploitation des ces deux enquêtes courant décembre devrait permettre une restitution des premières données lors de la réunion du groupe de travail du 5 janvier 2005.

L'enquête 3 est portée par les caisses d'assurance maladie. Dans le cadre d'une enquête destinée à évaluer l'impact pour l'assurance maladie de la réforme de la tarification des EHPAD, des données pourront être fournies sur les dépenses globales de médicaments et de dispositifs médicaux. Lancée dans six régions, l'enquête porte sur un échantillon de 223 établissements ayant signé une convention tripartite et 149 établissements non signataires. L'enquête présentera un volet financier par la comparaison avant et après la réforme de la tarification et un volet qualitatif par l'analyse des objectifs de qualité inscrits dans les conventions tripartites. La CNAMTS prévoit de restituer les données au groupe dans le courant du mois de janvier.

De son côté, la FHF a décidé de lancer auprès de ses établissements **une enquête sur le coût des produits pharmaceutiques dans les EHPAD**. L'objectif est d'obtenir les coûts complets des médicaments et dispositifs médicaux avec ou sans PUI. Cette enquête devrait donc permettre d'approcher le seuil de rentabilité d'une PUI en fonction du nombre de lits. La FHF présentera les résultas lors de la réunion du 5 janvier 2005.

Le groupe relève que la plus grande limite de ces enquêtes porte sur l'absence de corrélation entre le chiffre de dépenses de médicament obtenu et l'état de santé des patients.

Pierre Deloménie évoque alors **l'enquête 4** dont l'objet est précisément d'obtenir des données sur les pratiques de prescription et de consommation de médicaments dans les EHPAD et en ville. Mais cette enquête est trop lourde pour pouvoir être réalisée dans les délais impartis au groupe de travail. Le groupe pourrait définir une méthodologie, élaborer le cahier des charges et proposer le pilote de cette enquête.

Pierre Deloménie demande aux membres du groupe de faire parvenir des propositions sur le contenu et la méthode de l'enquête 4 et à ceux qui le souhaitent de se porter volontaires pour participer à un sous-groupe de travail spécifique qui sera chargé de rédiger le cahier des charges.

Groupe de travail sur la prise en charge des médicaments dans les maisons de retraite médicalisées

Compte rendu des réunions du mercredi 1er décembre 2004

Liste des participants : Pierre Béguérie (CNOP), Jean-Marcel Bertrand (DDASS), Jean Biwer (UNPF), Marc Bourquin – et Sylvie Burnel l'après-midi (DHOS), Marie-Christine Coulomb (Médecin coordonnateur), Fabienne Dubuisson (DGAS), Hélène Dupont (PhIR), Blandine Fain l'après-midi (pharmacienne PUI), Marie-Thérèse Gougaud (ADHEPA), Marie-Laure Guillo (DGS), Vincent Houdry – et Jean-Luc Vieilleribière l'après-midi (DSS), Murielle Jamot (FHF), Marine Jeantet le matin (MSA), Claire Martray (CNAMTS), Gérard Miaut (CNDEHPA), Stéphanie Mouret (France Alzheimer), Danièle Paoli (FSPF), Philippe Perez (CANAM), François Piette l'après-midi (SFGG), Dominique Roche (médecin coordonnateur), Michel Salom (FEHAP), Georges Simon – et Luc Broussy l'après-midi (SYNERPA), Françoise Toursière (FNADEPA), Yves Trouillet (APR), Lucien Vasseur (CNRPA), Jean-Marie Vetel (SNGC) et Alain Villez – et Cécile Chartreau l'après-midi (UNIOPSS).

Pour l'IGAS : Pierre Deloménie (Président) et Marie Fontanel-Lassalle (rapporteure).

Pierre Deloménie informe le groupe de travail qu'il devrait soutenir lors du comité de programmation de la DREES, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du Ministère, la proposition de la DSS d'inscrire une étude sur la consommation de médicaments dans les EHPAD. Si cette proposition était retenue, la constitution d'un groupe de travail spécifique pour élaborer le cahier des charges de l'enquête 4 sur le même thème ne serait plus d'actualité.

Pierre Deloménie rappelle la demande faite aux caisses d'assurance maladie et à la DSS d'éléments sur l'informatisation des EHPAD et les possibilités d'aides financières.

1) Eléments pour une convention-type entre EHPAD et officine :

Le document présenté au groupe de travail reprend dans une première partie l'annexe 7 du projet de convention nationale élargie entre les caisses nationales et les pharmacies d'officine relative à une proposition de contrat de bonnes pratiques sur les relations des pharmaciens avec les EHPAD.

Ce projet porte essentiellement sur la constitution d'un dossier pharmacothérapeutique pour chaque résident et sur l'organisation des relations entre l'établissement et l'officine afin de favoriser la présence du pharmacien au sein de l'EHPAD.

Une deuxième partie présente les éléments qui pourraient y être ajoutés pour compléter une convention-type entre EHPAD et officine.

Les membres du groupe de travail ont validé les éléments constitutifs d'une convention-type conformément au nouveau document annexé en pièce jointe.

Par ailleurs, la discussion a porté principalement sur les éléments suivants :

- la qualification juridique de cette convention et sa force contraignante : Pierre Deloménie rappelle que les difficultés juridiques seront étudiées avant de proposer les modifications législatives nécessaires (art.L.5126-6 CSP par exemple).
- la liste des médicaments préférentiels : le principe d'une révision annuelle et l'établissement en dénomination commune internationale, DCI, sont retenus.
- le contact individualisé avec le malade : le pharmacien d'officine se déplace dans l'établissement pour rencontrer le résident lorsque son état le permet lors d'une première dispensation de médicaments et en cas de substitution d'un générique notamment.
- la fiche d'accompagnement thérapeutique : le groupe rappelle avoir distingué lors de sa réunion du 17 novembre deux types de fiches, à savoir une fiche individuelle qui explicite l'ordonnance et une fiche par spécialité pharmaceutique sur le modèle des pharma-fiches qui devront être élaborées au niveau national.
- la permanence des prestations pharmaceutiques : la convention n'est pas applicable au pharmacien qui assure la permanence pendant les congés du pharmacien signataire de la convention. Le critère de la permanence tout au long de l'année devrait dans tous les cas être un critère du cahier des charges élaboré par l'établissement pour le choix de l'officine. Pour favoriser la permanence, le recours simultané à plusieurs pharmacies par un EHPAD ne serait pas exclu, même s'il n'est pas favorable à une prestation de qualité.
- La durée de la convention : elle serait annuelle.
- la préparation des doses à administrer : **Pierre Deloménie demande aux membres du groupe de travail qui ont cherché à estimer le temps de préparation (entre un quart ou un tiers temps homme selon les sources) de nous communiquer une note écrite.** La DHOS communique les chiffres suivants sur les créations de postes effectuées dans le cadre du conventionnement : en moyenne 7 ETP de personnels soignants par convention signée représentant environ ¾ d'aides-soignants et ¼ de personnels infirmiers (on compte environ 2600 conventions à ce jour).La sous-traitance de cette activité aux pharmacies d'officine pose des problèmes budgétaires (la dotation soins tient compte de cette activité), techniques et juridiques pour l'officine.
- Les remises : le dispositif envisagé est celui d'un partage entre l'assurance maladie et l'établissement des gains tirés des remises, qui seraient plafonnées, effectuées par l'officine. Il est rappelé que les conditions juridiques préalables qui permettraient à l'établissement d'être acheteur pour le compte des résidents restent à préciser. **La FSPF s'engage à communiquer au groupe de travail les résultats de sa dernière enquête sur l'économie des pharmacies d'officine.** Plusieurs questions restent en suspens quant au partage de ces gains : la lisibilité de ces gains en l'absence de systèmes d'information ; la prise en compte des gains générés par une plus grande qualité de la prise en charge ; etc.

Si la convention-type concerne uniquement les relations entre l'EHPAD et l'officine, le groupe de travail rappelle que l'objectif est d'assurer une qualité de service équivalente pour un coût d'achat comparable quel que soit le mode d'approvisionnement (officine ou PUI).

2) Prise en charge financière des dépenses de médicaments :

Le groupe de travail choisit de procéder directement à la discussion sur les pistes d'évolution envisageables, notamment celles évoquées dans la note communiquée au préalable.

- **Améliorer la qualité de la prescription médicale:**

Pierre Deloménie rappelle que le décret sur le médecin coordonnateur a été examiné récemment en réunion interministérielle et devrait prochainement être soumis au Conseil d'Etat.

Sur la proposition d'élaborer des documents destinés à faciliter le dialogue entre le coordonnateur et les prescripteurs, le sous-groupe de travail présidée par François Piette pourra contribuer à cette réflexion en suggérant les thèmes prioritaires pour lesquels il faudrait élaborer des référentiels.

- **Favoriser l'approvisionnement de l'EHPAD en médicaments:**

L'approvisionnement par une pharmacie d'officine serait désormais organisé dans le cadre de la convention-type entre EHPAD et officine.

Pour l'approvisionnement par une PUI, les trois modalités alternatives suivantes sont retenues par le groupe de travail :

- la création d'une PUI dans les établissements de taille critique ;
- la mutualisation d'une PUI dans le cadre de groupements d'établissements : soit dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire tel qu'actuellement prévu par les textes (Pierre Deloménie informe le groupe de travail qu'il se rendra à Belfort où le premier groupement de coopération sanitaire est en cours de constitution), soit dans le cadre d'un groupement de coopération médico-social (dans ce dernier cadre, il est souhaité par les EHPAD de pouvoir disposer de l'équivalent juridique du groupement de coopération sanitaire, ce qui nécessite une modification de l'article L 312-7 du CASF).
- l'approvisionnement par une PUI hospitalière en dehors de tout cadre de groupement : la FHF propose en effet d'élargir aux spécialités pharmaceutiques le champ de l'article 47 de la loi du 9 août 2004 qui autorise les PUI hospitalières à fournir d'autres établissements en préparations magistrales, hospitalières et spécialités pharmaceutiques reconstituées. La majorité du groupe de travail retient cette hypothèse, à la condition qu'elle soit encadrée par une convention entre l'EHPAD et l'établissement de santé qui comprendrait les mêmes éléments que le projet de convention-type avec les pharmacies d'officine. Les représentants des pharmaciens d'officine font part de leur opposition à cette solution.

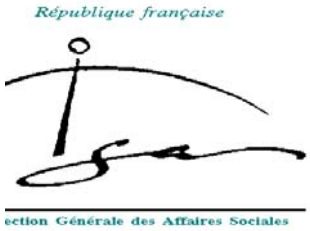
- **améliorer la programmation financière de la dotation de médicaments:**

Sur l'opportunité de la prise en charge du médicament dans le forfait de soins, plusieurs membres du groupe de travail contestent l'orientation qui prévoit la réintégration systématique du médicament dans les forfaits soins. Il serait préférable d'ouvrir un droit d'option aux établissements qui seraient libres, comme à l'origine en 1999, de choisir entre une prise en charge sur l'enveloppe de soins de ville ou sur le forfait soins.

Sur les modalités de prise en charge financière des médicament, les options suivantes sont discutées :

- la compensation du transfert de l'enveloppe de soins de ville à l'enveloppe médico-sociale « à l'euro, l'euro » au niveau de l'établissement : ce système de compensation présente le risque de récompenser les gros consommateurs de médicaments et pénaliser ceux qui auraient été limité cette consommation. Mais, pour éviter de figer la situation, il pourrait être couplé avec un instrument d'évaluation de la dotation qui soit médicalisé (PATHOS par exemple, cf. *infra*). Il est souhaité que cette compensation prenne en compte l'intégralité du coût du médicament et pas seulement la part remboursée par l'assurance maladie (donc y compris le ticket modérateur).
- la revalorisation annuelle des dotations reste un sujet d'inquiétude pour de nombreux membres du groupe de travail.
- l'utilisation de l'outil PATHOS pour fonder la tarification : PATHOS a été conçu comme un outil d'évaluation des pathologies des résidents en établissement. L'outil est communément apprécié. Il devrait être validé avant d'être utilisé comme outil de tarification : l'instance de validation pourrait être la société française de gérontologie et de gériatrie ou la haute autorité de santé.
- la possibilité de distinguer dans la dotation de soins une sous-enveloppe spécifique pour le médicament est évoquée.
- la gestion des médicaments coûteux : pour gérer les cas de maladies coûteuses et rares, un système d'entente préalable pourrait être envisagé pour sortir leur prise en charge du forfait de soins de l'établissement.

Dans le cas où les médicaments ne seraient pas systématiquement réintégrés dans la dotation pour soins, le contrôle de l'évolution des dépenses de médicaments serait à effectuer par les caisses d'assurance maladie, et un bilan réalisé d'ici trois à quatre ans.



Groupe de travail sur la prise en charge des médicaments dans les maisons de retraite médicalisées

Compte rendu des réunions du mardi 14 décembre 2004

Liste des participants : Pierre Béguérie (CNOP), Jean Biwer (UNPF), Frédérique Chadel (DGAS), Cécile Chartreau l'après-midi (UNIOPSS), Alain Danowicz (pharmacien de PUI), Isabelle Desgoute (FEHAP), Hélène Dupont (PhIR), Frédéric Giraudet (CNAMTS), Marie-Thérèse Gougaud (ADHEPA), Marie-Laure Guillo (DGS), Vincent Houdry – puis Céline Lambert l'après-midi (DSS), Marine Jeantet (MSA), Gérard Miaut (CNDEHPA), Stéphanie Mouret – puis Jean Petitpré l'après-midi (France Alzheimer), Dominique Roche (médecin coordonnateur), Florence de Saint-Martin le matin (DHOS), Françoise Toursière (FNADEPA), Yves Trouillet (APR), Lucien Vasseur (CNRPA), Jean-Marie Vetel (SNGC) et Jocelyne Wittevrongel (FSPF).

Pour l'IGAS : Pierre Deloménie (Président) et Marie Fontanel-Lassalle (rapporteure).

Pierre Deloménie évoque le calendrier de réunions du mois de janvier et propose de supprimer la réunion prévue le 5 janvier pour la restitution des différentes enquêtes qui ne pourra pas être effective à cette date. Les réunions ultérieures sont maintenues avec les ordres du jour prévisionnels suivants : les enquêtes de la CNAMTS, auprès des DDASS, de la FHF et de la CNDEHPAD, ainsi que les conclusions du groupe de travail présidé par le Pr Piette le 19 janvier ; la réintégration des médicaments et dispositifs médicaux dans le forfait soins ainsi la validation de différentes fiches le 28 janvier.

Une réunion supplémentaire éventuelle est prévue pour clore le groupe de travail ; parmi les dates proposées, la date du vendredi 11 février (matin et après-midi) est retenue.

1) Examen des fiches sur l'approvisionnement et sur la dispensation du médicament dans les EHPAD :

Les fiches sur l'approvisionnement et sur la dispensation du médicament dans les EHPAD ainsi que le projet d'éléments pour une convention-type entre EHPAD et officine sont soumis pour avis au groupe de travail.

- **Approvisionnement en médicaments des EHPAD:**

La fiche est validée sous réserve des modifications apportées par le groupe de travail conformément à la nouvelle version ci-jointe.

En réponse à une question, il est rappelé qu'en dehors de l'article L.5126-6 du CSP qui prévoit la dotation pour soins urgents, le fondement législatif qui organise l'intervention du pharmacien d'officine auprès des résidents en EHPAD est l'article L.5125-25 du CSP qui prévoit la livraison à domicile pour les patients dont la situation le requiert. Mais cet article ne peut en aucun cas fonder une intervention directe de l'officine auprès de l'établissement lui-même pour les soins courants. Cette intervention ne connaît donc actuellement pas de base légale.

Sur l'analyse des propositions du groupe de travail, Pierre Deloménie rappelle que l'objectif d'ensemble est d'assurer une qualité équivalente de l'approvisionnement en médicaments pour un coût comparable quel que soit le mode d'approvisionnement choisi par l'établissement, pharmacie d'officine ou pharmacie à usage intérieur.

- sur l'organisation de l'approvisionnement par une officine dans le cadre d'une convention avec l'établissement : les représentants des syndicats de pharmaciens titulaires d'officine ont des positions divergentes sur le principe des remises dans le cadre de la convention-type, l'un l'acceptant, l'autre le refusant.
- sur l'organisation de l'approvisionnement par une PUI : **Pierre Deloménie demande à la DGAS une note sur les groupements de coopération médico-sociaux et la nécessité de modifier l'article L.312-7 du CASF pour autoriser la constitution d'un groupement de même nature que le GCS, et à la DHOS une note sur les modalités de gestion d'une PUI par un pharmacien d'officine (gérance ou vacations) et sur l'amendement à l'article L.5125-17 du CSP à l'étude actuellement.**

De manière générale, Pierre Deloménie précise que les propositions du groupe de travail contenues dans cette fiche pourraient nécessiter cinq modifications législatives pour :
- inscrire la base légale de la convention entre officine et EHPAD,
- organiser le dispositif de remise de l'officine,
- permettre la constitution de groupements de coopération sociaux analogues aux GCS,
- permettre l'approvisionnement par une PUI hospitalière,
- permettre la gérance d'une PUI par un pharmacien d'officine.

La question de l'augmentation du temps de présence du pharmacien de PUI (deux demi-journées hebdomadaires minimum) est abordée sans consensus sur l'opportunité de supprimer cette norme minimale à l'instar du décret organisant les missions du médecin coordonnateur ou de définir un temps de présence par tranche de cent lits.

- **Dispensation et administration des médicaments en EHPAD:**

La fiche est validée sous réserve des modifications apportées par le groupe de travail conformément à la nouvelle version ci-jointe.

Sur les propositions initiales du groupe de travail quant à la préparation des doses à administrer :
- la première possibilité, la préparation des doses à administrer par le personnel infirmier au sein de l'établissement, est celle de droit commun : elle se justifie notamment par le souci de ne pas scinder les deux séquences que sont la préparation puis l'administration des doses, facteur de qualité et de sécurité ;
- quant à la deuxième possibilité, la préparation à l'établissement par du personnel de l'officine conventionnée : il ressort des consultations juridiques menées par Pierre Deloménie que la mise à disposition par le pharmacien d'officine d'un préparateur n'est pas envisageable car elle ne permet pas d'assurer le contrôle effectif du pharmacien, formalité substantielle prévue par l'article L.4241-1 du CSP. Seul un pharmacien (titulaire ou adjoint) peut donc légalement

intervenir dans l'établissement pour la préparation des doses. L'Ordre des pharmaciens rappelle qu'il n'est pas favorable à cette solution ;

- quant à la troisième solution envisagée d'une préparation des doses à l'officine : l'Ordre rappelle que la préparation des doses par l'officine est envisageable pour répondre à un besoin spécifique du patient mais qu'elle ne peut donc pas être systématique. Les directions d'administration centrale (DGS, DHOS, DSS) sont également défavorables au déconditionnement systématique par l'officine et à ce transfert de l'établissement à l'officine de la préparation des doses à administrer pour des raisons juridiques, économiques et de sécurité sanitaire. Le groupe de travail propose en conséquence de supprimer cette troisième solution.

➢ **Eléments pour une convention-type entre officine et EHPAD:**

Le projet est validé par le groupe de travail sous réserve des modifications qui y sont apportées conformément à la nouvelle version ci-jointe.

En complément, l'Ordre des pharmaciens transmet au groupe une proposition d'éléments relatifs aux engagements de l'établissement qui devraient également figurer dans la convention-type. Ces éléments, qui figurent en pièce jointe, seront discutés lors d'une prochaine réunion du groupe.

2) Prise en charge financière des dépenses de dispositifs médicaux dans les EHPAD :

Le groupe de travail procède à l'examen des pistes d'évolution envisageables pour faciliter la prise en charge financière des dispositifs médicaux par l'établissement. Le principe d'une liste positive de dispositifs médicaux à inclure dans le forfait de soins est retenu. Cette liste serait actualisée chaque année, voire tous les deux ans sauf innovation majeure. La méthode d'évaluation des forfaits devra être définie. Une étude préalable par échantillon sera nécessaire pour connaître le niveau actuel des dépenses de dispositifs médicaux, mais difficile compte en l'absence de codage de ces produits de santé.

De manière générale, si le principe de réintégration des dispositifs médicaux dans le forfait soins était définitivement retenu, il serait recommandé de mettre en place de deux groupes de travail préparatoires : l'un sur les aspects techniques de définition d'une liste positive de dispositifs médicaux inclus dans le forfait et l'autre sur les aspects économiques d'évaluation des dépenses de dispositifs médicaux dans le forfait soins.

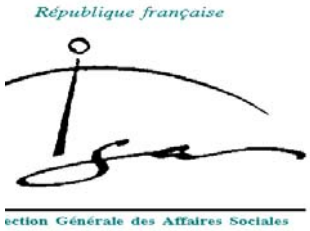
Sur le périmètre de cette liste, la discussion s'engage sur la proposition de la FSPF préalablement transmise. La FSPF distingue ce qui est spécifique à la personne âgée, et dans ce cas pris en charge par l'enveloppe de soins de ville, de ce qui est spécifique à l'établissement, collectif ou non individualisable, et dans ce cas pris en charge par le forfait soins.

D'un premier échange, il ressort d'une part que si l'on accepte l'approche de la FSPF, les propositions faites sont cohérentes, et d'autre part que les listes de l'arrêté de 2001 restent largement valables. D'autres matériels pourraient être intégrés à cette liste comme les matériels de préparation des doses à administrer type Medissimo ou Manrex, ainsi que certains produits d'usage courant (M. MIAUT fera des propositions en ce sens). **Pierre Deloménie demande aux membres du groupe de réfléchir à des propositions d'actualisation de ces listes.**

Par ailleurs, Pierre Deloménie demande :

- **à la DSS de faire le point sur les modifications en cours de la LPP pour les dispositifs figurant sur les listes de 2001 ;**

- **aux caisses nationales et aux quatre directions d'administration centrale de faire parvenir leurs positions sur la prise en charge des dispositifs médicaux dans le forfait soins et les propositions de la FSPF avant le 15 janvier.**



Groupe de travail sur la prise en charge des médicaments dans les maisons de retraite médicalisées

Compte rendu de la réunion du mercredi 19 janvier 2005

Liste des participants : Pierre Béguérie (CNOP), Hélène Bénard (CNAMTS), Jean Biwer (UNPF), Marc Bourquin (DHOS), Nadine Colinot (CNAMTS), Alain Danowicz (pharmacien de PUI), Fabienne Dubuisson (DGAS), Blandine Fain (pharmacienne de PUI), Marie-Thérèse Gougaud (ADHEPA), Marie-Laure Guillo (DGS), Housseyni Holla (DHOS) pour la présentation de l'enquête DDASS, Murielle Jamot (FHF), Céline Lambert (DSS), Gérard Miaut (CNDEHPA), Dominique Roche (médecin coordonnateur), Michel Salom (FEHAP), Georges Simon (SYNERPA), Yves Trouillet (APR), Lucien Vasseur (CNRPA), Alain Villez (UNIOPSS) et Jocelyne Wittevrongel (FSPF).

Excusés : Marie-Christine Coulomb (Médecin coordonnateur), Hélène Dupont (PhIR), Marine Jeantet (MSA), Béatrice Mottet (DDASS), Jean Petitpré (France Alzheimer), François Piette (SFGG), Françoise Toursière (FNADEPA) et Jean-Marie Vetel (SNGC).

Pour l'IGAS : Pierre Deloménie (Président) et Marie Fontanel-Lassalle (rapporteure).

Compte tenu des différents mouvements de grève de ce jour, il est proposé d'examiner les différents points à l'ordre du jour des deux réunions en une séance unique.

Les membres du groupe de travail ont été destinataires en amont de la réunion de documents présentant les résultats des enquêtes lancées pour améliorer la connaissance des dépenses de médicaments et dispositifs médicaux en EHPAD, ainsi que des conclusions du groupe de travail présidé par le professeur PIETTE, et d'un document proposé par le docteur VETEL.

1) Restitution des premiers résultats issus de l'enquête de la CNAMTS relatifs à la prise en charge des médicaments en EHPAD :

Les caisses d'assurance maladie ont lancé une étude pour évaluer l'impact de la réforme de la tarification et analyser les objectifs qualitatifs inscrits dans les conventions tripartites. Son exploitation a pu être accélérée afin que le groupe de travail dispose d'éléments spécifiques sur le coût du médicament.

La méthodologie de l'étude est rappelée brièvement ; elle a été réalisée auprès d'un échantillon de 223 établissements conventionnés et 149 établissements non conventionnés présents dans six régions et porte sur le dernier trimestre 2002. Les outils suivants ont constitué le cadre d'enquête : le contenu des conventions tripartites ; les données budgétaires des forfaits soins obtenues par les CRAM auprès des DDASS ; des requêtes effectuées auprès des caisses pour obtenir les montants des médicaments remboursés en ville.

A l'issue de la présentation des résultats par la CNAMTS, la discussion a porté sur les points suivants :

- Les membres du groupe de travail n'ont pas été surpris de la confirmation de l'absence de corrélation entre le GMP et les dépenses de médicament.

- En revanche, les résultats issus de la comparaison du coût du médicament en présence ou en l'absence d'une PUI sont extrêmement surprenants :

La comparaison porte sur les établissements conventionnés ayant intégré le médicament dans le forfait soins et se fonde donc sur les comptes administratifs des établissements.

L'enquête conclut à un coût moyen du médicament par place et par jour très légèrement plus élevé en l'absence de PUI (2,73€) qu'en présence d'une PUI (2,64€). Cette comparaison n'intègre par ailleurs pas le coût de fonctionnement des PUI qui viendrait donc s'ajouter au coût du seul médicament.

La faible taille de l'échantillon est relevée puisque la CNAMTS précise que l'analyse sur le coût des médicaments n'a pu être effectuée que sur 62 établissements dont 11 disposant d'une PUI.

Il est demandé à la CNAMTS de vérifier ces données, et de proposer une explication si ces résultats paradoxaux sont confirmés.

- De même les membres du groupe de travail sont surpris des résultats tirés de la comparaison du coût du médicament en ville selon que les établissements ont signé ou non une convention.

L'enquête montre que le montant remboursé des médicaments est plus élevé pour les établissements qui ont signé une convention (2,75€) que pour ceux qui n'en ont pas signée (1,78€), et que l'augmentation du coût de prise en charge des médicaments, comparativement aux enquêtes précédentes (1999-2000), a été beaucoup plus importante pour les structures signataires (+ 66%) que pour les structures non signataires (+ 27%).

Il est demandé à la CNAMTS de vérifier la nature des places prises en compte pour le calcul, car les établissements non conventionnés restent sous le double régime de places de cure médicale prises en charge sur le forfait de soins et des places restantes prises en charge sur l'enveloppe de soins de ville ; pour les établissements signataires, des proratisations peuvent être nécessaires, en fonction de la date d'effet de la convention.

- Enfin le groupe de travail demande des précisions sur la méthodologie employée pour comparer le coût du médicament selon qu'il est inclus ou exclu du forfait de soins.

En effet, l'enquête fait apparaître un coût moyen journalier similaire que le médicament soit inclus ou exclu du forfait soins (1,60€).

Cette comparaison porte sur un échantillon restreint (médicament exclu du forfait pour 45 établissements et inclus pour 118 établissements) et sur les données anciennes issues de l'enquête ERNEST (1999-2000).

2) Restitution de l'enquête effectuée auprès d'un échantillon de DDASS sur l'évolution des dépenses de médicaments et dispositifs médicaux dans les EHPAD :

La DHOS rappelle que l'échantillon de l'enquête est restreint et orienté (16 DDASS dont 13 ont répondu aux questionnaires représentant 166 établissements parmi des établissements ayant signé une convention tripartite entre le 4 mai 2001 et le 4 mars 2002 ou des établissements de strate 2 et 3 conventionnés en 2003 et disposant d'une PUI) au vu d'un objectif ciblé : connaître les évolutions de dépenses entre 2002 et 2003 dans des établissements gérant le médicament dans leur forfait soins et évaluer l'incidence de l'existence d'une PUI.

A l'issue de la présentation de l'enquête, la discussion a porté sur les éléments suivants :

- Le nombre de médecins prescripteurs par établissement :

Il est en moyenne plus élevé dans les établissements sans PUI (14 contre 8), et avec une dispersion plus forte.

Les membres du groupe de travail indiquent qu'il aurait été intéressant de corréler la donnée du nombre de prescripteurs avec d'une part la localisation de l'établissement (rurale ou urbaine) et d'autre part du nombre de patients suivis par prescripteur (afin de vérifier l'hypothèse d'une majorité des résidents suivis par une minorité des médecins). Enfin il serait également intéressant de connaître l'évolution du nombre de prescripteurs sur les dernières années.

- Les modalités du calcul initial de la dotation de soins au moment du conventionnement :

L'enquête montre que l'enveloppe a été initialement évaluée à l'aide de données déclaratives (1/3 des cas), des données ERNEST (1/3) ou des données de l'assurance maladie (10%).

Il aurait été intéressant de corréler ces données avec l'évolution de la dotation et des dépenses entre 2002 et 2003 par établissement.

- le coût des médicaments et dispositifs médicaux en fonction de l'existence ou non d'une PUI et le coût de fonctionnement des PUI :

L'enquête fait apparaître une dispersion très forte des coûts journaliers entre établissements, qu'ils disposent ou non d'une PUI.

L'écart de coût moyen journalier, de 0,87€ en 2002 et de 1,12€ en 2003 entre établissements disposant ou non d'une PUI, est donc à relativiser. De plus, si on intègre le coût de fonctionnement des PUI qui semble très majoritairement compris entre 0,5€ et 1,5€ (le coût moyen n'est pas donné du fait de l'importance de la dispersion), l'écart de coût entre PUI et coût en ville est moindre que celui que l'on annonce communément (1€ en moyenne).

Dès lors, il semble difficile de faire reposer la décision de créer une PUI sur de seuls arguments économiques.

Par ailleurs, une deuxième partie de l'enquête effectuée auprès des DDASS portant sur la prise en charge des dispositifs médicaux confirme l'hypothèse que leur sortie du forfait soins a donné lieu à des traitements très divergents selon les départements (prise en charge en ville ou sur le forfait soins de tout ou partie des dispositifs médicaux ; pratiques homogène ou non des DDASS en fonction des établissements).

3) Restitution de l'enquête effectuée par la FHF et la CNDEHPAD sur le coût des médicaments en PUI et en officine :

L'enquête a été lancée à la demande du groupe de travail aux établissements publics (strates 1 et 2) du réseau de la FHF et de la CNEDHPAD. 91 établissements y ont répondu, 49 disposant d'une PUI et 42 s'approvisionnant auprès d'une officine de ville.

A l'instar des résultats des deux études précédentes, l'enquête relève une forte dispersion des coûts entre établissements, qu'ils aient ou non une PUI. En moyenne, le coût du médicament s'élève à 3,20€ en ville et 2,74€ en PUI (ce coût se décompose en 1,67€ de dépense stricte de médicament et 1,07€ de coût de fonctionnement : personnel, amortissement, nettoyage, fluides), soit un écart de coût de 0,46€.

Il est précisé que 15, soit 30%des 49 PUI, préparent les doses à administrer. Ce pourcentage est de 20% dans l'enquête DDASS. Le groupe de travail souhaiterait distinguer le coût de fonctionnement de la PUI selon qu'elle prépare ou non les doses.

4) Présentation des conclusions du groupe de travail présidé par le Pr. Piette :

Il est rappelé que l'objet de ce groupe tel que prévu lors de la réunion du 5 novembre 2004 était d'établir une liste de propositions de thèmes prioritaires qui pourraient faire l'objet de protocoles, bonnes pratiques ou recommandations et dont l'élaboration pourrait ensuite être confiée à la future Haute autorité de santé. Le groupe devait étendre ses réflexions à l'organisation de la prescription, l'objectif final étant de disposer d'outils permettant une articulation constructive entre médecin coordonnateur et intervenants libéraux.

A l'issue de la présentation par le Dr Salom en remplacement du Pr Piette, absent pour cause de grève administrative, des conclusions du groupe préalablement distribué, le groupe de travail retient les propositions suivantes qui pourraient être soumises à la Haute Autorité de Santé :

- Recommander la mise en place d'études cliniques dans le cadre du dossier d'AMM chez les personnes âgées, quand nécessaire ; .

- Valider les recommandations de bonnes pratiques suivantes :

a) recommandations de limitation de l'usage de certaines classes de médicaments en première intention (Cf.liste indicative dans le document)
b) protocoles d'utilisation chez la personne âgée de certains médicaments dont l'intérêt thérapeutique est incontestable mais dont l'emploi peut se relever dangereux et présente un risque de iatrogénie (Cf. liste)
c) validation, puis promotion, de méthodes thérapeutiques non médicamenteuses pouvant présenter des compléments ou alternatives à des prescriptions médicamenteuses (Cf. liste)

En revanche le groupe de travail reste réservé sur la proposition de protocoliser des procédures de conciliation entre les acteurs (personne âgée, famille, médecin coordonnateur, prescripteur) qui présente le risque de rendre les relations encore plus rigides.

Ensuite sont évoqués les outils informatiques d'aide à la prescription qui pourraient servir de base à la diffusion des bonnes pratiques de prescription chez la personne âgée , et dont il est souhaitable de favoriser l'élaboration et la diffusion.

5) Présentation du document proposé par le Dr. Vetel sur le thème « Médicaments / soins palliatifs / EHPAD » :

Ce document, présenté par le Dr Roche, aborde la question de la fin de vie en EHPAD, solution privilégiée par les résidents et les familles par rapport à la fin de vie à l'hôpital, ce qui présente notamment deux difficultés : la prise en charge de la douleur et l'accompagnement des mourants en EHPAD.

Un élément de ce sujet entre dans le champ de compétences du groupe de travail relativement à la prescription de médicaments contre la douleur en EHPAD. En effet, les prescripteurs libéraux sont réticents à prescrire ces médicaments (opiacés par exemple) ce qui suppose une surveillance accrue du patient. Le médecin coordonnateur pallie ces réticences en prescrivant lui-même, sous couvert d'urgence, les médicaments contre la douleur.

Des recommandations de bonnes pratiques pourraient s'avérer utiles pour favoriser et encadrer la prescription de médicaments anti-douleur en EHPAD.

Groupe de travail sur la prise en charge des médicaments dans les maisons de retraite médicalisées

Compte rendu des réunions du vendredi 28 janvier 2005

Liste des participants : Pierre Béguérie (CNOP), Jean Biwer (UNPF), Marc Bourquin (DHOS), Luc Broussy (SYNERPA), Alain Danowicz (pharmacien de PUI), Isabelle Desgoute (FEHAP), Fabienne Dubuisson (DGAS), Hélène Dupont (PhIR), Frédéric Giraudet (CNAMTS), Marie-Thérèse Gougaud (ADHEPA), Marie-Laure Guillo (DGS), Murielle Jamot (FHF), Céline Lambert (DSS), Gérard Miaut (CNDEHPAD), Béatrice Mottet (DDASS), Danièle Paoli (FSPF), Jean Petitpré (France Alzheimer), Laure Prestat (DGS), Dominique Roche (médecin coordonnateur), Françoise Toursière (FNADEPA), Yves Trouillet (APR), Lucien Vasseur (CNRPA), Jean-Marie Vetel (SNGC) et Alain Villez (UNIOPSS).

Excusés : Martine Ernoult (pharmacienne de PUI), Marine Jeantet (MSA) et François Piette (SFGG).

Pour l'IGAS : Pierre Deloménie (Président) et Marie Fontanel-Lassalle (rapporteure).

1) La prescription des médicaments :

La fiche sur la prescription du médicament dans les EHPAD est soumise pour avis au groupe de travail.

Elle sera modifiée suite aux remarques portant sur :
- l'utilisation du terme de « médicament de confort » (2è item des propositions, 3è paragraphe) ; le texte précisera qu'il s'agit de médicament au service médical rendu insuffisant.
- le suivi individuel des consommations de médicaments (4è item des propositions, 1er paragraphe) : il sera précisé qu'il relève exclusivement des professionnels de santé dans le cadre de la convention-type prévue entre EHPAD et officine.

Par ailleurs, Pierre Deloménie propose d'aborder dans la note de transmission aux ministres la question des soins de fin de vie, et notamment le souhait des résidents de rester dans l'EHPAD et d'éviter l'hospitalisation, qui faisait l'objet de la note présentée par le Dr Vetel lors de la précédente réunion.

Enfin, le groupe de travail souscrit à la proposition de la CNDEHPAD d'un guide de bonnes pratiques du médecin en EHPAD qui rassemblerait les protocoles et référentiels existants en matière

de prescription à la personne âgée. Ce guide pourrait faire l'objet d'une publication officielle pour une meilleure diffusion auprès des professionnels. Pour autant, le groupe rappelle que l'effectivité des recommandations de bonnes pratiques dépend plutôt de leur intégration dans les outils informatiques d'aide à la prescription.

2) Les dépenses de médicaments :

La fiche sur les dépenses de médicaments dans les EHPAD est soumise pour avis au groupe de travail. Elle reprend les résultats des enquêtes présentées lors de la réunion du groupe de travail du 19 janvier.

La CNAMTS s'engage à fournir les explications méthodologiques attendues lors de la séance finale du 11 février.

Concernant l'enquête qui sera lancée dans le cadre du programme annuel de la DSS, cette dernière précise qu'elle se rapprochera de la DRESS à l'issue des réunions du groupe de travail. Le calendrier initialement prévu pourrait être décalé.

Les propositions de la CNDEHPAD relatives au champ de cette enquête sont validées par le groupe de travail, soit les éléments à inclure suivants :
- la représentation de toutes les strates ERNEST ;
- la connaissance de la situation géographique des établissements : rurale, périurbaine, urbaine ;
- la comparaison entre les trois formes possibles d'approvisionnement du médicament : par une PUI ; par une officine dans le cadre d'un marché avec l'établissement ; par le résident lui-même qui s'adresse à l'officine de son choix.
- la consommation de médicaments coûteux en lien notamment avec les pathologies Alzheimer et associées.

3) Examen de la proposition du CNOP sur les compléments à apporter à la convention-type entre officine et EHPAD :

La discussion ne porte pas sur l'examen de l'ensemble de la convention-type mais uniquement sur la proposition du CNOP d'ajouter des éléments relatifs aux obligations de l'établissement.

Les éléments proposés sont validés sous réserve des modifications et ajouts apportés par le groupe de travail qui seront inscrits dans la nouvelle version.

Par ailleurs, il est demandé de préciser en introduction que le principe de cette convention sera introduit par voie législative, et qu'une convention type sera définie par voie réglementaire.

4) Prise en charge financière des dispositifs médicaux :

La fiche sur la prise en charge des dépenses de dispositifs médicaux dans les EHPAD est soumise pour avis au groupe de travail. Le groupe de travail rappelle son accord sur le principe d'une réintégration de certains dispositifs médicaux dans le forfait soins selon une liste positive qui reste à établir conformément à l'approche de la FSPF qui consiste à distinguer ce qui relève du collectif et est mutualisable au sein de l'étéablissement de ce qui est spécifique à la personne âgées et resterait pris en charge sur l'enveloppe de soins de ville.

La CNAMTS présente sa réponse à la proposition de liste de la FSPF. Tout en adhérant à la logique de la FSPF, elle en diffère sur cinq points et considère que devraient être intégrés dans le forfait : les nutriments pour supplémentation, les pansements et compresses onéreux comme les hydrocolloïdes,

les petits matériels pour incontinents (étui pénien, poche sonde urinaire), les seringues et stylos injecteurs d'insuline utilisés par les personnels soignants ainsi que les matériels d'aide prévention des escarres.

La position de la DGS présentée en séance se rapproche de celle de la CNAMTS. Ce qui a trait à une pathologie spécifique qui ne concerne que certains résidents serait remboursé en ville (comme le diabète). En revanche, l'ensemble des soins qui correspondent à la vocation de l'établissement comme la prévention de la dénutrition, des escarres, de l'incontinence seraient pris en charge sur le forfait soins.

La DSS attire l'attention sur les dispositifs médicaux qui devraient être fournis par les professionnels de santé libéraux car ils sont financés par la rémunération à l'acte et rappelle aux établissements qu'ils n'ont à les fournir qu'à leur personnel salarié. Par ailleurs, sur la base de la liste proposée par la FSPF, elle considère que ne doivent pas être exclus du forfait les dispositifs médicaux qui, bien que d'usage individualisé, sont largement standardisés.

La FSPF maintient sa proposition initiale dans laquelle les cinq catégories de dispositifs médicaux précités seraient prises en charge sur l'enveloppe de soins de ville.

Le SYNERPA et l'UNIOPSS souhaitent que, dans le calibrage du forfait, soit laissé ouvert aux établissements le choix entre la location ou l'achat de lits médicalisés.

5) Prise en charge financière des médicaments :

La proposition d'un scénario à moyen terme de réintégration du médicament dans le forfait soins sur la base d'un outil médicalisé de tarification, du type de PATHOS s'il était validé, est soumise au groupe de travail.

S'opposent à ce scénario sur une base automatique mais souhaitent laisser ouvert aux établissements un droit d'option à la réintégration du médicament dans leur forfait soins sur une base médicalisée les membres du groupe de travail suivants : l'UNIOPSS, la CNDEHPAD, le SYNERPA, la FHF, la FNADEPA, la FEHAP, l'ADHEPA.

L'ADHEPA précise qu'elle conditionne son choix en faveur d'un droit d'option à la réintégration à la publication du décret sur le médecin coordonnateur.

Le CNRPA appelle l'attention du groupe de travail sur les petites unités de vie dont le GMP est inférieur à 300. Elles ne sont a priori pas concernées par la prise en charge du médicament sur le forfait soins.

Groupe de travail sur la prise en charge des médicaments dans les maisons de retraite médicalisées

Compte rendu de la réunion du vendredi 11 février 2005

Liste des participants : Pierre Béguérie (CNOP), Jean Biwer (UNPF), Luc Broussy (SYNERPA), Sylvie Burnel (DHOS), David Causse (FHF), Isabelle Desgoute (FEHAP), Fabienne Dubuisson (DGAS), Martine Ernoult (pharmacienne de PUI), Frédéric Giraudet (CNAMTS), Marie-Thérèse Gougaud (ADHEPA), Marie-Laure Guillo (DGS), Marine Jeantet (MSA), Céline Lambert (DSS), Gérard Miaut (CNDEHPAD), Danièle Paoli (FSPF), Jean Petitpré (France Alzheimer), François Piette (SFGG), Dominique Roche (médecin coordonnateur), Yves Trouillet (APR), Lucien Vasseur (CNRPA), Jean-Marie Vetel (SNGC), Alain Villez (UNIOPSS) et Nadine Weissleib (PhIR).

Pour l'IGAS : Pierre Deloménie (Président) et Marie Fontanel-Lassalle (rapporteure).

La dernière réunion est consacrée à l'examen final des 7 fiches de synthèse des propositions du groupe de travail qui seront adressées aux ministres.

1) La prescription des médicaments :

La fiche est validée sous réserve des modifications apportées par le groupe de travail conformément à la dernière version ci-jointe.

La FHF souhaite que l'ACOSS définisse des orientations à destination du réseau des URSSAF sur la présomption de non-salariat qui devrait caractériser la convention de prestations de soins entre EHPAD et médecins libéraux. Sur la base des instructions générales de l'ACOSS qui seront transmises par la DSS, Pierre Deloménie s'engage à aborder ce sujet, si nécessaire, dans sa note de transmission aux ministres.

2) L'approvisionnement :

La fiche est validée sous réserve des modifications apportées par le groupe de travail conformément à la dernière version ci-jointe.

La discussion a notamment porté sur les points suivants :

- La possibilité pour un établissement de signer une convention avec plusieurs officines : il est donc ajouté que les pharmaciens d'officine (la FSPF, l'APR et le conseil central A) souhaitent qu'un EHPAD puisse signer une convention avec plusieurs pharmaciens d'officine. Plusieurs

membres du groupe de travail considèrent que cette possibilité vide de sa substance la rationalisation que propose la convention officine-EHPAD.

- Le principe et les modalités de remise : l'ensemble des pharmaciens d'officine hormis l'UNPF sont opposés au principe même de cette remise. L'UNPF y est favorable en dehors de la fourniture de médicaments en urgence. Par ailleurs, la majorité du groupe de travail dont les représentants des établissements (FEHAP, FHF, SYNERPA, UNIOPSS) et des pharmaciens d'officine s'opposent au principe du partage de la remise entre l'établissement et l'assurance maladie, et souhaitent que seul l'établissement en bénéficie.
- Les modalités d'approvisionnement par une PUI :
  - La DGS est réservée à l'égard de l'approvisionnement par une PUI hospitalière en raison de l'inadéquation entre l'activité thérapeutique d'un établissement hospitalier et d'un EHPAD. La FSPF et l'APR s'y opposent. L'UNPF y est favorable si cette modalité est encadrée par la signature d'une convention identique à la convention entre EHPAD et officine, proposition qui reçoit l'accord de la FHF.
  - Par ailleurs le projet de loi pour l'égalité des droits et des chances et la participation à la citoyenneté des personnes handicapées adopté le 3 février 2005 (article 44 septies modifiant l'article 312-7 CASF) permet la constitution d'un groupement de coopération médico-sociale en l'absence d'un établissement de santé. Une modification législative devra néanmoins autoriser ces groupements de coopération médico-sociaux à gérer une PUI commune à l'instar d'un groupement de coopération sanitaire.

3) La dispensation et l'administration :

La fiche est validée sous réserve des modifications apportées par le groupe de travail conformément à la dernière version ci-jointe.

La discussion a notamment porté sur les points suivants :

- La possibilité de sous-traitance par l'EHPAD de la préparation des doses à administrer à la pharmacie d'officine conventionnée.

Les représentants des pharmaciens d'officine refusent la solution d'une préparation à l'EHPAD par un pharmacien. La DSS considère qu'il est préférable que les doses à administrer soient préparées par le personnel de l'EHPAD compte tenu des responsabilités pouvant être mises en jeu en cas de préparation par le pharmacien d'officine et afin d'éviter les demandes de rémunération spécifique pour cette prestation. La DGS et la DHOS ne sont pas opposées à la préparation à l'EHPAD par un pharmacien, de même que la DGAS qui souhaite n'exclure aucune possibilité.

Les représentants des EHPAD souhaitent que soit rajoutée la possibilité de préparer les doses à administrer à l'officine, modalité à laquelle les représentants des pharmaciens d'officine et les administrations centrales sont opposés.

- L'administration aux résidents : les représentants des EHPAD et les gériatres soulignent la difficulté de respecter les dispositions du code de la santé publique en raison des effectifs en personnel sanitaire des EHPAD.

4) Eléments pour une convention officine-EHPAD :

La fiche est validée sous réserve des modifications apportées par le groupe de travail conformément à la dernière version ci-jointe.

La position de la DSS sur la préparation des doses à administrer est inscrite dans la fiche sur la dispensation et l'administration du médicament.

5) Les dépenses de médicaments :

La fiche est validée sous réserve des modifications apportées par le groupe de travail conformément à la dernière version ci-jointe.

La CNAMTS expose les éléments d'explication qu'elle devait apporter au groupe de travail pour préciser les résultats de son enquête. Elle confirme que des compléments ont été demandés aux CRAM, ce qui a permis d'obtenir des résultats plus cohérents avec les autres enquêtes, mais dont la fiabilité demeure cependant incertaine. L'analyse du coût des médicaments dans les structures ayant ou non une PUI a pu être précisée (il ressort un écart de coût d'un demi euro). En revanche les précisions attendues sur les autres points n'ont pas pu être fournies.

Par ailleurs, à la demande de la FHF, la CNAMTS s'engage à envoyer aux établissements qui constituaient le sous-échantillon PATHOS d'ERNEST les conclusions de l'enquête les concernant. La FHF demande également que l'algorithme permettant le calcul du PMP (Pathos Moyen Pondéré) soit rendu public.

6) La prise en charge financière des dispositifs médicaux :

La fiche est validée sous réserve des modifications de forme apportées par la DSS et validées par le groupe de travail conformément à la dernière version ci-jointe.

La FSPF maintient sa proposition initiale de répartition des dispositifs médicaux dans le forfait soins et sur l'enveloppe de ville.

La CNAMTS rappelle son souhait que la convention entre officine et EHPAD soit étendue aux autres fournisseurs de produits prescrits à la LPP, notamment les sociétés commerciales mais aussi les acteurs associatifs présents dans ce secteur.

7) La prise en charge financière des médicaments :

La fiche est validée sous réserve des modifications apportées par le groupe de travail conformément à la dernière version ci-jointe. Par ailleurs y est annexée la note de la CNAMTS sur l'utilisation de PATHOS comme outil de tarification.

* * *

Pierre Deloménie conclut les travaux du groupe de travail, en remerciant les membres de leur participation active et assidue.

Concernant la forme du rapport qui sera envoyé aux ministres pour la fin du mois de février, il comprendra les éléments suivants :

- les 7 fiches de synthèse modifiées conformément à la réunion de ce jour et complétées par les commentaires du président ;
- une note de synthèse qui replacera ces fiches dans leur contexte ;
- des annexes constituées : des relevés de conclusions des 8 réunions du groupe de travail ; des résultats des enquêtes de la CNAMTS, de la FHF et de la DHOS ; des conclusions du groupe de travail présidé par le Pr Piette ; des positions que les membres du groupe de travail souhaiteraient communiquer à l'issue de cette dernière réunion et en tout état de cause avant le 21 février.

ANNEXE N° 4 :
Résultats de l'enquête CNAMTS relatifs à la prise en charge des médicaments

ENQUETE SUR L'IMPACT, POUR L'ASSURANCE MALADIE, DE LA REFORME DES ETABLISSEMENTS HEBERGEANT DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES (EHPAD 4).

Volet n°2

Analyse des objectifs qualité inscrits dans les conventions : Synthèse de l'étude.

La CNAMTS a mis en place, avec la collaboration de cinq régions CRAM, une enquête visant à évaluer l'impact réel, pour l'Assurance Maladie, de l'application de la réforme de la tarification des Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes.

De ce fait, l'enquête EHPAD 4 est composée de deux volets :

- La mise en œuvre d'un suivi et d'une évaluation de l'impact de la réforme de la tarification des Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes sur les consommateurs et sur les producteurs de soins ainsi que sur le coût global de leur prise en charge (via des données budgétaires, et la réalisation de requêtes résultant d'informations transmises par les établissements) ;
- L'analyse des objectifs qualité inclus dans les conventions tripartites (à partir d'une grille élaborée en collaboration avec les URCAM et les CRAM des régions participant à l'enquête).

Ce document présente les résultats du second volet, à savoir l'analyse des objectifs qualité inscrits dans les conventions tripartites. Il convient de souligner que cette enquête a été réalisée à partir d'un échantillon de 223 établissements implantés dans les six régions suivantes : Auvergne, Bretagne, Bourgogne, Franche Comté, Rhône-Alpes, Midi-Pyrénées.

Il est à noter que les données relatives à l'analyse des objectifs qualité inscrits dans les conventions ont pu être exploitées pour 218 structures sur les 223 participant à l'enquête.

1. Répartition des GIR Moyen Pondéré.

Le GIR Moyen Pondéré (GMP) de l'ensemble des structures considérées est, dans la grande partie des cas (89.91%), compris entre 300 et 800[1].

	Effectifs	%
GMP inférieur à 300	1	0.46%
GMP compris entre 300 et 800	196	89.91%
GMP supérieur à 800	11	5.05%
Données non renseignées	10	4.58%
Total	**218**	**100%**

La répartition des GMP compris entre 300 et 800, c'est à dire correspondant aux établissements les plus courants, est la suivante :

	Effectifs	%
GMP compris entre 300 et 400	5	2.55%
GMP compris entre 400 et 500	22	11.23%
GMP compris entre 500 et 600	52	26.53%
GMP compris entre 600 et 700	66	33.67%
GMP compris entre 700 et 800	51	26.02%
Total	**196**	**100%**

Ainsi, sur l'échantillon retenu :

- plus de 85% des structures (86.2%) ont un GMP compris entre 500 et 800 ;
- **environ 60% des structures (60.2%) ont un GMP compris entre 500 et 700**.

[1] Lorsque, pour une même structure, deux GMP sont mentionnés nous avons retenu la moyenne des deux chiffres, à défaut de renseignements complémentaires.

2. Date de signature des conventions.

Compte tenu du nombre relativement faible d'établissements signataires au moment du lancement de l'enquête, toutes les structures qui avaient, a priori, signé une convention au 1er juillet 2002 (à l'exception de celles qui n'avaient pas été ciblées lors des précédentes enquêtes nationales - ERNEST, EHPAD 2, EHPAD 3 - et des unités de soins de longue durée) ont été retenues dans le cadre de cette étude. Toutefois, il s'avère que parmi les établissements retenus certains (soit environ 3% des structures participant à l'étude) ont signé une convention entre les mois de juillet et décembre 2002.

Ainsi, on note notamment, que sur l'échantillon considéré :

- Le nombre de conventions conclues a été plus important sur 2001 que sur 2002. Il convient de souligner que cette répartition ne se vérifie, bien évidemment, pas au niveau national, puisque sur l'exercice 2002, environ 2.5 fois plus de conventions ont été signées qu'en 2001 (cf. Bilan des conventions signées au 31 décembre 2003 - LR /DRM/107-2004).
- La majeure partie (73.8%) des établissements ont signé une convention avant le 5 mars 2002. Aussi, sauf conclusion d'un avenant ou existence d'une pharmacie à usage intérieur, les médicaments et le petit matériel médical sont inclus dans le tarif journalier de ces établissements (cf. article 96 de la loi n°2002-03 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé).
- Les dates de signature n'ont pas été renseignées pour 6 structures.

Trimestre de signature	Nombre de signatures	Année de signature	Nombre de signatures	Trimestre de signature	Nombre de signatures	Année de signature	Nombre de signatures
4ème trimestre 2000	7	2000	7	4ème trimestre 2000	3,21%	2000	3,30%
1ère trimestre 2001	3	2001	107	1ère trimestre 2001	1,38%	2001	50,47%
2ème trimestre 2001	6			2ème trimestre 2001	2,75%		
3ème trimestre 2001	2			3ème trimestre 2001	0,92%		
4ème trimestre 2001	96			4ème trimestre 2001	44,04%		
1er trimestre 2002	55	2002	98	1er trimestre 2002	25,23%	2002	46,23%
2ème trimestre 2002	36			2ème trimestre 2002	16,51%		
3ème trimestre 2002	2			3ème trimestre 2002	0,92%		
4ème trimestre 2002	5			4ème trimestre 2002	2,29%		
Non renseigné	6			Non renseigné	2,75%		
Total	218		212	Total	100,00%		100%

3. Socle qualité minimal requis avant signature de la convention.

La grande majorité (68.35%) des conventions a été signée en requiérant l'existence d'un socle minimal de qualité.

Toutefois, **30% des conventions environ ont été signées sans que l'établissement respecte un niveau de qualité minimal**.

	Effectifs	%
Socle qualité minimal requis	149	68.35%
Socle qualité minimal non requis	67	30.73%
Données non renseignées	2	0.92%
Total	**218**	**100%**

4. Objectifs qualité inscrits dans convention.

L'annexe I de l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle indique qu'elle doit définir "les conditions de fonctionnement de l'établissement tant au plan financier qu'à celui de la qualité de la prise en charge des personnes et des soins qui sont prodigués à ces dernières, en accordant une attention particulière au niveau de formation du personnel d'accueil".

Or, il s'avère que **2%** (environ) **des structures enquêtées** (pour lesquelles les résultats sont disponibles) **ne semblent pas avoir inscrit d'objectifs qualité dans leur convention**.

5. Définition d'un projet de soins.

	Effectifs		%
Projet de soins défini	199	199	91.28%
Projet de soins non défini	10	19	8.71%
Données non renseignées	9		
Total	**218**		**100%**

Même si la grande majorité des établissements ont défini un projet de soins, il est à noter que près de **9% des structures semblent avoir signé leur convention sans que leur projet de soins soit défini**.

6. Type de prise en charge.

Dans le cadre de cette étude, nous avons également chercher à savoir si les conventions intégraient des engagements sur des prises en charge spécifiques pour leurs résidents. Ainsi, douze types de prise en charge ont été recensées :

- Prise en charge des résidents présentant des détériorations intellectuelles (A),
- Prise en charge des résidents incontinents (B),
- Prise en charge de la douleur (C),
- Prise en charge des résidents présentant une perte de mobilité (D),
- Prise en charge de la prévention des escarres (E),
- Prise en charge du dépistage de la dépression (F),
- Prise en charge des résidents en fin de vie (G),
- Prise en charge de la nutrition des résidents (H),
- Prise en charge de l'hygiène (I),
- Prise en charge de la manutention des résidents (J),
- Prise en charge de la maladie d'Alzheimer (K),
- Prise en charge des familles (L).

Au regard des données renseignées par les 218 structures participant à l'enquête pour lesquelles les données sont renseignées, il s'avère que:

- Plus de la moitié des structures (54.13%) ont, au moins, intégré six de ces douze types de prise en charge dans leur convention ;
- Près de 10% (9.17% précisément) des établissements ont retenu ces douze items lors de la signature de leur convention ;
- **Près de 15%** (14.22% exactement) **des établissements n'ont mentionné aucun de ces douze types de prise en charge dans leur convention**.

En outre, si on considère, individuellement, chacune de ces prises en charge, la répartition est la suivante :

En effectif :

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
Oui	137	127	131	101	115	51	131	126	103	67	100	89
Non *	81	91	87	117	103	167	87	92	115	151	118	129
Total	**218**	**218**	**218**	**218**	**218**	**218**	**218**	**218**	**218**	**218**	**218**	**218**

* Non inscrit dans la convention ou non renseigné.

En pourcentage :

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
Oui	**62.84%**	**58.26%**	**60.09%**	46.33%	**52.75%**	23.40%	**60.09%**	**57.80%**	**47.25%**	30.73%	**45.87%**	**40.83%**
Non*	37.16%	41.74%	39.91%	**53.67%**	47.25%	**76.60%**	39.91%	42.20%	**52.75%**	**69.27%**	**54.13%**	**59.17%**
Total	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**

* Non inscrit dans la convention ou non renseigné.

Ainsi, on constate que les établissements ont tendance à concentrer leurs efforts sur certains types de prise en charge et plus particulièrement sur :

- Les détériorations intellectuelles (A),
- La douleur (C),
- La fin de vie (G),
- L'incontinence (B),
- La nutrition (H),
- La prévention des escarres (E).

7. Inscription dans un réseau.

a) Dans un réseau gérontologique.

L'annexe I de l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle propose des recommandations relatives à l'inscription de l'établissement dans un réseau gérontologique comportant des soins coordonnés de manière à développer les complémentarités entre la structure et les autres acteurs du réseau local (concernant le soutien à domicile, la collaboration inter établissements, l'intervention d'équipes psychiatriques au sein de la structure, l'accessibilité de l'établissement). Ainsi, ce texte indique que les Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes devraient passer une convention avec au moins un établissement de santé public ou privé, dispensant des soins en médecine, chirurgie et disposant d'un service ou d'une unité soit de réanimation, soit de soins intensifs, en privilégiant les services les plus orientés vers la gérontologie.

Or, on constate que **moins de la moitié** (44.5%) **des établissements participant à l'enquête sont inscrits dans un réseau gérontologique**.

	Effectifs	**%**	
Participation à un réseau gérontologique	97	44.49%	44.49%
Absence de participation à un réseau gérontologique	104	47.71%	
Données non renseignées	17	7.80%	55.51%
Total	**218**	**100%**	**100%**

b) Dans un réseau de soins palliatifs.

Comparativement à la participation dans un réseau de soins gérontologique, on constate qu'une proportion semblable d'établissements (même si elle est légèrement plus faible) a intégré un réseau de soins palliatifs.

Ainsi, moins de la moitié (41.74%) **des établissements concernés par l'enquête sont inscrits dans un réseau de soins palliatifs**.

	Effectifs	%	
Participation à un réseau de soins palliatifs	91	41.74%	
Absence de participation à un réseau de soins palliatifs	102	46.79%	58.26%
Données non renseignées	25	11.47%	
Total	**218**	**100%**	**100%**

c) Dans un réseau gérontologique et dans un réseau de soins palliatifs.

Un quart des structures sont inscrites dans un réseau gérontologique et dans un réseau de soins palliatifs. En effet, 50 établissements (soit un peu plus d'un quart des structures pour lesquelles les données sont parfaitement renseignées - 26.46%) sont inscrits à la fois dans un réseau gérontologique et dans un réseau de soins palliatifs.

Un tiers des structures ne sont pas inscrites dans un réseau. A contrario, 62 établissements (soit près d'un tiers des structures pour lesquelles les données sont parfaitement renseignées - 32.80%) ne sont inscrites ni dans un réseau de soins palliatifs ni dans un réseau gérontologique.

	Effectifs		%	
Participation à un réseau gérontologique et à un réseau de soins palliatifs	50	50	22.94%	26.46%
Absence de participation à un réseau (gérontologique + soins palliatifs)	62	62	28.44%	32.80%
Participation à un réseau gérontologique uniquement	39	39	17.89%	20.63%
Participation à un réseau de soins palliatifs uniquement	38	38	17.43%	20.11%
Données non renseignées ou incomplètes	29		13.30%	
Total	**218**	**189**	**100%**	**100%**

8. Nature des objectifs qualité indiqués.

L'annexe I de l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle fixe des recommandations visant a garantir la qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Ainsi, elle indique qu'il est impératif que les partenaires conventionnels s'engagent dans une démarche d'"assurance qualité" garantissant à toute personne accueillie en établissement les meilleures conditions de vie, d'accompagnement et de soins. Or, la qualité de la prise en charge est tout à la fois fonction de la nature du cadre de vie, du professionnalisme et de l'organisation des intervenants qui assurent la prise en charge dans le respect de la personne et de ses choix.

Ainsi, dans le cadre de cette étude, trois items ont été retenus pour évaluer la démarche qualité retenue par les structures conventionnées :

- **La qualité de vie des résidents,**
- **La qualité des relations avec les familles et les proches,**
- **La qualification des personnels**.

Ainsi, il s'avère que **98% des établissements** pour lesquels les données sont exploitables ont retenu, **au moins, un objectif qualité** lors de la signature de leur convention.

	Effectifs	**%**
Au moins un objectifs retenu.	214	98.16%
Aucun objectif retenu.	4	1.84%
Total	**218**	**100%**

Par ailleurs, sur les établissements ayant inscrit des objectifs qualité dans leur convention, il convient de souligner, que **la grande majorité** d'entre elles (86%) a **retenu les trois objectifs**.

	Effectifs	**%**
Trois objectifs retenus.	184	85.98%
Deux objectifs retenus sur les trois.	24	11.22%
Un objectif retenu sur les trois.	6	2.80%
Total	**214**	**100%**

En outre, il est à noter que sur les 214 établissements qui ont inscrits des objectifs qualité dans leur convention, 100% d'entre eux ont retenu l'objectif relatif à la **qualité de vie des résidents**.

	Effectifs	**%**
Qualité de vie des résidents.	214	100%
Qualité des relations avec les familles et les proches.	193	90.19%
Qualification des personnels.	199	92.99%
Total	**214**	

9. Les moyens en personnel mis en œuvre pour répondre aux objectifs qualité.

a) Le médecin coordonnateur.

L'existence d'un médecin coordonnateur compétent en gérontologie répond à un objectif de santé publique, garantissant une meilleure qualité de prise en charge gérontologique et une maîtrise adaptée des dépenses de santé. En collaboration avec l'équipe soignante, il est notamment chargé de définir les priorités de soins et de faciliter la coordination avec les autres prestataires de soins externes à l'institution.

Selon les données recueillies dans le cadre de cette enquête, près de **63% des établissements ont prévu le recrutement d'un médecin coordonnateur** lors de la signature de leur convention.

	Effectifs	**%**
Prévision d'un médecin coordonnateur à la signature de la convention.	137	62.84%
Pas de médecin coordonnateur prévu lors de la signature de la convention.	69	31.65%
Données non renseignées.	12	5.51%
Total	**218**	**100%**

Néanmoins, dans la mesure où la présence d'un médecin coordonnateur est obligatoire dans chaque structure, il convient de souligner que l'absence de prévision de recrutement ne signifie pas, ipso facto, une absence de médecin coordonnateur. En

effet, certains établissements pouvaient, avant la signature de leur convention, être d'ores et déjà dotés d'un médecin compétent pour exercer ces fonctions.
Si la réglementation est respectée, cela signifierait donc que 37% des établissements avaient, avant la signature de leur convention, un médecin pouvant assumer le rôle de médecin coordonnateur.

b) L'infirmière référente.

Dans certains établissements dont l'état de santé des résidents nécessite une présence paramédicale permanente, il peut être utile qu'une infirmière constitue la personne ressource pour le personnel soignant de l'établissement. Elle assure, alors, un bon suivi des prescriptions médicales, dans le respect de soins et aides gérontologiques de qualité.

Selon les données recueillies dans le cadre de cette enquête, près de **68% des établissements ont prévu le recrutement d'un poste d'infirmière référente** lors de la signature de leur convention.

	Effectifs	**%**
Prévision d'un poste d'infirmière référente lors de la signature de la convention.	148	67.89%
Pas de poste d'infirmière référente prévu lors de la signature de la convention.	34	15.60%
Données non renseignées.	36	16.51%
Total	**218**	**100%**

En outre, on note que **environ la moitié des structures** (pour lesquelles ces informations sont correctement renseignées) **envisagent**, au moment de la signature de la convention, **recruter un médecin coordonnateur et une infirmière référente**.

	Effectifs		%	
Prévision d'un médecin coordonnateur et d'un poste d'infirmière référente lors de la signature de la convention.	90	90	41.29%	50.28%
Pas de médecin coordonnateur ni de poste d'infirmière référente prévu lors de la signature de la convention.	6	6	2.75%	3.35%
Prévision d'un poste d'infirmière référente lors de la signature de la convention, mais pas d'embauche de médecin coordonnateur prévue.	55	55	25.23%	30.73%
Prévision d'un médecin coordonnateur mais pas de poste d'infirmière référente lors de la signature de la convention.	28	28	12.84%	15.64%
Données non renseignées ou incomplètes.	39		17.89%	
Total	**218**	**179**	**100%**	**100%**

c) Les autres membres de l'équipe soignante.

La perte d'autonomie des résidents est compensée au quotidien dans ses deux dimensions soins et dépendance. Ce sont essentiellement les infirmiers (salariés et libéraux) qui assurent la composante soins de la prise en charge en collaboration avec les aides-soignants, les aides médico-psychologiques et les autres personnels psycho-éducatifs.

- **Présence d'une infirmière ou d'aides soignants en continu.**

Plus des trois quart des établissements ont une infirmière ou des aides soignants en continu.

	Effectifs	%
Présence d'une infirmière ou d'aides soignants en continu.	171	78.44%
Absence d'infirmière ou d'aides soignants en continu.	17	7.80%
Données non renseignées ou incomplètes.	30	13.76%
Total	**218**	**100%**

	Présence d'infirmière en continu		Présence d'aides soignants en continu	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Oui	113	51.83%	66	57.39%
Non	70	32.11%	20	17.39%
Données non renseignées	35	16.06%	29	25.22%
Total	**218**	**100%**	**115** (1)	**100%**

(1) Les données ne sont renseignées que pour 115 structures dans la mesure où seuls les établissements n'ayant pas d'infirmières en continu devait fournir cette information.

10. Le médicament.

a) Pharmacie à usage intérieur.

11% des structures de l'échantillon sélectionné bénéficie d'une pharmacie à usage intérieur. Pour ces établissements, les médicaments et le petit matériel médical sont systématiquement intégrés dans le tarif journalier de soins.

	Effectif	%
Avec PUI	24	11.01%
Sans PUI	191	87.61%
Non renseigné	3	1.38%
Total	***218***	***100%***

En outre, parmi les 191 établissements n'ayant pas de pharmacie à usage intérieur, 73% des structures ont signé une convention avant le 5 mars 2002. Pour ces structures la prise en charge des médicaments est donc incluse dans le tarif journalier de soins, excepté lorsqu'un avenant a été conclu.

	Effectif	%
Signature avant le 5 mars 2002	140	73.30%
Signature après le 5 mars 2002	48	25.13%
Non renseigné	3	1.57%
Total	***191***	***100%***

Par ailleurs, on note que la grande majorité (70,83%) des établissements bénéficiant d'une pharmacie à usage intérieur ont choisi le tarif global et que la très grande partie (89.4%) des établissements n'ayant pas de pharmacie à usage intérieur ont opté pour le tarif partiel.

	Avec PUI	Sans PUI	Total
Option tarifaire partielle	7	169	***176***
Option tarifaire globale	17	20	***37***
Total	***24***	***189***	***213***

Remarque : L'écart entre le nombre d'établissements (218) pour lequel les données ont été exploitées et le nombre total mentionné dans ce tableau (213) est lié à l'incomplétude des informations transmises.

b) Médicaments et tarif journalier de soins.

Sachant que les médicaments sont inclus dans le tarif journalier de soins pour tous les établissements ayant une pharmacie à usage intérieur, il convient d'observer uniquement ce qu'il advient des structures qui n'en bénéficient pas.

Ainsi, sur les 189 structures concernées, la répartition est la suivante :

		Effectif	
Médicaments inclus dans le tarif journalier	Convention avant le 05/03/02	116	130
	Convention après le 05/03/02	13	
	Données non renseignées	1	
Médicaments exclus du tarif journalier	Convention avant le 05/03/02	26	58
	Convention après le 05/03/02	30	
	Données non renseignées	2	
Données non renseignées		1	1
Total		**189**	

Sur ces 189 structures, les données sont renseignées pour 185 d'entre elles.

On constate donc que :

- Pour 62.7% des structures, les médicaments sont inclus dans le tarif journalier de soins, étant donnée la date de signature de la convention (c'est à dire avant le 5 mars 2002).
- Pour 21.1% des établissements, les médicaments sont exclus du tarif journalier de soins suite à la signature d'un avenant. Il convient de souligner que cette information a été remontée différemment selon les caisses, certaines mentionnant la situation initiale (avant la signature de l'avenant, soit 13 établissements), d'autres la situation résultant de la parution de l'article 96 (après la signature de l'avenant, soit 26 structures).
- Pour 16.2% des établissements, les médicaments sont exclus du tarif journalier de soins compte tenu de la date de signature de la convention.

c) Analyse budgétaire.

Compte tenu des difficultés rencontrées par les CRAM pour obtenir les informations auprès des DDASS de leur circonscription, les données budgétaires n'ont pu être exploitées que pour 99 établissements sur les 223 ayant participé à l'enquête (soit 44.4%). En effet, dès lors que les structures ne relèvent pas de l'autorité tarifaire de la CRAM, seules les DDASS étaient susceptibles de fournir les renseignements nécessaires au traitement des données requises pour cette enquête.

De plus, il convient de mettre en exergue deux situations particulières :

- Un montant relatif à la pharmacie est renseigné dans le budget de 14 structures ayant signé une convention après le 5 mars 2002 et n'ayant pas de pharmacie à usage intérieur (situation dans laquelle les dépenses de pharmacie sont théoriquement exclues du budget de l'établissement).
- Pour deux structures ayant une Pharmacie à Usage Intérieur, les médicaments semblent exclus du tarif soins (situation, a priori, anormale).

Pour les autres structures, la répartition est la suivante :

Date de signature	PUI	Prise en charge des dépenses de pharmacie.	Effectif	%
Avant le 5 mars 2002	Non	Inclues dans le tarif soins	22	22.22%
		Exclues du tarif soins (Avenant)	51	51.52%
	Oui	Inclues dans le tarif soins	11	11.11%
Après le 5 mars 2002	Non	Exclues du tarif soins	15	15.15%
		Total	**99**	**100%**

d) Analyse de coûts.

L'analyse sur le coût des médicaments n'a pu être effectuée que sur **62** des 223 **structures** participant à l'enquête, c'est à dire sur un peu plus d'un quart (27.8%) de l'échantillon initial.

Sur ces 62 établissements, 51 (82.26%) n'ont pas de Pharmacie à Usage Intérieur et 11 (17.74%) en ont une.

Au regard des résultats de cette enquête, il semblerait que le coût moyen par place et par jour soit très légèrement plus élevé dans les établissements qui n'ont pas de pharmacie à usage intérieur. Mais cette information doit être très fortement nuancée car elle ne résulte pas d'une analyse à GMP identique.

	Sans PUI	Avec PUI	Total
Coût minimum	0,20	1,24	0,20
Coût maximum	5,94	4,23	5,94
Coût moyen	2,73	2,64	2,71
Coût médian	2,50	2,57	2,51
Ecart type	1,20	1,04	1,17

Afin de limiter les effets qui pourraient s'expliquer par la variation de l'état de dépendance des personnes qui sont accueillies dans les structures, considérons uniquement les GMP compris entre 600 et 800 (GMP pour lesquels le nombre de structures reste le plus important). Dans ce cas, on recense 29 structures : 22 (75.86%) sans PUI et 7 (24.14%) avec PUI. On constate alors, sur un échantillon extrêmement restreint, que le coût moyen par place et par jour en médicaments est sensiblement identique dans les établissements qui bénéficient d'une Pharmacie à Usage Intérieur (2.38 €) que dans ceux qui n'en ont pas (2.37€) :

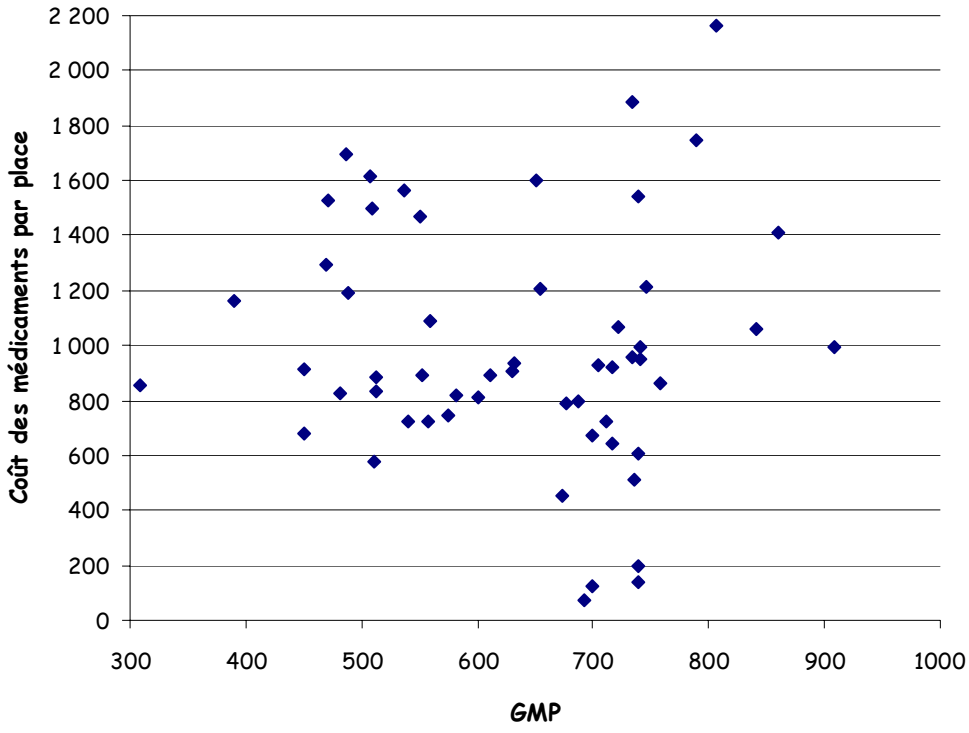
	Sans PUI	Avec PUI
Coût minimum	0,20	1,24
Coût maximum	5,17	4,23
Coût moyen	2,38	2,37
Coût médian	2,46	2,36
Ecart type	1,34	0,98

Par ailleurs, on note que l'écart entre le coût minimum et le coût maximum des médicaments dans les EHPAD est plus important dans les structures qui n'ont pas de pharmacie à usage intérieur à la fois parce que le coût minimum est plus faible et parce que le coût maximum est plus fort.

En outre, selon les résultats émanant de cette enquête (qui doivent toutefois être considérés avec prudence étant donné le nombre limité d'établissements pour lesquels

ces données sont disponibles), il n'y aurait pas de corrélation entre le coût en médicaments par jour et le GMP de l'établissement. En d'autres termes, ce n'est pas parce que le niveau moyen de dépendance des personnes accueillies dans un établissement est élevé (GMP élevé), que la consommation moyenne de médicaments par place est forte : les personnes les plus dépendantes ne seraient donc pas forcément les plus consommatrices de médicaments.

Corrélation entre le coût des médicaments par place et le GMP de l'établissement.



⇨ Le coût moyen des médicaments ne serait donc pas lié au niveau de dépendance des résidents accueillis dans la structure (GMP) ni à l'existence, ou non, d'une Pharmacie à Usage Intérieur.

En conclusion.

Au regard des données disponibles issues de l'échantillon de structures participant à l'enquête, il s'avère que :

- **Un socle minimal de qualité est respecté par la majorité des établissements lors de ma signature de la convention ;**
- **La quasi totalité des établissements ont inscrit, au moins un objectif qualité, dans leur convention : la qualité de vie des résidents.**
- **Les deux tiers des établissements signataires sont inscrits dans un réseau (réseau de soins palliatifs ou réseau gérontologique) ;**
- **11% des structures de l'échantillon bénéficie d'une pharmacie à usage intérieur ;**
- **Le coût moyen des médicaments n'est pas corrélé avec le niveau de dépendance des résidents.**
- **Le coût moyen des médicaments ne semble, a priori, pas lié à l'existence d'une pharmacie à usage intérieur.**

Présentation des premiers résultats relatifs à la prise en charge des médicaments, issus de l'enquête CNAMTS (EHPAD 4).

I. LES OBJECTIFS.

Compte tenu de la mise en œuvre de la réforme de la tarification des Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes, la CNAMTS a jugé utile de mener une étude visant à :

- Créer une évaluation de l'impact de la réforme de la tarification des Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes sur les consommateurs et sur les producteurs de soins ainsi que sur le coût global de leur prise en charge ;
- Analyser les objectifs qualité inclus dans les conventions tripartites.

II. RAPPEL METHODOLOGIQUE.

1. La période enquêtée.

La période enquêtée est le dernier trimestre 2002.

2. Un échantillon d'établissements.

- Cette enquête a été réalisée à partir d'un échantillon d'établissements situés dans six régions uniquement (Auvergne, Bourgogne, Bretagne, Franche Comté, Midi-Pyrénées, Rhône-Alpes).
- Seuls les maisons de retraite et les logements foyers sont retenus dans le champ de l'enquête. Compte tenu de leur situation particulière (secteur sanitaire, non application de l'article 96…), il nous avait, en effet, paru préférable d'exclure les Unités de Soins de Longue Durée.

- Afin de limiter la charge de travail des Caisses d'Assurance Maladie, il a été décidé de ne prendre en considération qu'une partie des structures de chacune des régions en distinguant :

- Les structures ayant signé une convention. Compte tenu du nombre relativement faible d'établissements qui ont signé une convention et étant donné la répartition des structures par région et par département, l'ensemble des structures signataires au 1er juillet 2002 - à l'exception de celles qui n'avaient pas été ciblées lors des précédentes enquêtes nationales (ERNEST, EHPAD 2, EHPAD 3) et des unités de soins de longue durée – a, en fait, été retenu.
- Les structures non signataires. Seuls les établissements ayant participé à l'enquête "ERNEST" (constituant à l'origine un échantillon représentatif de l'ensemble établissements hébergeant des personnes âgées) ont été sélectionnés dans le cadre de cette enquête.

3. Organisation de l'enquête.

Trois sources de données :

- Les grilles d'analyse budgétaire ;
- Les Budgets Soins (montant et composition) ;
- Les montants remboursés au titre des actes effectués par des professionnels libéraux et des médicaments.

III. LES PREMIERS RESULTATS CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DES MEDICAMENTS.

1. Données issues des informations budgétaires et des grilles d'analyse des objectifs qualité.

Ces données ont pu être exploitées pour 218 structures sur les 223 établissements signataires ayant participé à l'enquête.

a) Pharmacie à usage intérieur.

- 11% des structures de l'échantillon sélectionné (soit 24 établissements) bénéficient d'une pharmacie à usage intérieur. Pour ces établissements, les médicaments et le petit matériel médical sont systématiquement intégrés dans le tarif de soins.
- Parmi les 191 établissements n'ayant pas de pharmacie à usage intérieur :
    - 73% des structures ont signé une convention avant le 5 mars 2002. Pour ces structures la prise en charge des médicaments est donc incluse dans le tarif de soins, excepté lorsqu'un avenant a été conclu.
    - 25% des structures ont signé une convention après le 5 mars 2002. Dans ce cas, les médicaments sont systématiquement remboursés en sus du forfait.
    - Près de 2% n'ont pas renseigné cette information.
- La grande majorité (71%) des établissements bénéficiant d'une pharmacie à usage intérieur ont choisi le tarif global alors que la très grande partie (89%) des établissements n'ayant pas de pharmacie à usage intérieur ont opté pour le tarif partiel.

b) Médicaments et tarif de soins.

Sachant que les médicaments sont inclus dans le tarif de soins pour tous les établissements ayant une pharmacie à usage intérieur, il convient d'observer uniquement ce qu'il advient des structures qui n'en bénéficient pas.

Sur les 185 structures, pour lesquelles les données sont renseignées, on constate donc que :

- Pour 63% des structures, les médicaments sont inclus dans le tarif de soins, étant donnée la date de signature de la convention (c'est à dire avant le 5 mars 2002).
- Pour 21% des établissements, les médicaments sont exclus du tarif de soins suite à la signature d'un avenant.

- Pour 16% des établissements, les médicaments sont exclus du tarif de soins compte tenu de la date de signature de la convention.

c) Analyse budgétaire.

Compte tenu des difficultés rencontrées par les CRAM pour obtenir les informations auprès des DDASS de leur circonscription, les données budgétaires n'ont pu être exploitées que pour 99 établissements sur les 223 ayant participé à l'enquête (soit 44%).

Date de signature	PUI	Prise en charge des dépenses de pharmacie.	Effectif	%
Avant le 5 mars 2002	Non	Inclues dans le tarif soins	22	22%
		Exclues du tarif soins (Avenant)	51	52%
	Oui	Inclues dans le tarif soins	11	11%
Après le 5 mars 2002	Non	Exclues du tarif soins	15	15%
		Total	**99**	**100%**

d) Analyse de coûts.

- L'analyse sur le coût des médicaments n'a pu être effectuée que sur 62 des 223 structures participant à l'enquête, c'est à dire sur un peu plus d'un quart (28%) de l'échantillon initial.
- Le coût moyen des médicaments par place et par jour s'élève à 2.71€.
- Au regard des résultats de cette enquête, il semblerait que le coût moyen par place et par jour soit très légèrement plus élevé dans les établissements qui n'ont pas de pharmacie à usage intérieur (2.73€) que dans les établissements ayant une pharmacie à usage intérieur (2.64€). Toutefois, si on ne considère que les GMP compris entre 600 et 800 (afin de limiter les effets qui pourraient s'expliquer par la variation de l'état de dépendance des personnes qui sont accueillies dans les structures), on constate alors, que le coût moyen par place et par jour en médicaments est quasiment identique dans les établissements qui bénéficient d'une Pharmacie à Usage Intérieur (2.38€) que dans ceux qui n'en ont pas (2.37€).

Ces données doivent impérativement être interprétées avec prudence dans la mesure où elles résultent du traitement d'un échantillon très restreint (29 structures).

- La dispersion (écart entre le coût minimum et le coût maximum des médicaments dans les EHPAD) est plus importante dans les structures qui n'ont pas de pharmacie à usage intérieur à la fois parce que le coût minimum est plus faible et parce que le coût maximum est plus fort.
- Il n'y a pas de corrélation entre le coût en médicaments par jour et le GMP de l'établissement. En d'autres termes, ce n'est pas parce que le niveau moyen de dépendance des personnes accueillies dans un établissement est élevé (GMP élevé), que la consommation moyenne de médicaments par place est forte : les personnes les plus dépendantes ne seraient donc pas forcément les plus consommatrices de médicaments.

2. Remboursements en sus du tarif de soins.

Afin de connaître les montants des prestations effectuées en libéral et remboursées pour des résidents d'établissements pour personnes âgées, il a été nécessaire de procéder par requête. Concernant les médicaments, ces données ont pu être exploitées pour 269 structures sur les 372 participant à l'enquête (soit pour 72% de l'échantillon).

Il s'avère que :

- Cet échantillon est composé de 106 structures non signataires (39%) et de 163 structures signataires (61%).
- Le montant remboursé au titre des médicaments est plus élevé pour les établissements qui ont signé une convention (2.75€) que pour ceux qui n'en ont pas signé (1.78€). On note que les 2.75€ sont uniquement calculés sur les structures dans lesquelles les médicaments sont remboursés en sus du tarif.

- Comparativement aux enquêtes précédentes (1999-2000), l'augmentation du coût de la prise en charge des médicaments a été beaucoup importante pour les structures signataires (+66%) que pour les structures non signataires (+27%).

<u>En conclusion.</u>

⇨ Le coût moyen des médicaments ne serait donc pas lié au niveau de dépendance des résidents accueillis dans la structure (GMP) ni à l'existence, ou non, d'une Pharmacie à Usage Intérieur.

⇨ Le coût moyen par place et par jour semble très légèrement plus élevé lorsque les médicaments sont pris en charge en sus du forfait (2.75€ contre 2.71€). Toutefois, compte tenu du nombre de structures considérées, cette différence ne peut être considérée comme significative.

⇨ A GMP similaire, le coût moyen par place et par jour en médicaments est quasiment identique dans les établissements qui bénéficient d'une Pharmacie à Usage Intérieur (2.38€) et dans ceux qui n'en ont pas (2.37€).

⇨ La croissance du coût de la prise en charge des médicaments a été beaucoup importante pour les structures signataires que pour les structures non signataires.

PRISE EN CHARGE DES MEDICAMENTS DANS LES EHPAD.

Analyse des données budgétaires.

Introduction.

Les données présentées par la CNAMTS le 19 janvier dernier allaient à l'encontre des résultats d'enquêtes présentés par d'autres organismes et plus particulièrement pas la DHOS et la FHF.

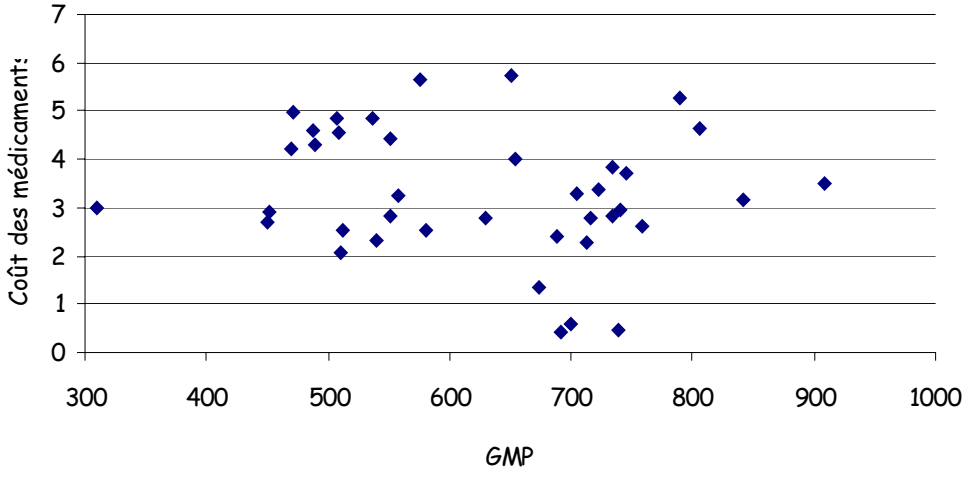
Compte tenu des délais impartis, la CNAMTS n'avait pas peu prendre toutes les précautions nécessaires pour effectuer une validation suffisante des informations transmises par les organismes régionaux.

Après vérification, il s'avère que :
- Certaines caisses ont indiqué que les médicaments étaient exclus du forfait parce qu'un avenant avait été signé. Toutefois, après un travail de validation, il apparaît que de nombreux avenants ont été signé en 2003 ce qui signifie que sur l'exercice 2002 (sur lequel porte l'enquête), les médicaments étaient inclus dans le budget.
- Les montants budgétaires relatifs aux médicaments étaient parfois erronés.

Résultats.

- Absence de corrélation entre le coût moyen des médicaments et le GMP de

Corrélation entre le coût des médicaments
(par place et par jour)
et le GMP de l'établissement.



- l'établissement.

⇨ **Le coût moyen des médicaments n'est pas lié au niveau de dépendance des résidents accueillis dans la structure (GMP).**

- Analyse du coût des médicaments inclus dans le forfait.

L'analyse du coût moyen des médicaments inclus dans le forfait a été effectuée sur 61 des 223 structures signataires, c'est à dire sur environ un quart (27.3%) de l'échantillon initial.

↳ Le coût moyen de l'ensemble de l'échantillon.

Pour ces 61 structures :
- **Le coût moyen des médicaments par résident et par jour s'élève à 3.08€,**
- Le coût médian est égal à 2.96€,
- L'écart type est de 1.37€.

↳ Le coût moyen des structures ayant une PUI.

Sur les 61 structures, 10 ont une pharmacie à usage intérieur soit 16.4% de l'échantillon.
Pour les structures bénéficiant d'une pharmacie à usage intérieur :
- **Le coût moyen des médicaments par résident et par jour s'élève à 2.71€,**
- Le coût médian est égal à 2.62€,
- L'écart type est de 1.35€.

↳ Le coût moyen des établissements sans PUI.

Sur les 61 structures, 51 n'ont pas de pharmacie à usage intérieur soit 83.6% de l'échantillon.
Pour les structures n'ayant pas de pharmacie à usage intérieur :
- **Le coût moyen des médicaments par résident et par jour s'élève à 3.21€,**
- Le coût médian est égal à 3.07€,
- L'écart type est de 1.38€.

⇨ **On constate que le coût du médicament par jour et par résident est inférieur dans les structures qui ont une Pharmacie à Usage Intérieur.**

- Analyse du coût des médicaments remboursés en dehors du forfait.

Les résultats ne nous ont pas été communiqués par le service statistique de la CNAMTS.

Pour tous renseignements sur ce point, vous pouvez joindre Monsieur LENORMAND, responsable de la Direction des Etudes et des Statistiques au 01.72.60.19.71.

ANNEXE N° 5 :
Enquête effectuée auprès d'un échantillon de DDASS sur l'évolution des dépenses de médicaments et dispositifs médicaux dans les EHPAD

Cadre d'enquête sur l'évolution des dépenses de médicaments dans les EHPAD

Enquête sur l'évolution des dépenses de médicaments				
dans les EHPAD				
ayant signé leur convention avant la loi du 4 mars 2002				
Nom de l'EHPAD				
N° Finess				
Strate avant signature de la convention				
Date d'effet de la convention	JJ/MM/AAAA			
Nombre de places retenues dans la convention				
Existence ou non d'une PUI au moment de la signature de la convention tripartite				
Montant initial de l'enveloppe "médicaments et dispositifs médicaux" arrêté lors de la signature de la convention tripartite				
Moyens d'évaluation initiale de cette enveloppe (*)				
Nombre de places dans l'unité d'Alzheimer au 1/12/2004				
Nombre de places en accueil de jour au 1/12/2004				
Qualité du médecin coordonnateur (*)				
Nombre de médecins prescripteurs				
Dispositif de gestion en 2004	Livret du médicament (*)			
	Groupement d'achat (*)			
	Si autres, préciser			
Charges d'exploitation à caractère médical				

	Crédits alloués au BP 2002	Crédits non reconductibles alloués en 2002 ou DM autorisées en 2002	Crédits alloués au BP 2003	Crédits non reconductibles alloués en 2003 ou DM autorisées en 2003
Compte 6021				
Compte 6022				
Compte 60321				
Compte 60322				
Compte 6066				
Compte 611				
Compte 61357				
Compte 61551				
Compte 615611				
Compte 61562				
Compte 67282				
Total dotation				
	Comptes administratifs 2002	Comptes administratifs 2003		
Compte 6021				
Compte 6022				
Compte 60321				
Compte 60322				
Compte 6066				
Compte 611				
Compte 61357				
Compte 61551				
Compte 615611				
Compte 61562				
Compte 67282				
Dépenses totales constatées				
Dotations aux amortissements des dispositifs médicaux, compte 68				
	Comptes administratifs 2002	Comptes administratifs 2003		
Imputées sur la section tarifaire "soins"				
Imputées sur la section tarifaire "dépendance"				
Imputées sur la section tarifaire "hébergement"				
	2002	2003		

Si PUI dans l'établissement				
Coût annuel de fonctionnement				
Nombre d'ETP de pharmaciens				
Nombre d'ETP de préparateurs en pharmacie				
Nombre d'ETP d'autres personnels employés par la PUI				
	2002	2003		
GMP				
Nombre de journées réalisées dans l'année				
(*) Menu déroulant, se positionner sur la cellule, cliquer sur la flèche pour faire apparaître les réponses proposées et sélectionner votre réponse				

Département :		
Nombre de conventions signées après la loi du 4 mars 2002 pour des établissements ne disposant pas de PUI :		
Indiquer le nombre d'établissements selon les modalités de prise en charge du petit matériel médical (cf.annexe I de l'arrêté du 26 avril 1999 modifié par l'arrêté du 6 mai 2001) :		
	OUI	**NON**
Prescription médicale individuelle avec remboursement en ville		
Prise en charge sur la dotation soins de tout le petit matériel médical		
Prise en charge sur la dotation soins d'une partie seulement du matériel médical (1)		
Autre mode de financement (7)		
Indiquer le nombre d'établissements pour lesquels la modalité de prise en charge du matériel amortissable (cf.annexe II de l'arrêté du 26 avril 1999 modifié par l'arrêté du 6 mai 2001) se fait par :		
	OUI	**NON**
Prescription médicale individuelle avec remboursement en ville		
Achat et amortissement sur la dotation soins de tout le matériel amortissable		
Achat et amortissement sur la dotation soins d'une partie seulement du matériel amortissable (2)		
Achat d'une partie du matériel amortissable sur la dotation hébergement (3)		
Location d'une partie du matériel amortissable sur la dotation hébergement (4)		
Achat d'une partie du matériel amortissable sur la dotation dépendance (5)		

Location d'une partie du matériel amortissable sur la dotation dépendance (6)									
Autre mode de financement (8)									
(1), (2), (3), (4), (5), (6) : préciser dans chacun des cas le matériel pris en charge, acheté ou loué									
(1) :									
(2) :									
(3) :									
(4) :									
(5) :									
(6) :									
(7), (8) : préciser dans chacun des cas le mode financement retenu									
(7) :									
(8) :									

Note
pour M. le président du groupe de travail sur les médicaments en EHPAD

Objet : Résultats de l'exploitation de l'enquête effectuée auprès d'un échantillon de DDASS sur les médicaments et dispositifs médicaux dans les EHPAD

I / Présentation de l'échantillon

Seize DDASS ont été interrogées représentant 209 EHPAD ayant signé une convention tripartite entre le 4 mai 2001 et le 4 mars 2002. Afin de disposer d'un échantillon plus significatif d'EHPAD disposant d'une PUI, les seize DDASS sélectionnées ont également interrogé des établissements de strates 2 et 3 ayant conventionné en 2003. Au moment de l'exploitation de l'enquête, 13 DDASS ont répondu pour 166 EHPAD.

1/ Répartition selon les départements

Répartition des EHPAD selon les départements :

Département	**Nombre d'EHPAD**	**Places retenues dans les conventions**
07 – Ardèche	11	773
15 – Cantal	14	1 113
23 – Creuse	12	1 070
24 – Dordogne	15	1 056
42 – Loire	14	788
48 - Lozère	12	1 322
59 – Nord	11	917
79 – Deux-Sèvres	21	1 845
80 – Somme	16	1 208
85 – Vendée	6	371
87 – Haute-Vienne	12	1 682
89 – Yonne	11	1 105
90 – Territoire de Belfort	11	1 107
TOTAL	**166**	**14 357**

80 % des EHPAD n'avaient pas de PUI au moment de la signature de la convention tripartite.

2 / Strates représentées dans l'échantillon

70 EHPAD soit 42 % des 166 EHPAD appartenaient à la strate 2 (MR et LF publics autonomes avec SCM) avant signature de la convention et 40 soit 24 % à la strate 3 (MR et LF privés avec SCM). La strate n'est pas renseignée pour 21 établissements (dans 17 cas il s'agit en fait de conventions qui aboutissent à une fusion entre plusieurs strates (le plus souvent 1 et 8).

Strate		Ernest		Echantillon	
1	Maisons de retraites rattachées à un hôpital public avec SCM	973	9%	7	5%
2	Maisons de retraite publiques non rattachées à un hôpital, avec SCM	1 310	13%	70	48%
3	Maison de retraite avec SCM privées	1 212	12%	40	28%
4	Maisons de retraite sans SCM, publiques et privées à but non lucratif	1 343	13%	13	9%
5	Maison de retraite sans SCM, privées à caractère commercial	1 351	13%	10	7%
6	Logements foyers habilités à l'aide sociale	1 580	15%	1	1%
7	Logements foyers non habilités à l'aide sociale	1 394	14%	1	1%
8	Services de soins de longue durée	1 118	11%	3	2%
Ensemble		**10 281**	**100%**	**145**	**100%**

Il convient de noter que la forte sur représentation des strate 2 et 3 par rapport à l'échantillon ERNEST (qui est représentatif de la totalité des EHPAD) est due à la fois au fait que les EHPAD de strate 2 et 3 ont signé plus tôt et plus massivement des conventions que les autres strates, et au choix d'intégrer également des EHPAD avec PUI de strate 2 et 3, afin de mieux évaluer le coût des médicaments et dispositifs médicaux dans les EHPAD avec PUI.

3 / Médecins coordonnateurs et prescripteurs

144 EHPAD ont répondu à cette question.

Lorsqu'il y a un médecin coordonnateur, il l'est dans 84 % des cas en qualité de libéral, sinon il est hospitalier.

Il y a **en moyenne 12 médecins prescripteurs** par établissement.

Départements	Nombre d'EHPAD pour lesquels le nombre de médecins prescripteurs est renseigné	1er quartile	Mediane	3ème quartile	Moyenne
Total	**144**	**4**	**7**	**14,5**	**12**
15	11	4	5	35	13
23	14	7	9	11	9
24	11	6	20	31	20
42	10	4	12	26	15
48	9	2	3	3	3
59	9	4	7	19	21
07	11	4	9	13	10
79	16	6	7,5	13,5	12
80	15	4	7	10	9
85	6	8	10	17	13
87	12	6,5	9,5	28	17
89	9	2	4	6	4
90	11	4	11	22	15

Pour 140 EHPAD il est possible de savoir si ces établissements ont ou pas une PUI.

Lorsqu'il y a une PUI au moment de la signature de la convention tripartite, ce nombre atteint 8 contre 14 lorsqu'il n'y en a pas, alors que les établissements avec PUI sont nettement plus grands en moyenne. Dans tous les départements, il y a en moyenne moins de médecins prescripteurs lorsqu'il y a une PUI que lorsqu'il n'y en a pas au moment de la signature (sauf en Dordogne).

A noter que dans l'Yonne et la Lozère il existe une structure avec un seul prescripteur.

Etablissements ayant une PUI

Départements	Nombre d'EHPAD pour lesquels le nombre de médecins prescripteurs est renseigné	1er quartile	Mediane	3ème quartile	Moyenne
Total	**28**	**4**	**6**	**8**	**8**
23	2	4	6	8	6
24	2	5	33	60	33
48	2	2	2	2	2
59	1	7	7	7	7
07	1	3	3	3	3
79	9	6	6	8	7
87	5	3	7	16	9
89	2	4	6	7	6
90	4	3	4	6	5

Etablissements n'ayant pas de PUI

Départements	Nombre d'EHPAD pour lesquels le nombre de médecins prescripteurs est renseigné	1er quartile	Mediane	3ème quartile	Moyenne
Total	**112**	**5**	**8,5**	**17**	**14**
15	11	4	5	35	13
23	12	7	10	11	9
24	9	6	20	27	18
42	10	4	12	26	15
48	7	2	3	3	3
59	7	4	5	22	23
07	10	7	9,5	13	11
79	7	7	14	34	18
80	15	4	7	10	9
85	6	8	10	17	13
87	7	7	10	39	22
89	4	5	6	6	6
90	7	11	21	30	21

4/ Accueil alternatif

Les capacités en places dans les unités d'Alzheimer représentent globalement 2,5% des capacités totales et celles d'accueil de jour 0,9%. Les proportions maximales atteignent respectivement 6,3% dans le Nord et 12,4% en Vendée.

II / Exploitation de l'enquête 1 sur l'évolution des dépenses de médicaments et dispositifs médicaux.

1/ Dispositifs de gestion du médicament

Les dispositifs de gestion du médicament se réduisent au livret du médicament pour 20 établissements, au groupement d'achat pour 21 d'entre eux (dans la plupart des cas ce sont les mêmes établissements qui cumulent ces deux dispositifs de gestion) et des accords avec des officines de ville ou pharmacies locales pour une cinquantaine d'EHPAD. A noter qu'aucun EHPAD sans PUI de l'échantillon n'a mis en place de dispositif de gestion.

Lorsque l'établissement dispose d'une PUI, il a dans la plupart des cas un dispositif de gestion tel que le livret du médicament, un groupement d'achat, une centrale de référencement (1 réponse) ou une procédure adaptée (3 réponses).

2/ L'enveloppe « médicaments et dispositifs médicaux »

Lors du conventionnement, cette enveloppe a été évaluée dans un tiers des cas à l'aide de données déclaratives et pour un autre tiers des cas grâce à l'enquête Ernest. Dans un peu plus de 10% des cas, les données de l'assurance maladie ont été utilisées. Dans 25% des cas les DDASS n'ont pas précisé les modalités d'évaluation initiale.

3/ Les montants financiers

Pour les EHPAD ayant signé une convention tripartite après le 1er janvier 2002, les capacités ont été corrigées en proratisant selon la date de signature les places en section de cure médicale avant la signature et la capacité totale après la signature.

De plus, seuls les EHPAD ayant des BP 2002 et 2003 et des CA 2002 et 2003 non nuls ont été retenus c'est-à-dire **138 EHPAD**.

A/ Dépenses journalières de médicaments et dispositifs médicaux pour l'ensemble de l'échantillon pris en compte

En 2002, le niveau moyen de dépenses journalières est de **3.22€**. Il varie de 2,22€ par jour dans l'Ardèche à 4,14€ par jour en Vendée.

Coût journalier au CA de l'ensemble des EHPAD en 2002

Département	1er quartile	moyenne	médiane	3ème quartile
Total	**2,49**	**3,22**	**3,27**	**3,96**
15	3,20	3,89	3,91	4,79
23	3,16	3,66	3,57	4,09
24	3,21	3,64	3,75	3,93
42	2,62	3,04	2,87	3,82
48	2,78	3,25	3,20	3,41
59	3,09	3,67	3,75	3,87
07	1,57	**2,22**	2,31	3,20
79	1,66	2,79	2,67	3,67
80	2,18	2,78	2,67	3,40
85	3,57	**4,14**	4,22	4,59
87	2,49	3,01	2,49	3,73
89	1,75	3,14	2,90	3,27
90	2,98	3,95	4,21	4,24

Le coût moyen constaté en 2003 est de **3,58€** soit une hausse de 11,1%. L'augmentation est donc beaucoup plus forte que celle de la moyenne des dépenses de soins des EHPAD qui s'établit à moins de 3% en 2003.

Coût journalier au CA de l'ensemble des EHPAD en 2003

Département	1er quartile	moyenne	médiane	3ème quartile
Total	**2,67**	**3,58**	**3,73**	**4,50**
15	4,24	**4,47**	4,30	4,98
23	3,63	3,99	3,98	4,12
24	3,37	4,07	4,04	4,65
42	3,02	3,53	3,74	3,91
48	3,13	3,83	3,88	4,66
59	2,37	3,77	4,12	4,61
07	2,31	2,93	2,80	4,43
79	1,96	3,13	2,82	4,59
80	1,78	**2,56**	2,31	3,45
85	3,89	4,23	4,43	4,73
87	2,67	3,50	3,00	4,33
89	2,73	3,59	3,26	4,18
90	3,31	4,09	3,86	4,70

Le coût moyen journalier varie de 2,56€ dans la Somme à 4,47€ dans le Cantal..

L'évolution globale de 11,1% cache d'importantes disparités dans l'évolution des coûts entre les départements : une augmentation de 31,8% dans l'Ardèche contre une baisse de 7,8% dans la Somme.

Département	2002	2003	Evolution 2002 / 2003
Total	**3,22**	**3,58**	**11,1%**
15	3,89	4,47	15,0%
23	3,66	3,99	9,1%
24	3,64	4,07	11,6%
42	3,04	3,53	16,1%
48	3,25	3,83	18,0%
59	3,67	3,77	2,6%
07	2,22	2,93	***31,8%***
79	2,79	3,13	12,1%
80	2,78	2,56	***-7,8%***
85	4,14	4,23	2,2%
87	3,01	3,50	16,3%
89	3,14	3,59	14,3%
90	3,95	4,09	3,7%

B/ Dépenses journalières de médicaments et dispositifs médicaux dans les EHPAD ne disposant pas d'une PUI (échantillon : 112 EHPAD ; 13 départements)

En 2002, le niveau moyen de dépenses journalières est de **3.51€** pour les EHPAD sans PUI. Il varie de 2,22€ dans l'Ardèche à 4,21€ dans le Territoire de Belfort.

Coût journalier au CA des EHPAD sans PUI en 2002

Département	1er quartile	moyenne	médiane	3ème quartile
Total	**2,98**	**3,51**	**3,69**	**4,17**
15	3,20	3,89	3,91	4,79
23	3,26	3,83	3,69	4,22
24	3,21	3,60	3,64	4,06
42	2,62	3,04	2,87	3,82
48	3,00	3,39	3,27	3,57
59	3,75	4,04	3,87	3,96
07	1,57	**2,22**	2,31	3,20
79	3,67	4,03	4,08	4,98
80	2,18	2,78	2,67	3,40
85	3,57	4,14	4,22	4,59
87	3,73	3,89	3,95	4,45
89	*3,37*	3,79	*3,42*	4,22
90	4,09	**4,21**	4,21	4,67

Le coût moyen constaté en 2003 est de **3,94€** soit une hausse de 12,2% par rapport à l'année 2002. L'augmentation est donc encore plus forte que dans la moyenne des EHPAD. Ce coût moyen journalier varie de 2,56€ dans la Somme à 4,90€ dans la Haute-Vienne.

Coût journalier au CA des EHPAD sans PUI en 2003

Département	1er quartile	moyenne	Médiane	3em quartile
Total	**3,40**	**3,94**	**4,14**	**4,66**
15	4,24	4,47	4,30	4,98
23	3,65	4,06	3,98	4,50
24	3,72	4,33	4,56	4,90
42	3,02	3,53	3,74	3,91
48	3,64	4,23	4,19	4,66
59	3,53	4,01	4,12	4,61
07	2,31	2,93	2,80	4,43
79	4,12	4,37	5,07	5,23
80	1,78	**2,56**	2,31	3,45
85	3,89	4,23	4,43	4,73
87	4,33	**4,90**	4,45	5,71
89	3,84	4,43	4,08	5,33
90	4,61	4,70	4,69	5,35

Evolution du coût journalier moyen 2002/2003 dans les EHPAD sans PUI

département	2002 sans PUI	2003 sans PUI	Evolution 2002 / 2003
Total	**3,51**	**3,94**	**12,2%**
15	3,89	4,47	15,0%
23	3,83	4,06	6,2%
24	3,60	4,33	20,0%
42	3,04	3,53	16,1%
48	3,39	4,23	24,6%
59	4,04	4,01	-0,8%
07	2,22	2,93	**31,8%**
79	4,03	4,37	8,5%
80	2,78	2,56	**-7,8%**
85	4,14	4,23	2,2%
87	3,89	4,90	26,1%
89	3,79	4,43	16,8**%**
90	4,21	4,70	11,7%

La disparité dans l'évolution des coûts est également très forte entre les départements: une augmentation de 31,8% en Ardèche contre une baisse de 7,8% dans l la Somme.

Il faut noter que dans la grande majorité des cas, l'argument avancé pour justifier cette hausse des coûts est le développement des médicaments liés à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés.

Un autre indice de cette évolution est le nombre très important des EHPAD conventionnés avant le 4 mars 2002 ayant depuis lors signé un avenant pour exclure les médicaments du forfait soins (36 des 136 établissements sans PUI, soit 26%, ont signé un avenant en 2003). Il semble que le processus ce poursuive, mais à un rythme plus lent.

C / Dépenses journalières de médicaments et dispositifs médicaux dans les EHPAD disposant d'une PUI (échantillon : 26 EHPAD ; 8 départements)

En 2002, le niveau moyen de dépenses journalières est de **2,64€** pour les EHPAD disposant d'une PUI. Il varie de 2,05€ dans les Deux-Sèvres à 3,75€ en Dordogne. Ces écarts importants peuvent s'expliquer par le nombre très faible d'établissements avec PUI pour chaque département.

Coût journalier au CA des EHPAD avec PUI en 2002

Département	1er quartile	moyenne	médiane	3ème quartile
Total	**2,09**	**2,64**	**2,59**	**2,98**
15				
23	3,00	3,23	3,00	3,57
24	3,75	**3,75**	3,75	3,75
42				
48	2,78	2,74	2,78	2,78
59	2,09	2,09	2,09	2,09
07				
79	1,40	**2,05**	1,66	2,59
80				
85				
87	2,49	2,54	2,49	2,49
89	1,75	2,58	2,90	2,90
90	2,98	3,59	4,24	4,24

Le coût moyen constaté en 2003 est de **2,81€** (il varie de 2,37€ dans le Nord à 3,79€ dans la Creuse) soit une hausse de 6,6%. Celle-ci reste plus de deux fois supérieure à l'évolution moyenne des dépenses de soins de EHPAD en 2003. En revanche l'évolution des coûts est beaucoup moins forte en 2003 dans les EHPAD disposant d'une PUI que dans les EHPAD sans PUI (6,6 % contre 12,2%).

Coût journalier au CA des EHPAD avec PUI en 2003

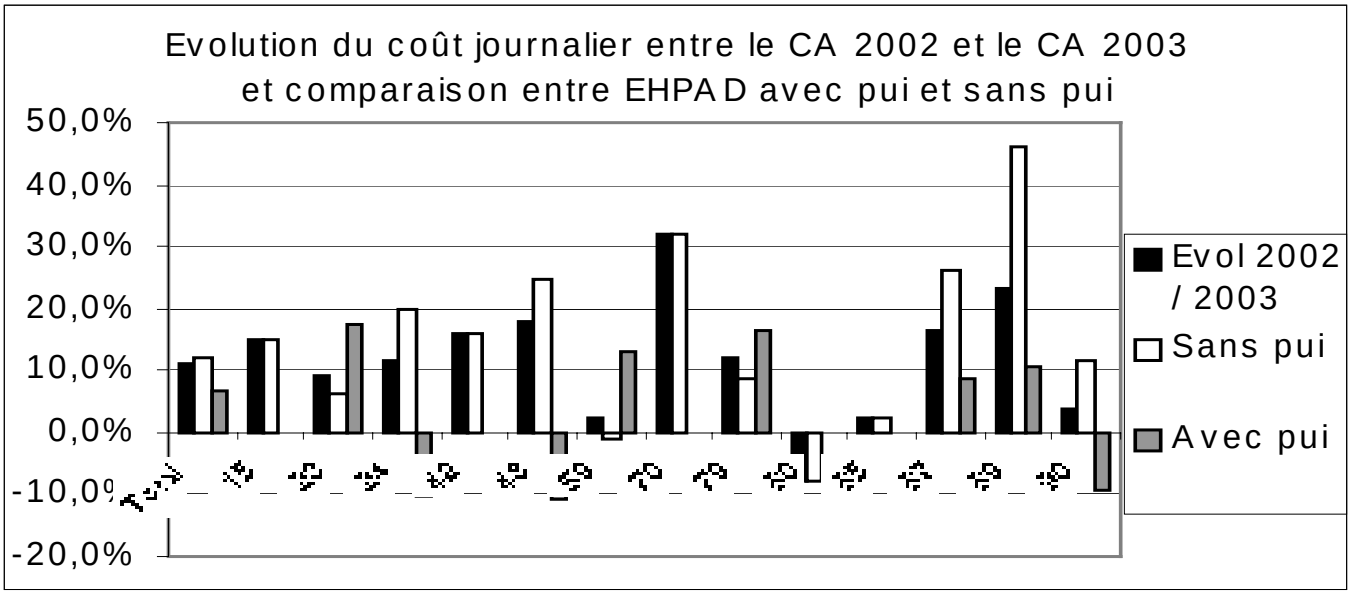
Département	1er quartile	moyenne	médiane	3ème quartile
Total	**2,30**	**2,81**	**2,67**	**3,33**
15				
23	3,33	**3,79**	4,12	4,12
24	3,37	3,37	3,37	3,37
42				
48	2,30	2,44	2,30	2,30
59	2,37	**2,37**	2,37	2,37
07				
79	1,88	2,39	2,02	2,82
80				
85				
87	2,67	2,75	2,67	3,00
89	1,82	2,85	3,26	3,26
90	2,63	3,26	3,73	3,73

Dans cet échantillon également la variation du coût entre 2002 et 2003 est forte (d'une augmentation de 17,3% dans la Creuse à une baisse de 10,8% en Lozère), même si le coût moyen baisse dans 3 départements sur 8. Les services déconcentrés expliquent cette réduction par un « effet masse » de la PUI qui couvre en 2003 toutes les places de l'EHPAD et notamment les places de soins courants qui concernés des résidents moins lourdement dépendants.

Evolution du coût journalier moyen 2002/2003 dans les EHPAD avec PUI

Département	2002 avec PUI	2003 avec PUI	Evolution 2002 / 2003
Total	**2,64**	**2,81**	**6,6%**
15			
23	3,23	3,79	**17,3%**
24	3,75	3,37	-10,3%
42			
48	2,74	2,44	**-10,8%**
59	2,09	2,37	13,1%
07			
79	2,05	2,39	16,5%
80			
85			
87	2,54	2,75	8,5%
89	2,58	2,85	10,5%
90	3,59	3,26	-9,2%

Globalement, l'écart de coût entre établissements sans PUI et avec PUI est de 0,87€ par jour en 2002 et 1,12€ en 2003.



D / coût de fonctionnement des PUI

Il a été possible d'étudier le coût de fonctionnement de 26 PUI de l'échantillon, du moins pour le poste budgétaire « personnel ».

Les chiffres transmis par les DDASS présentent une extrême variabilité. Il est donc difficile de tirer une moyenne de coût fiable.

Le coût de fonctionnement des PUI est très majoritairement compris entre 0,5 et 1,5 €/jour. Il est exceptionnellement inférieur à 0,5 €/jour. Lorsqu'il dépasse 2 €/jour, la pharmacie prépare les doses à administrer.

*** * ***

III/ Exploitation de l'enquête 2 sur les modalités de prise en charge des dispositifs médicaux

12 DDASS ont répondu à l'enquête 2. Pour neuf d'entre elles (Ardèche, Cantal, Creuse, Dordogne, Loire, Lozère, Deux-Sèvres, Vendée, Haute-Vienne), les résultats sont homogènes. Dans les départements du Nord, de la Somme et de l'Yonne, toutes les situations sont possibles.

Modalités de prise en charge du matériel médical (annexe I de l'arrêté du 26 avril 1999 modifié par l'arrêté du 6 mai 2001) :

Dans sept départements (Ardèche, Cantal, Creuse, Loire, Lozère, Vendée, Haute-Vienne), les modalités de prise en charge du petit matériel médical sont le remboursement en ville sur prescription médicale individuelle et/ou la prise en charge sur la dotation soins d'une partie seulement du matériel médical.

Dans deux départements (Dordogne, Deux-Sèvres), le matériel médical est entièrement pris en charge sur la dotation soins.

En revanche, dans les départements du Nord, de l'Yonne et de la Somme, la situation est hétérogène et varie selon les établissements.

Modalités de prise en charge du matériel amortissable (annexe II de l'arrêté du 26 avril 1999 modifié par l'arrêté du 6 mai 2001) :

Dans quatre départements (Ardèche, Loire, Deux-Sèvres, Vendée), les modalités de prise en charge du matériel amortissable sont le remboursement en ville sur prescription médicale individuelle et/ou l'achat et l'amortissement sur la dotation soins d'une partie seulement du matériel amortissable.

Dans deux départements (Creuse, Haute-Vienne), les modalités de prise en charge du matériel amortissable sont le remboursement en ville sur prescription médicale individuelle et/ou l'achat et l'amortissement sur la dotation soins de tout le matériel amortissable.

Dans deux départements (Dordogne, Lozère), le matériel amortissable est intégralement acheté ou amorti sur la dotation soins.

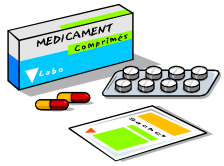
Dans un département (Cantal), une partie seulement du matériel amortissable est acheté ou amorti sur la dotation soins.

Enfin, on retrouve pour les matériels amortissables la même hétérogénéité des pratiques en fonction des établissements dans les départements du Nord, de l'Yonne et de la Somme que pour la prise en charge du petit matériel médical.

* * *

ANNEXE N° 6 :
Enquête de la FHF et de la CNDEHPAD sur le coût des médicaments en PUI et en officine

Enquête sur le coût des produits pharmaceutiques en EHPAD



1- Nature de l'établissement

CHU ☐
CH ☐
HL ☐
MR ☐

2 - L'établissement a-t-il signé une convention tripartite ?

OUI ☐ NON ☐

3 - Nombre de lits d'hébergement pour personnes âgées

4 - L'établissement dispose-t-il d'une Pharmacie à Usage Intérieur ?

OUI ☐ NON ☐

5 - L'établissement dispose d'une PUI

Mode d'approvisionnement :

- Groupement d'achat ☐
- Répartiteur ☐
- Centrale de référencement ☐

Coût annuel des produits pharmaceutiques tenant compte de :

médicaments	€
amortissement du local de la PUI	€
amortissement du matériel de la PUI	€
salaire du pharmacien	€
salaire du préparateur	€
nettoyage : salaire, produits	€
fluides	€

Nombre de résidents desservis par la PUI ☐

Le pharmacien / le préparateur, prépare-t-il les piluliers ?

OUI ☐ NON ☐

6 - L'établissement ne dispose pas de PUI :

Mode d'approvisionnement :

Collectif ☐
Individuel ☐

Coût annuel des produits pharmaceutiques ☐ €

Nombre de résidents desservis ☐

Qui prépare les piluliers ? _____

L'établissement dispose-t-il d'un médecin coordonnateur ?

OUI ☐ NON ☐

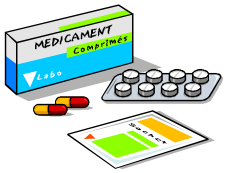
7 - Les médecins intervenant auprès des personnes âgées sont :

médecins libéraux ☐
praticiens hospitaliers ☐
médecins contractuels ☐

8 - GMP de l'établissement

GMP ☐

Enquête sur le coût des médicaments en PUI et en officines de ville



Cette enquête a été adressée en novembre 2004 aux établissements publics pour personnes âgées du réseau de la Fédération Hospitalière de France et de la Conférence nationale des directeurs d'EHPAD.

.

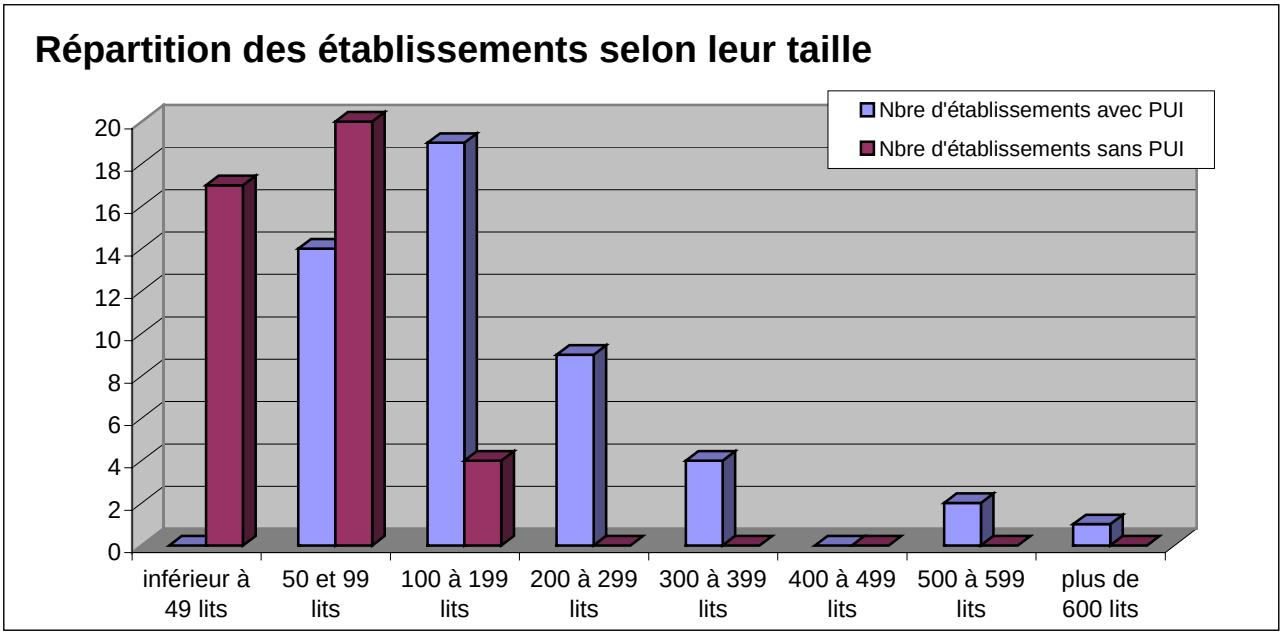
91 établissements y ont répondu :
49 disposant d'une PUI et 42 s'approvisionnant auprès d'une officine de ville. Cet échantillon ne peut pas être considéré comme représentatif, mais a le mérite de présenter quelques repères.

1 - Typologie des établissements

Statut juridique des établissements disposant d'une PUI :
19 maisons de retraite, 13 hôpitaux locaux et 17 centres hospitaliers. 25 établissements ont signé leur convention tripartite, 16 pas encore. En moyenne ces établissements accueillent 193 résidents.

Statut juridique des établissements s'approvisionnant en médicaments auprès d'une pharmacie d'officine :
40 maisons de retraite, 1 hôpital local, 1 centre hospitalier. 19 structures ont signé leur convention, 22 pas encore et un établissement n'a pas répondu. En moyenne les établissements accueillent 67 résidents.

La répartition des établissements en fonction de leur taille s'effectue de la manière suivante :



La plupart des établissements avec PUI ont entre 70 et 300 lits. En revanche, la plupart des établissements sans PUI ont une capacité comprise entre 40 et 100 lits.

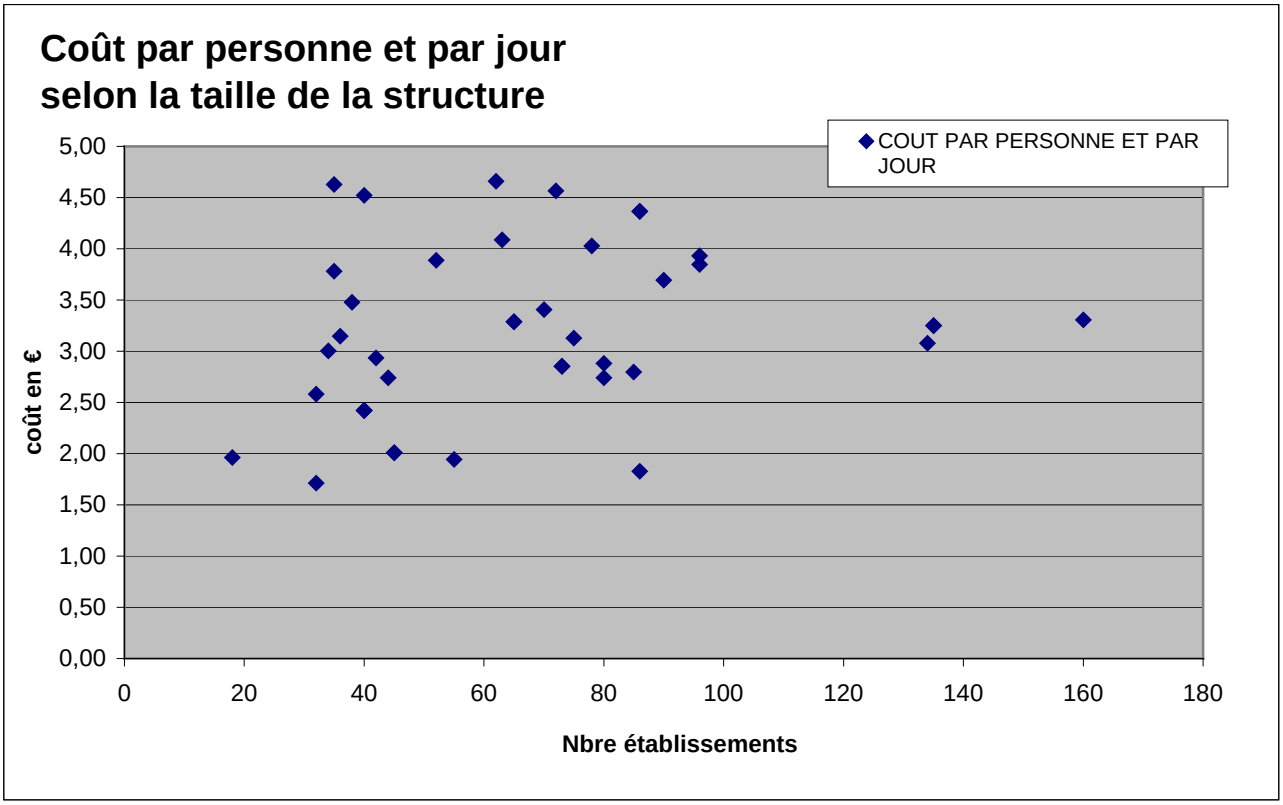
2 - Organisation médicale

Dans les établissements sans PUI, 26 ont un médecin coordonnateur pour 12 qui n'en ont pas et 4 sans réponse. Tous ces établissements assurent eux-mêmes la préparation des médicaments. Il n'y pas de corrélation entre le coût moyen des médicaments et le fait de disposer ou non d'un médecin coordonnateur. En effet, le coût moyen des médicaments par jour et par résident s'établit à 3,22 € avec un médecin coordonnateur contre 3,06 € sans médecin coordonnateur et un coût moyen total à 3,20 €.

Pour les établissements disposant d'une PUI, plus de la moitié d'entre eux s'approvisionnent auprès d'un grossiste répartiteur, 12 auprès d'une centrale d'achat et un auprès d'un laboratoire mais le coût ne semble pas lié au mode d'approvisionnement. 15 PUI préparent les médicaments.

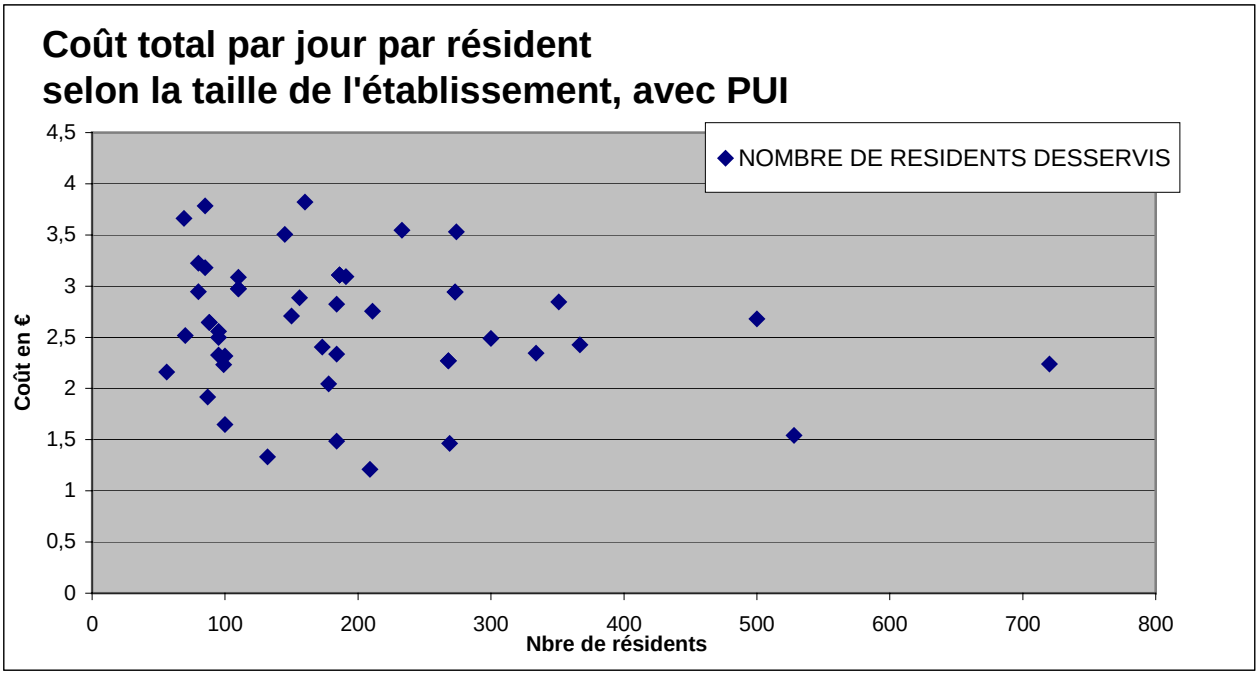
3 - Coût des médicaments : essai de comparaison avec et sans PUI

Le coût total des médicaments par jour et par personne dans un établissement sans PUI s'échelonne de 1,71 € à 4,66 € avec un coût moyen à 3,20 € et une médiane à 3,15, sachant que comme le montre le graphique ci-après, il n'existe pas de corrélation entre le coût et la taille de l'établissement. Néanmoins, les économies d'échelle pourraient être défavorables aux PUI, s'il était prouvé que la consommation par personne était inférieure dans les établissements en disposant, du fait de la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse.



Par exemple, pour un établissement sans PUI de 85 lits, le coût des médicaments par résident et par jour s'échelonne de 1,83 € à 4,26 € soit un écart de 2,3.

Le coût total des médicaments par jour et par personne dans un établissement avec PUI, comprenant les coûts de médicaments, les salaires, le nettoyage, l'amortissement et les fluides s'échelonne de 1,21 € à 3,66 € avec un coût moyen à 2,63 € et une médiane à 2,65, sachant que comme le montre le graphique ci-après, il n'existe pas plus de corrélation entre le coût et la taille de l'établissement que dans une structure sans PUI :



Par exemple, pour un établissement entre 130 et 160 lits, le coût des médicaments par jour par personne s'échelonne de 1,33 € à 3,82 €, soit un écart de 2,87.

A partir de ces deux analyses, il est possible de dire, qu'en moyenne, le coût total d'achat du médicament par une PUI est 57 cts d'euros moins cher qu'en officine, soit une économie annuelle de 208 € par personne/an. Mais en réalité, si l'on tient compte plus précisément des réponses exhaustives au questionnaire, on obtient le détail suivant :

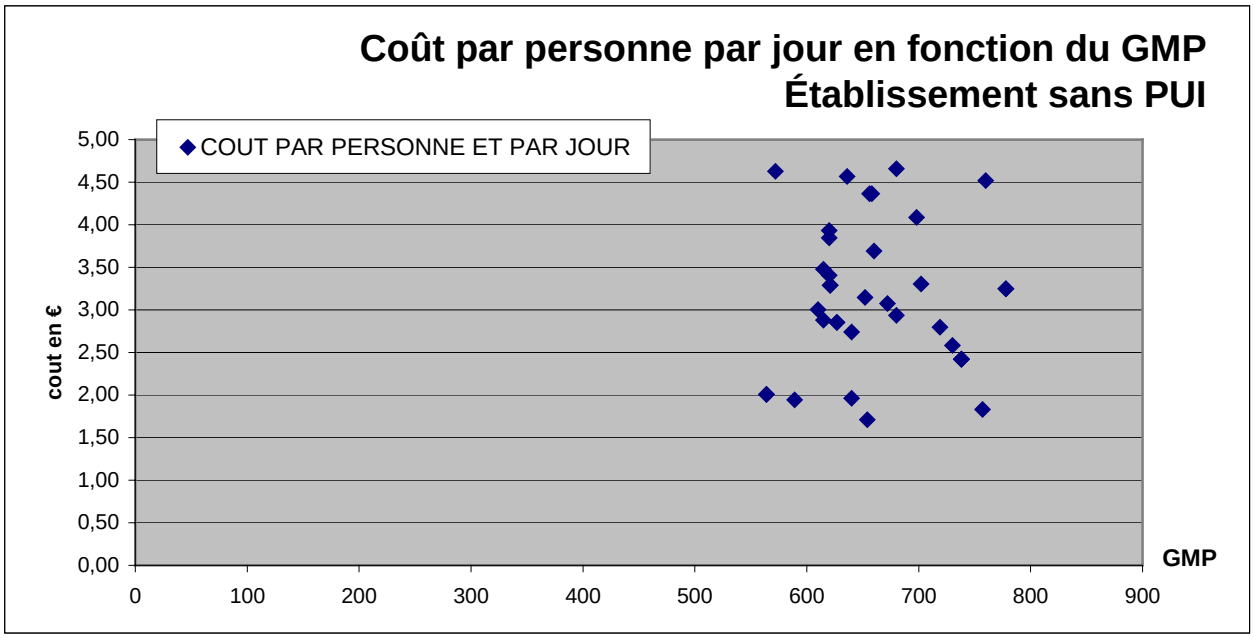
Détails des coûts moyens en PUI :

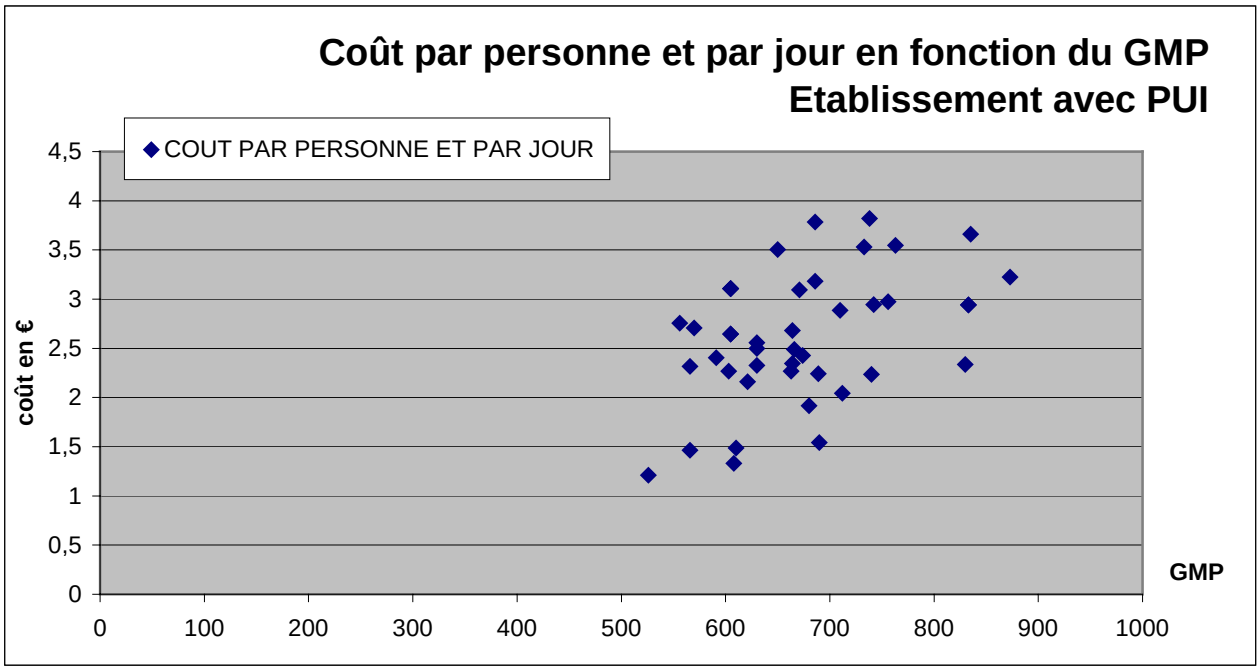
- **Fluides (eau, électricité, gaz)** : 0,05 €/jour/pers ou 2 781 €/an . Ce poste de dépenses a été valorisé directement par les auteurs de l'enquête sans tenir compte des résultats de cette dernière car les établissements n'ont pas toujours compris la même chose à la question « fluides », certains ayant considéré qu'il s'agissait de l'oxygène et non des fluides énergétiques comme demandé. Nous n'avons pas retenu par conséquent le chiffrage donné car les établissements qui n'ont pas de PUI n'ont pas valorisé l'oxygène car le plus souvent ils s'approvisionnent auprès d'une société différente de la pharmacie d'officine.
- **Salaires** : 0,79 €/jour/pers ou 58 290 €/an
- **Amortissements** : 0,05 €/jour/pers ou 2 781 €/an
- **Nettoyage** : 0,18 €/jour/pers ou 8 514,5 €/an
- **Médicament**s : 1,67 €/jour/pers ou 111 568 €/an

Soit un coût moyen total de 2,74 €/jour/pers, soit une différence de 46 cts d'euros par rapport à l'officine, à laquelle s'ajoute le fait qu'une partie des PUI de notre étude assure la préparation des médicaments. L'économie réalisée est de 16.790 €/an pour un établissement de 100 lits, ce qui représente 40 % d'un temps plein d'infirmier (poste chargé à 42.000 €/an). On peut considérer qu'en deçà d'un gain représentant un quart temps infirmier, soit 10.500 €/an, la réalisation d'une PUI n'est plus rentable, ce qui correspond à un établissement de 63 places.

4 - Coût des médicaments et GMP

Le GMP moyen est de 672 dans un établissement sans PUI et de 663 avec PUI.





Le coût des médicaments n'est pas lié au GMP des établissements, quel que soit leur mode d'approvisionnement. Une étude sur le rapport PMP et consommation médicamenteuse serait plus parlant.

Dans un établissement sans PUI, les coûts vont de 1,71 €/jour/pers à 4,67 €/jour/pers, soit un écart de 2,7. **Dans un établissement avec PUI**, l'écart est plus resserré mais reste important. Par exemple pour un GMP à 690 le coût journalier des médicaments par personne s'échelonne de 1,54 à 3,78 €, soit un écart de presque 2,5.

ANNEXE N° 7 :
Conclusions du groupe de travail
présidé par le Pr PIETTE

RECOMMANDATIONS POUR LES REFLEXIONS DE LA HAUTE AUTORITE SUR LA RATIONALISATION DES PRESCRIPTIONS MEDICAMENTEUSES ET LA PREVENTION DE LA IATROGENESE MEDICAMENTEUSE EN EHPAD

JANVIER 2005

Préambule

Les EHPAD sont dans un équilibre budgétaire très fragile, comme en atteste, entre autres, le drame de la mortalité lié à la canicule en août 2003. Les mesures à envisager ne doivent en aucun cas fragiliser encore cet équilibre, ni risquer de priver les résidents des thérapeutiques adaptées à leur état.

On ne peut que constater et regretter l'absence d'application pratique des recommandations de l'ICH (1993) sur l'étude des médicaments dans les dossiers d'AMM chez les sujets âgés et d'une façon plus générale dans un échantillon de population représentatif du futur marché. Cette sous-information, ou cette absence d'information, contribue à l'absence de consensus professionnel validé sur les schémas thérapeutiques optimaux, sur l'efficacité et les risques des médicaments nouveaux, souvent plus encore sur ceux des médicaments anciens et de façon presque systématique sur les associations médicamenteuses. Si un jour la situation évolue, les EHPAD eux-mêmes devront se préparer à participer à l'évaluation des médicaments.

Le calcul de l'espérance moyenne de vie doit intégrer bien sûr l'âge mais aussi les niveaux de dépendance et de comorbidité. La population vivant en EHPAD évolue : les résidents sont de plus en plus âgés, de plus en plus dépendants et polypathologiques. Les médecins prescripteurs en EHPAD doivent si nécessaire accepter de l'aide de médecins gériatres, coordinateurs, pour choisir les prescriptions de médicaments ce qui implique que le médecin coordonnateur dispose d'un temps suffisant. Il n'est pas évident que le SMR (Service Médical Rendu)soit toujours l'indice le plus pertinent pour déterminer les médicaments les plus appropriés pour des personnes très âgées n'ayant plus que quelques années à vivre. Notamment, lorsque les patients ont une prise en charge visant prioritairement à obtenir la meilleure qualité de vie possible, compte tenu des maladies chroniques qu'ils présentent, l'utilité d'entreprendre ou de poursuivre des thérapeutiques préventives d'autres maladies n'apparaît pas évidente dans la grande majorité des cas (ex. hypocholestérolémiants, anticoagulants, anti-hypertenseurs...). Il n'est pas évident que l'ASMR soit toujours l'outil le plus approprié pour déterminer les médicaments les plus appropriés pour des personnes très âgées n'ayant plus que quelques années à vivre. L'utilité pour le patient de la poursuite d'un certain nombre de traitements préventifs (antihypertenseurs et hypocholestérolémiants par exemple) lorsqu'il bénéficie d'une prise en charge prolongée axée principalement sur le confort n'est justifiable que dans des cas individuels. Le raisonnement peut être étendu à divers traitements curatifs (anti-cancéreux, antibiotiques, etc...) dans des situations de fin de vie. Lorsque la poursuite d'un traitement ne peut être justifiée pour un patient donné, elle rentre dans le cadre de l'acharnement.

L'augmentation de la iatrogénèse médicamenteuse avec l'âge dépend essentiellement (et pour certains auteurs exclusivement) de l'augmentation du nombre de lignes de prescription (qui lui-même dépend de la polypathologie) et de la prescription de médicaments inadaptés à la

situation. La réduction de la polymédication, en s'attaquant aux médicaments les moins utiles ou les plus riqués, est donc un axe essentiel d'action de prévention de la iatrogénèse.

Propositions

La Haute Autorité devra se pencher en priorité sur les points suivants :

a) La réduction de principe des médicaments dont le rapport bénéfice-risque au long cours est très contestable sauf dans des cas précis avec accord consensuel du médecin traitant, du médecin coordinateur, du spécialiste concerné et généralement pas en première intention.

   Exemples :
   . Molécules à effet anticholinergique par voie générale.
   . AINS par voie générale.
   . Neuroleptiques et anti-psychotiques dans les démences.
   . Veinotoniques.
   . Produits vaso-actifs à visée périphérique ou cérébrale.
   . Anti-hypertenseurs alpha-bloquants et centraux
   . Anti-arythmiques de classe I.
   . Dérivés nitrés.
   . Laxatifs fréquemment irritants.
   . Topiques fréquemment allergisants.

b) Le respect des règles très rigoureuses de prescription et de surveillance pour les médicaments dont le risque iatrogène est majeur et grave, alors que l'intérêt thérapeutique est incontestable quand l'indication est bonne.
   Exemples :
   . Anticoagulants.
   . Insuline et anti-diabétiques oraux.
   . Digitaliques.
   . Diurétiques.
   . IEC et antagonistes de l'angiotensine.
   . Beta-bloquants.
   . Anti-arythmiques de classe III et IV (amiodarone et verapamil).
   . Corticothérapie par voie générale.
   . Morphiniques.
   . Traitements dopaminergiques.
   . Anti-épileptiques.

c) la promotion des méthodes thérapeutiques non médicamenteuses (en plus de l'adaptation architecturale) pouvant représenter des compléments ou alternatives à des prescriptions médicamenteuses susceptibles d'améliorer la qualité de vie et requérant un personnel suffisant et compétent.
   Exemples :
   . Contention des membres inférieurs en cas d'insuffisance veineuse.
   . Protecteurs de hanches.
   . Collier et ceinture en cas d'algies rachidiennes.
   . Appareillage auditif en cas de surdité.
   . Correction optique.

. Exercice physique (par exemple Taï Chi) pour le maintien ou la récupération de l'autonomie et la prévention des chutes.
. Orthophonie dans les accidents vasculaires cérébraux.
. Massokinésithérapie dans les encombrements bronchiques et dans diverses maladies neurologiques, orthopédiques et rhumatologiques.
. Appareillage dentaire.
. Promotion d'une alimentation équilibrée et adaptée au goût des patients pour lutter contre la tendance à la dénutrition.
. Groupes d'animation de relaxation, de psychothérapie pour les états anxieux (comme relais ou alternative aux traitements tranquillisants) ou dépressifs.
. Luminosité et sorties à l'extérieur dans la prévention du « sundowning » et de l'insomnie des démences comme relais ou alternative aux traitements hypnotiques.

d) Les procédures de conciliation entre les acteurs (malade âgé lui-même, famille, médecin prescripteur, médecin coordinateur) devront être précisées notamment en cas d'arrêt ou de substitution de traitement. Le cadre général doit être celui d'une convention liant l'EHPAD et le médecin traitant prévoyant une réévaluation régulière de l'utilité des traitements au long cours avec le concours du médecin coordinateur. Les hôpitaux, quand ils en ont la compétence (par exemple présence d'un gériatre + d'un thérapeute ou d'un pharmacologue + d'un spécialiste de l'organe considéré) doivent pouvoir être sollicités pour cet arbitrage dans les cas plus complexes. Les hôpitaux de jour gériatriques et dans l'avenir la télémédecine paraissent des outils appropriés pour que ces hôpitaux, notamment les CHU, jouent ce rôle de recours en matière de thérapeutique et de prévention de la iatrogénèse.

e) Les dispositions financières permettant aux EHPAD de garantir l'initiation et la poursuite des thérapeutiques nouvelles et/ou coûteuses (médicaments anti-Alzheimer, facteurs de croissance, traitement de fond de diverses maladies inflammatoires, oncologiques ou virales chroniques, etc...) pour autant que les prescriptions et les renouvellements correspondent aux bonnes pratiques, que celles-ci soient validées dans les mêmes populations ou fassent l'objet d'un consensus professionnel.

Le groupe de travail présidé par le Pr PIETTE était composé de : Pr. J. DOUCET (Rouen), Dr. JL. LE QUINTREC (Paris), Pr. F. PAILLE (Nancy), Dr JM. VETEL (Le Mans), Dr ANKRI (Paris) et Dr. DEGUINES (AFSSAPS).

ANNEXE N° 8 :
Simulations de la CNAMTS sur l'utilisation de PATHOS comme outil de tarification

Document de travail

Le modèle PATHOS et les besoins en pharmacie et petit matériel dans les EHPA

Les données analysées sont celles de « l'étude Pathos nationale sur l'échantillon Ernest » réalisée en 2001 par le service médical CNAMTS [1] (cf.document antérieur). La distribution du niveau de besoins pour le poste S8 (pharmacie) permet de définir des niveaux de forfaits **dont trois concernent près de 98 % des maisons de retraite et foyers logements**. Une simulation des coûts au niveau national peut est faite à partir de ces

Ces coûts estimés seront comparés aux dépenses de pharmacie en ambulatoire engagées par l'Assurance Maladie en 1999 dans les établissements de l'échantillon Ernest (étude sur les dépenses, réalisées par la CNAMTS à la demande de la mission Marthe en 1999 [2]), en sachant qu'il s'agit des montants remboursés (une partie des personnes âgées hébergées ne bénéficie pas de l'exonération du ticket modérateur et, pour les personnes exonérées au titre d'une ALD, seuls les médicaments en rapport avec cette ALD sont remboursés intégralement). En sachant également qu'en SCM et SLD une partie de la pharmacie est incluse dans les forfaits.

Dr P.Prévost
CNAMTS – DRSM Rennes
19 janvier 2005

1. P.Prévost, C.Vuillemin, P.Fender : *Etude Pathos sur l'échantillon Ernest. Les soins de santé en maisons de retraite, foyers logements et services de soins de longue durée au niveau national*. CNAMTS – février 2003.

2. Circulaire CNAMTS 123/2000 du 10/10/2002 *: Bilan des résultats de l'enquête Ernest sur les dépenses de soins ambulatoires remboursés aux personnes âgées hébergées en établissement.*

Une étude de la CNAMTS sur les dépenses à l'acte dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées. Hospitalisation nouvelle N°256..

1 Simulation du coût de la pharmacie en EHPAD (valeurs 1997 en francs)

Ensemble des structures d'hébergement : SLD, MR et FL

Tranche S8 structure	Nombre de structure	Effectif Population	Moyenne Points S8	Moyenne Coût s8 frs	Cout total théorique frs	Forfait journalier Francs	Forfait journalier Euros	Cout total par jour frs	**Cout total annuel en francs**	**en Euros**
0 à 9,9	2145	141928	7,98	10,12	1437006	**10**	**1,52**	1419285	518039007	78 974 537 €
10 à 19,9	4948	337389	14,30	18,14	6120500	**18**	**2,74**	6073002	2216645867	337 925 484 €
20 à 29,9	2064	135941	23,86	30,27	4115328	**30**	**4,57**	4078240	1488557430	226 929 117 €
30 à 39,9	251	19096	33,61	42,65	814482	42	6,40	802014	292735103	44 627 179 €
40 à 49,9	153	12509	45,00	57,10	714291	55	8,38	687986	251114719	38 282 192 €
50 à 59,9	77	3802	56,41	71,59	272166	70	10,67	266127	97136389	14 808 347 €
60 à 69,9	55	2147	67,16	85,23	183014	85	12,96	182531	66623806	10 156 734 €
70 à 79,9	11	1665	72,29	91,73	152769	90	13,72	149881	54706702	8 339 983 €
80 et plus	11	1457	105,96	134,47	195941	130	19,82	189433	69143193	10 540 812 €
Total	9715	655935			14005496			13848499	5054702215	**770 584 385 €**

Maisons de retraites et Foyers logements seuls (sans SLD)

Tranche S8 structure	Nombre de structure	Effectif Population	Moyenne Points S8	Moyenne Coût s8 frs	Cout total théorique frs	Forfait journalier Francs	Forfait journalier Euros	Cout total par jour frs	**Cout total annuel en francs**	**en Euros**
0 à 9,9	2057	138696	7,99	10,14	1406112	**10**	**1,52**	1386964	506241874	77 176 076 €
10 à 19,9	4532	313592	14,20	18,02	5651441	**18**	**2,74**	5644657	2060299871	314 090 690 €
20 à 29,9	1703	106666	23,58	29,93	3192306	**30**	**4,57**	3199987	1167995350	178 059 743 €
30 à 39,9	109	5817	33,14	42,06	244640	42	6,40	244297	89168585	13 593 663 €
40 à 49,9	87	8039	44,73	56,76	456245	55	8,38	442127	161376532	24 601 694 €
50 à 59,9	0	0								
60 à 69,9	0	0								
70 à 79,9	0	0								
80 et plus	0	0				Coût journalier moyen par personne				
Total	8488	572810	15,17		10950745	**19,06**	**2,91 €**	10918033	3985082211	**607 521 867 €**

Cout du point S8 : 0,191 € **Coût annuel en SLD** **163 062 518 €**

2

Ensemble des structures d'hébergement : SLD, MR et FL

Tranche S8 structure	Cout total annuel en Euros	Nombre de structure	%	Effectif Population	Budget annuel par structure	Cout par personne par an	par jour	Patients SMTI Nombre	%	PMP	Part de S8 dans le PMP %
0 à 9,9	78 974 537 €	2145	22,08	141928	36 818 €	556 €		4963	3,50	73,98	
10 à 19,9	337 925 484 €	4948	50,93	337389	68 290 €	1 002 €		26254	7,78	114,87	
20 à 29,9	226 929 117 €	2064	21,25	135941	109 933 €	1 669 €		24050	17,69	183,61	
30 à 39,9	44 627 179 €	251	2,59	19096	177 493 €	2 337 €		6792	35,57	278,17	
40 à 49,9	38 282 192 €	153	1,57	12509	250 341 €	3 060 €		5458	43,63	330,49	
50 à 59,9	14 808 347 €	77	0,79	3802	193 018 €	3 895 €		1709	44,95	332,09	
60 à 69,9	10 156 734 €	55	0,56	2147	185 342 €	4 730 €		1326	61,75	467,85	
70 à 79,9	8 339 983 €	11	0,11	1665	760 947 €	5 008 €		931	55,90	422,83	
80 et plus	10 540 812 €	11	0,11	1457	961 753 €	7 234 €		866	59,43	497,30	
Total	770 584 385 €	**9715**	100,00	655935	**79 315 €**	**1 175 €**	**3,22 €**	72349	11,03	133,18	16,03

Maisons de retraites et Foyers logements seuls (sans SLD)

Tranche S8 structure	Cout total en Euros	Nombre de structure	%	Effectif Population	Budget annuel par structure	Cout par personne par an	par jour	Patients SMTI Nombre	%	PMP	Part de S8 dans le PMP %
0 à 9,9	77 176 076 €	2057	**24,24**	138696	37 513 €	556 €		4821	3,48	73,60	
10 à 19,9	314 090 690 €	4532	**53,39**	313592	69 306 €	1 002 €		23011	7,34	111,78	
20 à 29,9	178 059 743 €	1703	**20,06**	106666	104 583 €	1 669 €		17674	16,57	177,65	
30 à 39,9	13 593 663 €	109	1,28	5817	124 770 €	2 337 €		2048	**35,21**	**261,56**	
40 à 49,9	24 601 694 €	87	1,03	8039	282 259 €	3 060 €		3464	**43,09**	**314,80**	
50 à 59,9		0		0							
60 à 69,9		0		0							
70 à 79,9		0		0							
80 et plus		0		0							
Total	607 521 867 €	**8488**	100,00	572810	**71 575 €**	**1 061 €**	**2,91 €**	51018	8,91	119,17	16,04
SLD	163 062 518 €	**1228**		83125	**132 839 €**	**1 962 €**	**5,37 €**	21331	25,66	229,68	16,00

3 Simulation du coût selon les strates de l'échanillon Ernest en francs

Tranche S8		Population dans les strates de l'échantillon Ernest par tranches de S8							
structure		1	2	3	4	5	6	7	8
0 à 9,9		26883	27667	8692	5926	9455	37557	22517	3232
10 à 19,9		61063	88491	54746	22896	17079	44699	24618	23797
20 à 29,9		14901	20129	22025	7777	14443	10755	16636	29275
30 à 39,9		2026		2592		1198			13279
40 à 49,9		3224	1830	2985					4470
50 à 59,9									3802
60 à 69,9									2147
70 à 79,9									1665
80 et plus									1457
Total		108097	138117	91040	36599	42175	93011	63771	83124

Tranche S8	Forfait jour	Cout journalier de la pharmacie dans les strates							
structure	Francs	1	2	3	4	5	6	7	8
0 à 9,9	10	268830	276670	86920	59260	94550	375570	225170	32320
10 à 19,9	18	1099134	1592838	985428	412128	307422	804582	443124	428346
20 à 29,9	30	447030	603870	660750	233310	433290	322650	499080	878250
30 à 39,9	42	85092	0	108864	0	50316	0	0	557718
40 à 49,9	55	177320	100650	164175	0	0	0	0	245850
50 à 59,9	70	0	0	0	0	0	0	0	266140
60 à 69,9	85	0	0	0	0	0	0	0	182495
70 à 79,9	90	0	0	0	0	0	0	0	149850
80 et plus	130	0	0	0	0	0	0	0	189410
Total		2077406	2574028	2006137	704698	885578	1502802	1167374	2930379

A Moyenne	**19,22**	**18,64**	**22,04**	**19,25**	**21,00**	**16,16**	**18,31**	**35,25**	Selon les forfaits	5 054 702 215
B Théorique	19,06	18,17	22,84	18,34	20,60	16,56	19,13	36,75	Théorique Pathos	5 112 006 164
C Etude CNAM 1999	**4,28**	**10,03**	**11,10**	**15,23**	**20,37**	**14,28**	**16,34**	**4,10**	CNAM 1999	2 682 668 996
	SCM	SCM	SCM			FL	FL	SLD		

Dépense totale annuelle

Montant remboursé au titre des soins ambulatoires hors forfaits

4 Correctif à apporter au "cout CNAM" représentant des remboursements

1/ Correctif à apporter en fonction de l'EXO du TM (données CNAM Ernest 1999)

Cout CNAM Ernest (rappel) 2 682 668 996

	EXO TM	70,00	70,00	66,00	66,00	81,00	70,00	81,00	90,00
		1	2	3	4	5	6	7	8
0 à 9,9		28227	29050	10343	7052	6288	39435	14974	1131
10 à 19,9		115409	167248	117266	49043	20444	84481	29468	14992
20 à 29,9		46938	63406	78629	27764	28814	33878	33189	30739
30 à 39,9		8935	0	12955	0	3346	0	0	19520
40 à 49,9		18619	10568	19537	0	0	0	0	8605
50 à 59,9		0	0	0	0	0	0	0	9315
60 à 69,9		0	0	0	0	0	0	0	6387
70 à 79,9		0	0	0	0	0	0	0	5245
80 et plus		0	0	0	0	0	0	0	6629
Total		218128	270273	238730	83859	58891	157794	77630	102563
	Moyenne par jour	**2,02**	**1,96**	**2,62**	**2,29**	**1,40**	**1,70**	**1,22**	**1,23**
D Cout CNAM corrigé		**6,30**	**11,99**	**13,72**	**17,52**	**21,77**	**15,98**	**17,56**	**5,33**
Supplément total / jour		218128	270273	238730	83859	58891	157794	77630	102563

Total annuel EXO 440 872 082

2/ Correctif à apporter lié aux forfaits

	SCM	SCM	SCM		SLD
Différence (A - D) *	12,92	6,65	8,31		29,92
Supplément total / jour	1396623	918442	756863		2487007

Total annuel forfaits 2 029 011 199

Le calcul du correctif lié à l'exo TM est fait sur la base d'un remboursement à 65 % des médicaments chez les personnes non exonérées.
Cette estimation ne tient pas compte des médicaments "hors ALD" pour les prescriptions concernant les personnes exonérées du TM

Cout corrigé CNAM **5 152 552 277**

Pratique Pathos **5 054 702 215**

Théorique Pathos **5 112 006 164**

* Dans l'étude CNAM le cout moyen en structure non médicalisée est de 14,83 frs et en structure avec SCM à 2,03 frs, soit une différence de 12,80 frs

ANNEXE N° 9 :
Données de la CANAM sur les remboursements de médicaments chez les assurés de 80 ans et plus pour l'année 2003

Assurance Maladie
des Professions Indépendantes

CANAM

Service Médical National

DONNEES SUR LES REMBOURSEMENTS DE MEDICAMENTS CHEZ LES ASSURES DE 80 ANS ET PLUS POUR L'ANNEE 2003

Dr Philippe PEREZ

CANAM
Centre Paris Pleyel
93521 Saint Denis Cedex

1/ Introduction

L'étude a été menée à la demande de l'IGAS dans le cadre d'une mission sur la prise en charge des médicaments dans les maisons de retraite médicalisées. (lettre de mission du 23 août 2004).

La population âgée de plus de 80 ans, couverte par le régime d'Assurance Maladie des Professions Indépendantes comptait en 2003 environ 220000 personnes soit 7 % de la population totale assurée.

Le régime AMPI a remboursé à ses assurés sociaux un montant de 780.6 millions d'euros au titre de la pharmacie codée en 2003. (Source MEDI-CANAM 2003). Le taux de codage moyen était de 95.01 %.

L'objectif de la présente étude était de dresser un état descriptif de la consommation de médicaments remboursables par les assurés âgés de plus de 80 ans, en visant plus particulièrement les médicaments onéreux.
Nous n'avons pas retrouvé de définition légale permettant de circonscrire les médicaments onéreux.

1/ Matériel et méthode

Période d'enquête : année 2003 en dates de remboursement.

La population de l'enquête était constituée de l'ensemble de la population couverte par le régime AMPI âgée de 80 ans et plus en 2003. Le statut d'hébergement n'a pu être pris en compte faute de disponibilité d'un codage de cette variable.

Les données ne portent que sur les médicaments remboursables par l'assurance maladie. Les classifications ATC pour la Dénomination Commune et EPHMRA pour les classes, ont été utilisées.

Les données ont été recueillies à partir de requêtes sur le système informationnel du régime (OCAPI).

Les requêtes ont porté sur les données des 31 caisses régionales.

II/ Résultats

Tableau n°1 : les 50 premières molécules - classement par montant remboursé.

Rang	Libellé Dénomination Commune	Montant remboursé	% (sur total remboursé)	Nombre bénéficiaires	Coût moyen par bénéficiaire
1	OMEPRAZOLE	7 234 070 €	8,48%	38006	190 €
2	CLOPIDOGREL	7 209 504 €	8,45%	15820	456 €
3	DONEPEZIL	3 638 922 €	4,27%	5148	707 €
4	PRAVASTATINE	3 587 546 €	4,21%	14573	246 €
5	NITROGLYCERINE	3 374 945 €	3,96%	34088	99 €
6	PARACETAMOL	3 184 493 €	3,73%	118778	27 €
7	TRIMETAZIDINE	2 960 655 €	3,47%	37434	79 €
8	AMLODIPINE	2 706 388 €	3,17%	17230	157 €
9	RAMIPRIL	2 291 979 €	2,69%	12766	180 €
10	LANSOPRAZOLE	2 249 106 €	2,64%	19398	116 €
11	SIMVASTATINE	2 247 922 €	2,64%	10621	212 €
12	DEXTROPROPOXYPHENE EN ASSOCIATION	2 147 153 €	2,52%	59129	36 €
13	LEUPRORELINE	2 112 088 €	2,48%	1798	1 175 €
14	GINKGO BILOBA	1 992 548 €	2,34%	26519	75 €
15	SALMETEROL ET AUTRES	1 982 688 €	2,32%	6840	290 €
16	ATORVASTATINE	1 845 757 €	2,16%	8230	224 €
17	AMIODARONE	1 618 525 €	1,90%	18804	86 €
18	DILTIAZEM	1 582 513 €	1,86%	9482	167 €
19	BICALUTAMIDE	1 497 021 €	1,76%	1552	965 €
20	PAROXETINE	1 455 199 €	1,71%	12780	114 €
21	PERINDOPRIL	1 407 846 €	1,65%	7985	176 €
22	ENOXAPARINE	1 345 601 €	1,58%	9285	145 €
23	ORNITHINE OXOGLUTARATE	1 342 067 €	1,57%	6599	203 €
24	FUROSEMIDE	1 336 011 €	1,57%	48932	27 €
25	TRIPTORELINE	1 309 305 €	1,54%	1123	1 166 €
26	ROFECOXIB	1 224 207 €	1,44%	15659	78 €
27	VERTEPORFIN	1 191 810 €	1,40%	529	2 253 €
28	LOSARTAN	1 149 103 €	1,35%	6345	181 €
29	PANTOPRAZOLE	1 144 833 €	1,34%	12201	94 €
30	IRBESARTAN	1 027 858 €	1,21%	5829	176 €
31	CELECOXIB	1 015 930 €	1,19%	12908	79 €
32	ACETYLSALICYLIQUE ACIDE	1 003 546 €	1,18%	52236	19 €
33	ALENDRONIQUE ACIDE	988 810 €	1,16%	5690	174 €
34	RILMENIDINE	965 873 €	1,13%	7565	128 €
35	VALSARTAN	948 221 €	1,11%	5695	167 €
36	NAFTIDROFURYL	945 952 €	1,11%	9805	96 €
37	FENOFIBRATE	893 373 €	1,05%	13946	64 €
38	ESOMEPRAZOLE	891 045 €	1,04%	6946	128 €
39	GLICLAZIDE	865 271 €	1,01%	5919	146 €
40	RIVASTIGMINE	856 414 €	1,00%	1187	721 €
41	GALANTAMINE	852 821 €	1,00%	1376	620 €
42	CEFTRIAXONE	803 209 €	0,94%	8974	90 €
43	BISOPROLOL	729 475 €	0,86%	6262	116 €
44	TRAMADOL	652 143 €	0,76%	7613	86 €
45	NICORANDIL	646 756 €	0,76%	4230	153 €
46	CALCIUM EN ASSOCIATION	588 996 €	0,69%	16330	36 €
47	RABEPRAZOLE	587 807 €	0,69%	5525	106 €

48	GOSERELINE	583 890 €	0,68%	409	1 428 €
49	MOLSIDOMINE	556 580 €	0,65%	5155	108 €
50	CITALOPRAM	511 004 €	0,60%	4270	120 €
	Total	85 284 779 €	**100,00%**	**765524**	**111 €**

Le nombre total de bénéficiaires est supérieur à celui du nombre d'assurés de 80 ans et plus couverts par le régime AMPI, du fait qu'un assuré peut bénéficier de la prescription de plusieurs molécules.

Tableau n°2 : les 50 premières molécules – classement par coût moyen par bénéficiaire pour l'année 2003.

Rang	➢ Libellé Dénomination Commune	Montant remboursé	%(sur total remboursé)	Nombre bénéficiaires	Coût moyen par bénéficiaire
1	OCTREOTIDE	76 009 €	0,16%	5	15 202 €
2	IMATINIB	30 069 €	0,06%	2	15 035 €
3	LANREOTIDE	20 268 €	0,04%	2	10 134 €
4	VERTEPORFIN	1 191 810 €	2,47%	529	2 253 €
5	LETROZOLE	2 015 €	0,00%	1	2 015 €
6	PERGOLIDE	3 399 €	0,01%	2	1 700 €
7	GOSERELINE	583 890 €	1,21%	409	1 428 €
8	ANASTROZOLE	90 614 €	0,19%	68	1 333 €
9	CLODRONIQUE ACIDE	7 457 €	0,02%	6	1 243 €
10	ROPINIROLE	2 410 €	0,00%	2	1 205 €
11	LEUPRORELINE	2 112 088 €	4,37%	1 798	1 175 €
12	TRIPTORELINE	1 309 305 €	2,71%	1 123	1 166 €
13	NILUTAMIDE	62 508 €	0,13%	56	1 116 €
14	BICALUTAMIDE	1 497 021 €	3,10%	1 552	965 €
15	RIVASTIGMINE	856 414 €	1,77%	1 187	721 €
16	CYPROTERONE	169 954 €	0,35%	237	717 €
17	DONEPEZIL	3 638 922 €	7,53%	5 148	707 €
18	GALANTAMINE	852 821 €	1,76%	1 376	620 €
19	CLOPIDOGREL	7 209 504 €	14,91%	15 820	456 €
20	GABAPENTINE	57 614 €	0,12%	164	351 €
21	SALMETEROL ET AUTRES	1 982 688 €	4,10%	6 840	290 €
22	FENTANYL	398 092 €	0,82%	1 392	286 €
23	PRAVASTATINE	3 587 546 €	7,42%	14 573	246 €
24	ATORVASTATINE	1 845 757 €	3,82%	8 230	224 €
25	BUDESONIDE	30 584 €	0,06%	140	218 €
26	ATENOLOL ET AUTRES ANTIHYPERTENSEURS	640 €	0,00%	3	213 €
27	IRBESARTAN ET DIURETIQUES	192 428 €	0,40%	906	212 €
28	INSULINE HUMAINE	116 076 €	0,24%	548	212 €
29	SIMVASTATINE	2 247 922 €	4,65%	10 621	212 €
30	FORMOTEROL	28 955 €	0,06%	137	211 €
31	MONTELUKAST	3 968 €	0,01%	19	209 €
32	FORMOTEROL ET AUTRES MEDICAMENTS	26 896 €	0,06%	132	204 €
33	ORNITHINE OXOGLUTARATE	1 342 067 €	2,78%	6 599	203 €
34	TINZAPARINE	52 263 €	0,11%	267	196 €
35	LOSARTAN ET DIURETIQUES	423 256 €	0,88%	2 212	191 €
36	OMEPRAZOLE	7 234 070 €	14,96%	38 006	190 €
37	ACARBOSE	7 209 €	0,01%	38	190 €
38	LOSARTAN	1 149 103 €	2,38%	6 345	181 €
39	RAMIPRIL	2 291 979 €	4,74%	12 766	180 €
40	BECLOMETASONE	896 €	0,00%	5	179 €

41	RISEDRONIQUE ACIDE	325 015 €	0,67%	1 820	179 €
42	RISPERIDONE	1 071 €	0,00%	6	179 €
43	IRBESARTAN	1 027 858 €	2,13%	5 829	176 €
44	PERINDOPRIL	1 407 846 €	2,91%	7 985	176 €
45	ALENDRONIQUE ACIDE	988 810 €	2,05%	5 690	174 €
46	NIFEDIPINE	3 435 €	0,01%	20	172 €
47	BRIMONIDINE	5 111 €	0,01%	30	170 €
48	NADROPARINE	237 759 €	0,49%	1 407	169 €
49	DILTIAZEM	1 582 513 €	3,27%	9 482	167 €
50	VALSARTAN ET DIURETIQUES	26 498 €	0,05%	159	167 €
	Total	**48 342 403 €**	**100,00%**	**171 694**	**282 €**

En dehors du Verteporfin (Visudyne ®) utilisé dans le traitement des DMLA, les autres traitements dont le coût moyen annuel dépasse 1000 euros, sont pour l'essentiel utilisés dans le traitement des cancers (prostate, sein, leucémie).

Tableau n°3: Répartition des 50 premières molécules par classe EPHMRA en fonction des montants remboursés.

Rang	Classe EPHMRA	Libellé classe EPHMRA	Montant remboursé	%	Nombre bénéficiaires	Coût moyen par bénéficiaire
1	C	Appareil cardio vasculaire	34 815 826 €	40,8%	311496	112 €
2	A	Appareil digestif métabolisme	13 561 128 €	15,9%	104325	130 €
3	N	Système nerveux central	13 298 149 €	15,6%	210281	63 €
4	B	Sang organes hématopoïétiques	9 558 651 €	11,2%	77341	124 €
5	L	Anti néoplasiques immuno modulateurs	5 502 304 €	6,5%	4882	1 127 €
6	M	Appareil loco moteur	3 228 947 €	3,8%	34257	94 €
7	R	Appareil respiratoire	1 982 688 €	2,3%	6840	290 €
8	V	Divers	1 342 067 €	1,6%	6599	203 €
9	S	Organes des sens	1 191 810 €	1,4%	529	2 253 €
10	J	Anti infectieux	803 209 €	0,9%	8974	90 €
		Total	**85 284 779 €**	**100,0%**	**765524**	**111 €**

Le classement des 3 premières qui représentent plus de 70 % des dépenses, n'était pas différent de celui retrouvé dans la population générale couverta par notre régime. Seule la classe C était plus fortement représentée (40.8 % vs 29.9 %).

Tableau n° 4 : Répartition des 50 premières molécules par classe EPHMRA en fonction du coût moyen par bénéficiaire.

Rang	Classe EPHMRA	Libellé classe EPHMRA	Montant remboursé	%	Nombre bénéficiaires	Coût moyen par bénéficiaire
1	H	Hormones	96 277 €	0,2%	7	13 754 €
2	S	Organes des sens	1 196 921 €	2,5%	559	2 141 €
3	L	Anti néoplasiques immuno modulateurs	5 857 464 €	12,1%	5246	1 117 €
4	N	Système nerveux central	5 810 743 €	12,0%	9277	626 €
5	B	Sang organes hématopoïétiques	7 499 526 €	15,5%	17494	429 €
6	R	Appareil respiratoire	2 073 987 €	4,3%	7273	285 €
7	V	Divers	1 342 067 €	2,8%	6599	203 €
8	C	Appareil cardio vasculaire	15 786 781 €	32,7%	79131	200 €
9	A	Appareil digestif métabolisme	7 357 355 €	15,2%	38592	191 €
10	M	Appareil loco moteur	1 321 282 €	2,7%	7516	176 €
		Total	**48 342 403 €**	**100,0%**	**171694**	**282 €**

La classe H (hormones utilisées pour des pathologies cancéreuses) représentait le coût moyen par bénéficiaire le plus élevé, pour un nombre de bénéficiaires limité. La classe S était essentiellement constituée par la Visudyne. La classe L des anti-néoplasiques concernait 2.4 % de la population étudiée.

ANNEXE N° 10 :
Médicaments – soins palliatifs – EHPAD

Médicaments/soins palliatifs/EHPAD

Dr Vetel, Dr Roche, Dr Jouanneau (équipe mobile de Soins palliatifs), Dr Leprovost, Dr Lussier.

Médicaments/EHPAD

- On ne peut ne peut limiter aux simples problèmes de coût et d'approvisionnement les problèmes posés par le médicament en l'EHPAD.
- La dispensation et les surveillances font partie intégrante de la réflexion du groupe de travail et des recommandations et conséquences qui en découleront.
- La Douleur en général et l'Accompagnement des mourants en particulier sont 2 domaines majeurs qu'il faut impérativement prendre en compte en EHPAD

Une demande ubiquitaire

- Les personnes âgées résident plusieurs années en EHPAD et nouent des relations étroites avec le personnel soignant.
- Pensionnaires, familles et soignants souhaitent fréquemment « l'accompagnement sur place ».

L'hôpital fait peur aux personnes âgées

- La médiatisation du fonctionnement des urgences effraie
- Les personnes âgées redoutent d'aller à l'hopital pour y mourir
- Pourtant 70% des personnes âgées meurent aujourd'hui à l'hopital hormis les trop rares hôpitaux dotés d'une filière gériatrique complète et conséquente, l'hôpital n'est malheureusement pas le lieu le plus adapté pour une prise en charge optimale des personnes âgées, plus particulièrement en fin de vie T2A oblige…c'est un fait désolant certes mais c'est ainsi.
- Il faut donc favoriser la mort soit à domicile soit en EHPAD

La mort en EHPAD

Il faut distinguer en dehors du décès brutal, 2 types de fin de vie:

- Les états crépusculaires « façon de mourir lente et progressive » entre autre des démences qui sombrent dans une perte progressive de conscience
- Les fins de vie « difficiles » avec douleurs difficilement contrôlables , lucidité et angoisse majeure qui sont du ressort hospitalier avec une prise en charge en « soins palliatifs » (équipe mobile ou service spécialisé)

Les états crépusculaires

- C'est cette prise en charge qui devrait pouvoir être effectuée en EHPAD
- Cette situation doit être ponctuelle (c'est à dire qu'un établissement peut être confronté à ce problème une à 2 fois par mois).
- Elle implique outre un nursing lourd et fréquent (pour éviter les escarres, la soif etc) du matériel (matelas spéciaux, seringues électriques), une formation éthique et technique des médecins généralistes , du personnel soignant et une surveillance étroite.

Le médicament

- A ici pour objectif le seul confort du patient
- Ne résume pas le soin(association à nursing lourd), et implique en aval les problèmes de dispensation , de surveillance et d'adaptation quotidienne.
- L'escalade antalgique peut conduire aux morphiniques (oraux ou sous cutanés à la seringue électrique à débit constant)
- La prescription adéquate requière l'emploi d'outils d'évaluation de la douleur
- Les ajustements de dose doivent être quotidiennement discutés et en cas d'utilisation des morphiniques les ordonnances spécifiques à jour. (problème de prescriptions par le médecin généraliste anticipée et personnalisée , des stocks dans l'établissement…).

L'intervention de l'HAD en EHPAD

- Pendant ces périodes d'accompagnement, l'intervention de l'Hospitalisation A Domicile en renfort technique serait éminemment souhaitable mais est juridiquement interdite(car si convention tripartite l'Assurance Maladie allègue qu'elle paye déjà du soin)…il faut donc modifier le texte.

Le réseau de soins palliatifs

- Si il existe, l' intervention de l'équipe de coordination départementale des soins palliatifs est éminemment souhaitable par les conseils quelle peut prodiguer au médecin, au personnel, et l'aide psychologique qu'elle peut dispenser au malade et à la famille.

La présence soignante

- Qui dit accompagnement de mourant dit présence d'au moins une aide soignante 24/24 dans l'établissement et l'organisation d'une garde infirmière car des gestes médicaux d'urgence peuvent être requis (repose de la perfusion de morphiniques sous cutané, réglage de la seringue à débit constant, aspiration bronchique)

EN CONCLUSION

- La possibilité de faire ponctuellement pour les patients et les familles qui le souhaitent, de l'accompagnement des « états crépusculaires » paraît souhaitable et souhaité face à l'inadaptation hospitalière.
- Une organisation stricte doit être mise en oeuvre autour des médicaments ex tableau B, de leur approvisionnement, de leur dispensation (éventuellement par voie sous cutanée), de leur stockage pour d'éventuelles adaptations thérapeutiques protocolisées à la demande et bien sûr des prescriptions qui devraient pouvoir être ajustées (au besoin par le médecin coordonnateur alors qu'on est pas dans l'urgence).
- Le niveau et la permanence des soins requis est l'autre volet incontournable si l'on veut rendre possible cette prestation.

ANNEXE N° 11 :
Prises de position de certains membres du groupe de travail

Liste des contributions annexées :

1) Contribution de l'ADHEPA datée du 21 février 2005
2) Contribution de la CNDEHPAD datée du 21 janvier 2005
3) Contributions de la FHF datées du 6 septembre 2004 et du 26 janvier 2005
4) Contribution de la FEHAP datée du 1er mars 2005
5) Contribution de la FNADEPA datée du 8 décembre 2004
6) Contribution de la FSPF datée du 10 février 2005
7) Contribution de l'Ordre des Pharmaciens datée du 21 février 2005
8) Contribution du SYNERPA datée du 21 février 2005
9) Contributions de l'UNIOPSS datées du 8 décembre 2004 et du 25 février 2005

ADEHPA
Conclusions finales

L'ADEHPA reste attachée à la position qui a toujours été la sienne, de refuser la réintégration des médicaments dans le forfait soins, la seule alternative qu'elle pourrait accepter serait un droit d'option.

Elle tient à préciser quelques remarques sur les sujets abordés :

1/ la dispensation :

L'ADEHPA avait demandée plutôt qu'une remise, la possibilité de bénéficier de temps de préparateur pour la préparation des piluliers, avec en conséquence la mise à disposition des personnes âgées du temps infirmier ainsi libéré.

L'objection tient au fait qu'il faut que se soit celui qui prépare le pilulier qui administre le traitement. Dans les établissements, en fonction des roulements du personnel soignant, c'est rarement celui qui a préparé qui administre…… le risque d'erreurs peut donc intervenir là aussi.

2/ La remise :

l'ADEHPA pense qu'il n'y a pas lieu de partager la remise puisqu'elle est déjà totalement bénéficiaire à l'assurance maladie. En effet, les crédits ne pourront être utilisés que pour des dépenses du budget soins -budget alloué par l'assurance maladie pour des dépenses de soins.

L'étanchéité des sections tarifaires n'autorisera l'utilisation des « recettes liées à des remises » que pour des dépenses de la section soins…… donc directement profitables à l'assurance maladie…… pourquoi devrions nous encore rendre une partie de cette recette qui est déjà un profit pour l'assurance maladie.

Au pire, cette recette pourrait servir à compenser le dérapage des dépenses médicamenteuses liées :

1/ soit aux augmentation autorisées aux laboratoires pharmaceutiques et qui ne seraient pas prévues dans notre enveloppe……

2/ soit à une augmentation du ticket modérateur par réduction de la prise en charge de certains médicaments.

Et pour lesquels l'étanchéité des sections tarifaires ne permettra plus au directeur de puiser dans ses dépenses hôtelières pour financer du médicament, comme c'était le cas avec les sections de cure.

3/ la réintégration à l'EURO / l'EURO :

Le groupe n'a pas défini quels seraient les moyens donnés aux établissements pour le paiement de la part non couverte par l'Assurance Maladie et qui sera pourtant réglée par l'établissement au pharmacien qu'il soit d'officine ou de PUI.

4/ les dispositifs médicaux.

L'ADEHPA est perplexe devant l'alinéa 3 page 12 du rapport sur la prise en charge des dispositifs médicaux qui dit :

« Le maintien hors forfait des coussins et matelas d'aide à la prévention des escarres génère un risque de déport des pratiques vers les produits les plus onéreux ; d'autant plus que ceux-ci peuvent apparaître, à tort, un moyen de prévenir les escarres alors que la mobilisation des résidents à risques par du personnel en nombre suffisant est la première et plus efficace mesure de prévention des escarres ».

l'ADEHPA veut bien entendre que les établissements auront enfin du personnel en nombre suffisant, et que sa demande se situe au minimum à 0.8 agents/ lits.

Si la réintroduction des dispositifs médicaux devait conduire à une meilleure prise en charge de la personne âgée par une augmentation du nombre des professionnels, nous pourrions revoir notre position.

CONTRIBUTION DE LA CNDEHPAD AUX DEBATS

A ce stade des débats, juste avant leur conclusion qui devrait avoir lieu soit lors de la prochaine séance, soit à l'occasion d'une « réunion balai » en février, le représentant de la CNDEHPAD souhaite faire le point sur les propositions qu'il compte faire.

En outre, il se félicite de la manière dont se sont déroulés les débats dans cette commission et surtout la compétence et de la connaissance des dossiers dont a su faire preuve leur animateur, Monsieur DELOMENIE.

Les thèmes choisis ont été pertinents, et les résultats des débats à la hauteur des espérances. Néanmoins, quelques questions fondamentales demeurent en suspens auxquelles des réponses devront être apportées, elles seront évoquées au cours de cette note.

Bien que les débats et les enquêtes menées aient permis de faire évoluer ça et là les positions de chacun, il apparaît que sur la question de fond qui est « la réintégration des médicaments dans le périmètre du forfait soins », les positions n'aient pas évolué sensiblement. Sans doute les intérêts de chacun étaient-ils par trop divergents pour qu'ils fussent conciliés par le seul truchement du débat. Mais, l'objet d'une telle mission n'était pas forcément de concilier l'inconciliable !

L'ensemble des thèmes abordés au cours des débats seront repris dans cette note, afin que la conclusion prenne en compte tous les paramètres sans privilégier un aspect plutôt qu'un autre.

I La prescription :

Ce thème a été certainement le plus important abordé dans les débats et paradoxalement, celui sur lequel les conclusions de la mission pèseront le moins, tant les habitudes en ce domaine sont fortement ancrées. La sacro-sainte liberté de prescription ne saurait donc être remise en question même si l'ensemble des sociétés savantes s'accordent pour dire que beaucoup trop de médicaments sont prescrits à nos aînés. On peut toutefois espérer que les recommandations de la mission pourront être entendues voire reprises par la Haute Autorité en Santé (?).

Sur le plan iatrogénique, les recommandations du groupe de travail animé par le Professeur Piette devront être prises en compte aux plans qualitatif et quantitatif.

C'est sur ce dernier point et sur les propositions d'alternatives à la médication que le confort des résidents d'EHPAD se trouvera renforcé. En outre, il apparaît évident que les économies que pourrait engendrer la diminution de la polymédication sont sans commune mesure avec le choix d'une officine de ville ou d'une PUI pour la délivrance des produits pharmaceutiques. De plus, comme il est indiqué supra, chacun s'accorde désormais sur le fait que des ordonnances comprenant plus de trois , voire cinq médicaments différents produisent des

effets indésirables difficilement contrôlables qui se traduisent par de chutes, des états somnolents et, en tout état de cause un inconfort pour leur destinataire…

Sur le plan qualitatif, l'observation du SNCG concernant les prescriptions d'antalgiques doit être prise en compte. Si l'on souhaite que les personnes âgées hébergées en EHPAD puissent finir leurs jours sans transferts traumatisants vers des centres hospitaliers, il est nécessaire d'organiser la prise en charge de la douleur dans ces établissements. Il n'est certes pas du ressort de la mission de préconiser une réorganisation du système de soins palliatifs français. Elle peut néanmoins en souligner les carences sur le plan purement pharmacologique et suggérer à la Haute Autorité en Santé des préconisations à destination des médecins généralistes intervenant en EHPAD.

Les prescriptions de prothèses recommandées par le groupe de travail sont également un bon moyen pour sortir de l'isolement sensoriel bon nombre de personnes pour lesquelles d'aucuns se demandent s'il est « encore utile de prescrire de tels appareillages »… néanmoins là se pose la question de savoir qui paie pour des personnes dont les revenus, largement amputés par le paiement des prix de journée des établissements, se réduisent à 71 Euros par mois (montant de l'argent de poche des « assistés »).

Au final, il serait bon de se rallier à la proposition d'un **guide de bonnes pratiques du médecin en EHPAD** qui au delà du médecin coordonnateur pourrait concerner tous les médecins intervenant en EHPAD et, partant, la plupart des médecins généralistes. Ainsi, par ricochet, la population des personnes âgées vivant à domicile serait touchée par cette mesure.

II L'approvisionnement :

Les diverses enquêtes menées dans le cadre de la mission ont démontré que ce ne saurait être le point majeur des débats. Bien qu'elles n'aient pas été, de l'aveu même de leurs auteurs, totalement exhaustives, un faisceau d'éléments de convergence entre notamment l'enquête réalisée par les D.D.A.S.S et celle de la F.H.F et C.N.D.E.H.P.A.D tendent à montrer que l'approvisionnement par les P.U.I est plus économique que par les officines de villes.

Même si, à l'évidence, les chiffres annoncés avant la réalisation de ces enquêtes doivent être revus à la baisse, les économies que semblent révéler les deux enquêtes évoquées supra ne sauraient passer par pertes et profits au motifs qu'elles ne seraient à la hauteur des annonces. Proches de 17%, eu égard aux masses en question, elles sont qu'on le veuille ou non significatives. En outre, si de telles économies se traduisaient par la création de 0,4 postes d'IDE par tranche de 100 lits, on peut penser que quelques établissements pourraient être intéressés.

Cependant, les études réalisées dans le cadre de la mission ont montré leurs limites et il serait souhaitable de **faire réaliser une nouvelle enquête** par des statisticiens ayant accès à un panel d'établissements représentatif et aux données détenues par les pharmaciens d'officines. Pour ce faire, un large consensus s'impose dans le groupe de travail, afin que chaque fédération d'établissements, chaque syndicat de pharmaciens sollicite ses adhérents pour qu'ils jouent le jeu de la transparence.

Outre les données contenues dans les enquêtes précitées, il conviendrait d'inclure les éléments suivants :

a) Toutes les strates ERNEST devront être concernées, proportionnellement à leur représentativité.

b) Il sera nécessaire de connaître la situation géographique des établissements : milieu rural, périurbain, urbain.
Ces données pourront être croisées avec celles concernant les P.U.I afin de savoir si la quantité de médecins intervenant dans les établissements est dépendante d'un critère ou de l'autre

c) La comparaison entre trois formes d'approvisionnement sera nécessaire :

- l'établissement dispose d'une P.U.I. et s'approvisionne auprès d'un groupement d'achat, d'une centrale d'achat, d'un répartiteur.
- l'établissement s'approvisionne auprès d'une officine dans le cadre d'un marché (formalisé ou non).
- les résidents paient directement leurs médicaments dans l'officine de leur choix.

Si les enquêtes ont renseigné la différence entre les deux premiers cas de figure, elles ne l'ont pas fait entre les deux derniers. Or c'est justement l'objet de la mission que de proposer ou de ne pas proposer la réintégration des produits pharmaceutiques dans le périmètre du forfait soins.

d) Il pourrait être intéressant de connaître la consommation en produits pharmaceutiques au regard du nombre de personnes désorientées.

III La préparation des médicaments :

Il s'agit d'un thème important, qui n'a pas fait l'unanimité, loin s'en fait chez les participants aux débats. Bien que ce fut pour certains pharmaciens un argument de vente, quelques marchés ont été passés ça et là entre des établissements et des pharmaciens qui incluaient ces prestations, les représentants des pharmaciens d'officine ne sont pas unanimes sur le fait de proposer ce service.

Le lieu semble poser problème. Les pharmaciens ne pourraient pas préparer les médicaments dans leur officine au prétexte qu'ils risqueraient d'être dérangés dans leur travail. C'est mal connaître le travail des infirmières que de penser qu'elles ne sont jamais dérangées lorsqu'elles préparent les piluliers. Dans les petits établissements elles doivent répondre au téléphone, elles sont sollicitées par le personnel, par les sonnettes des résidents, voire par la visite impromptue d'un médecin qui souhaite des renseignements sur tel ou tel patient toutes affaires cessantes. Il nous apparaît au contraire que la préparation des piluliers par un pharmacien ou un

préparateur est au contraire plus sécurisante, eu égard aux conditions d'exercice professionnel des infirmières.

La préparation peut donc, à notre sens être réalisée en officine, au même titre qu'elle l'est dans certaines PUI (30% de l'échantillon de l'enquête FHF CNDEHPAD). Elle peut l'être également par le pharmacien dans l'établissement, le problème qui se pose dans ce cas concerne le préparateur qui ne saurait exercer hors la présence du pharmacien.

En tout état de cause, nous considérons que cet aspect du service peut être retenu dans **un cahier des charges à l'appui duquel serait passé le marché** entre les officines et les établissements.

IV La dispensation

La question de savoir si les médicaments peuvent être administrés par un autre professionnel de santé que les infirmière a (enfin !) été tranché par voie réglementaire. Les aide soignantes peuvent s'acquitter de cette tâche par délégation des infirmières.

La question posée par la dispensation des médicaments se pose donc sur un plan qualitatif et concerne la forme galénique du produit : telle gélule perdra de son efficacité si elle est ouverte pour permettre une meilleure absorption du produit par le patient.

Là encore nous sommes dans le domaine des **bonnes pratiques** et seuls **l'éducation du personnel para médical** et **l'adaptation par les médecins de la forme du traitement** aux capacités d'absorption du patient pourront remédier de manière efficace à ces difficultés.

V Les conventions :

L'idée d'inscrire dans une convention les obligations de chacun dans les rapports qui lient un pharmacien d'officine et un établissement est approuvée par la CNDEHPAD. Cette convention pourra notamment préciser le rôle du pharmacien dans **la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse, sa participation au comité du médicament de l'établissement, elle pourra également inclure des prestations telles que la préparation des médicaments et/ou les ristournes que l'officine pourrait faire à l'établissement dans le cadre d'un marché.**

En l'état actuel des choses, pour les établissements publics, il apparaît clair que cette convention pourrait difficilement se situer hors du cadre d'un marché. Comment en effet considérer la relation qui lierait un établissement à un fournisseur qui … ne fournirait rien (dans l'hypothèse où les médicaments ne seraient pas inclus dans le périmètre des forfaits soins). Comment obliger les résidents-acheteurs dudit établissement à se servir chez tel pharmacien au prétexte qu'une convention le lierait à l'établissement. De fortes présomptions de **détournement de clientèle** pèseraient alors sur la convention, même s'il est démontré qu'un service est rendu par le pharmacien.

Ce service fait en outre, si l'on exclut la préparation et la participation au comité du médicament, partie intégrante du métier de pharmacien. Ainsi, la pharmaco vigilance ne saurait être considérée comme un service rendu « en plus » aux établissement clients.

Le Conseil d'Etat devait être consulté sur cette question, sans réponse à cet aspect des conventions, il sera difficile de se positionner clairement.

En tout état de cause, il conviendra de modifier l'article 96 de la loi du 4 mars 2003 afin que les établissements puissent détenir les traitements individuels, en lieu et place de la plupart des résidents. L'observation concernant la faculté qui pourrait être laissée aux résidents qui en ont la capacité de gérer eux-mêmes leur traitement est tout à fait recevable, même si elle ne concerne qu'une petite partie des usagers des EHPAD.

Enfin, si l'on souhaite donner un peu de solennité à ces conventions, il serait intéressant qu'un modèle type soit publié au Journal Officiel.

CONCLUSION

Fidèle à son engagement du départ, la CNDEHPAD reste favorable à la réintroduction des médicaments et dispositifs médicaux dans le périmètre du forfait soins pour les établissements qui le souhaitent. Un droit d'option doit être défini par la réglementation. La CNDEHPAD attire toutefois l'attention de la mission sur les points suivants :

Le niveau de financement des produits pharmaceutiques et des dispositifs médicaux devra être calculé sur les besoins des résidents. A ce titre, l'outil Pathos apparaît adapté à ces besoins. Au même titre que dans les établissements de santé, une liste de médicaments coûteux devra être établie, ceux-ci seront pris en charge par l'assurance maladie.

Hors PUI, les responsabilités devront être clairement établies. A ce titre, la question des « pharmacies occultes » devra être sérieusement traitée. Un stock minimum pourrait être admis dans les établissements, comprenant des médicaments urgents, des solutés et autre pansements.

Un seuil de rentabilité minimum des PUI devra être défini par une enquête ad hoc. Les établissements volontaires pour ouvrir des PUI pourraient, dès lors que la rentabilité de la démarche sera démontrée, être incités dans leur démarches par les mesures suivantes :

- Une simplification des dossiers d'ouverture de PUI
- Un redéploiement des économies réalisées sous la forme d'équivalents temps plein de personnel de soins
- Une réglementation facilitante en terme de coopération (Groupements de Coopération Médico-sociale)

Le décret sur le médecin coordonnateur devra être promulgué, accompagné du guide des bonnes pratiques, celui-ci devra faire l'objet d'une publicité importante auprès des médecins ayant une clientèle de personnes âgées.

Dès lors qu'il sera constaté dans un établissement que la consommation en produits pharmaceutiques est en diminution notable, du fait d'une meilleure application des recommandations des sociétés savantes et de la Haute Autorité, les économies réalisées pourront être pour partie réattribuées à l'établissement sous la forme de moyens nouveaux.

Hormis les observations concernant les PUI et le calcul des niveaux de forfaits soins, tout ce qui précède est valable pour les établissements ayant choisi de ne pas inclure les produits pharmaceutiques dans leur forfait.

Contributions de la FHF

* * *

Note à l'attention de Gérard Vincent :

Objet : Rencontre du Lundi 6 septembre avec Mr Deloménie, IGAS, Mission sur les conditions d'intégration des médicaments dans les forfaits soins des maisons de retraite

1. Historique du dossier :

La réforme de la tarification des EHPAD comportait (décret du 4 mai 2001) le principe de l'intégration des médicaments dans les forfaits soins, de même que celui de la possibilité pour les EHPAD de s'approvisionner dans les PUI hospitalières (amendement Huriet dans la Loi de modernisation sociale), ce qui leur apportait la « taille critique » nécessaire.

Les intérêts de santé publique et d'économies sur les coûts d'achat de médicaments convergeaient en ce sens. Mais le retour en arrière du gouvernement précédent sur l'amendement Huriet pourtant voté par le Sénat, dans la Loi de modernisation sociale, puis l'amendement à l'article 96 de la Loi Droits des malades ont déstabilisé cet équilibre d'ensemble.

Depuis, les établissements qui ne comportent pas de PUI, lorsqu'ils signent leur convention tripartite, voient retirés la totalité de leurs crédits pour acquérir les médicaments et s'approvisionnent auprès des officines tandis que les assurés sociaux acquittent leurs ordonnances et sont remboursés comme les autres assurés sociaux. Du coup, les établissements ne disposent plus ensuite de crédits sur ce poste, ce qui conduit à effectuer des prescriptions pour des choses aussi simples et alors devenant coûteuses que des crachoirs, abaisse-langue, seringues, pansements, etc…La FHF avait proposé de laisser un crédit minimal de 2.000 € pour gérer cela, au titre d'une « armoire à pharmacie de base », mais n'a pas été entendue par la DGAS et la DSS.

Lors du débat parlementaire à l'occasion du PLSS 2003, la Direction de la Sécurité Sociale a réouvert le dossier de l'intégration des médicaments dans les forfaits soins, et la FHF a émis une position commune avec celle de la Mutualité Française, du Synerpa et du Syndicat National de Gérontologie Clinique, qui était celle d'une **adhésion conditionnelle (confer les différents points infra).**

Les conditions n'étant manifestement pas remplies, la Commission des Affaires Sociales a été sensible aux arguments présentés et a voté à l'unanimité contre l'amendement suggéré par la DSS à. La position de la FHF demeure fidèle aux grandes lignes tracées à l'époque, qui était de considérer avec intérêt les enjeux qualitatifs et de santé publique, à la condition que la faculté de maîtrise économique soit réelle. L'intervention de faits nouveaux sur l'enveloppe des soins de ville et la décentralisation médico-sociale, accentue ce positionnement (confer infra).

Le plan Vieillissement et Solidarités présenté par le 1er Ministre le 6 novembre dernier, a manifesté à nouveau l'intérêt d'une intégration dans les budgets, mais la FHF a fait savoir –votre rendez-vous avec Christian Charpy- que les conditions n'étaient pas réunies.

2. Quels sont les préalables posés lors du débat parlementaire d'octobre 2002, et quelles ont été les évolutions depuis ?

5 conditions étaient posées à l'époque et force est de constater que seule la dernière a un peu avancé.

a) compenser financièrement l'intégration des médicaments dans l'enveloppe médico-sociale, moyennant des transferts « à l'euro, l'euro » des l'enveloppe des soins de ville qui en supporte aujourd'hui la charge :

Le financement des personnels soignants dans les EHPAD, sujet éminemment polémique depuis la canicule, est trop limité pour imaginer que ce poste de dépenses entre en conflit avec le financement des médicaments, eux-même objet de progression en volume et en innovation thérapeutique (thérapies Alzheimer, anti-infectieux, toxine botulique demain, etc…).

Le précédent sur les transferts de soins de ville est même plutôt négatif, car les pouvoirs publics ont manqué à leurs engagements formels sur ce même sujet dans le passé, à savoir que les financements correspondant aux actes des personnels libéraux dans les EHPAD, soient transférés à l'enveloppe médico-sociale au rythme de signature des conventions.

Force est de dire que le comportement de la DSS sur différents sujets relatifs aux EHPAD, dont aussi récemment sur les prêts sans intérêt des CRAM, n'inspire pas une grande confiance, en termes de fiabilité et d'équité.

La FHF avait demandé que cette question-clé de l'évaluation et des modalités des transferts de l'enveloppe des soins de ville fasse explicitement partie de la « lettre de mission » de Mr Deloménie (dans mes contacts d'avant l'été avec le Cabinet de Mr Falco): est-ce véritablement le cas ?

b) donner un véritable statut aux médecins coordonnateurs, pour leur permettre d'intervenir efficacement vis à vis des prescripteurs libéraux au sein de l'EHPAD :

Ce décret est toujours bloqué, en attente de parution, car la DSS et Bercy estiment que 2 demi-journées hebdomadaires de coordination médicale pour 60 résidents sont beaucoup trop….

Sans médecins coordonnateurs dans les établissements, l'intégration des médicaments dans les forfaits soins qui participe d'une démarche d'harmonisation et de professionnalisation des prescriptions, dynamique à négocier avec des praticiens libéraux, relève d'une mission impossible. Il résulte de ce constat que la

question de la généralité d'une mesure d'intégration est d'emblée posée, pour envisager un dispositif progressif qu'intègrent seulement les établissements qui le souhaitent parce qu'ils le peuvent.

c) assouplir les conditions d'acquisition des médicaments par les EHPAD :

Les ordres de grandeur des budgets médicaments par jour et par résident, dans un échantillonnage non représentatif d'EHPAD publics sans PUI s'échelonnent entre 3,15€ par jour à 5,68 €. La question des conditions permettant l'atteinte d'une « taille critique » suffisante pour les achats de médicaments intervient aussi

Deux assouplissements sont nécessaires :

- les conditions de coopération médico-sociale permettant de porter des « PUI de groupe » : mais le texte mis en concertation fin août 2004 par la DGAS est très décevant, ne faisant que citer les formules du GIP ou du GIE, sans véritable novation juridique, alors que le FHF souhaite une structure juridique *sui generis* de type GCS, qui pourrait être constituée sans exiger la participation d'un établissement de santé (condition sine qua non du GCS) ;
- la possibilité pour les EHPAD d'acquérir des médicaments auprès de PUI hospitalières qui ont souvent, seules, la « taille critique » pour bien acheter : la loi de santé publique prévoit cette possibilité pour les préparations magistrales[2] mais pas pour les médicaments et dispositifs médicaux.

d) définir une liste des médicaments liés notamment au traitement des pathologies lourdes, des pathologies infectieuses ou de la maladie d'Alzheimer, afin de les exclure du périmètre des tarifs soins :

Il n'est pas envisageable que des budgets forfaitaires pour les médicaments puissent supporter les éléments objectifs de progression en volume et en coût des nouveaux traitements (Alzheimer, anti-infectieux), sauf à installer le risque de « pertes de chances » à ce titre.

Par ailleurs, la généralisation de médecins coordonnateurs qualifiés en gériatrie permettra sans doute d'observer aussi dans beaucoup d'établissements médico-

---

2 La loi n° 2004-806 du 9 oaût 2004 relative à la politique de santé publique prévoit au II de l'article 47 que *« les pharmacies à usage intérieur peuvent délivrer à d'autres établissements mentionnés à l'article L 5126- , ainsi qu'à des professionnels de santé libéraux participant à un réseau de santé mentionné au troisième alinéa de l'article L 6321-1 des préparations magistrales, des préparations hospitalières ainsi que des spécialités paharmaceutiques reconstituées ».*

Les établissements mentionnés à l'article L 5126-1 du CSP sont : les établissements de santé et **les établissements médico-sociaux** dans lesquels sont traités des malades, les syndicats interhospitaliers, les groupements de coopération sanitaire, les installations de chirurgie esthétiques, les organismes à but non lucratif dont l'objet est de gérer un service de dialyse à domicile, les établissements pénitentiaires, et les services départementaux d'incendie et de secours.

Par conséquent, les établissements médicalisés pour personnes âgées pourraient acheter leur médicament directement auprès d'une PUI d'un autre établissement, si la formulation était étendue aux spécialités pharmaceutiques et aux dispositifs médicaux. Enfin, cette possibilité ne pourrait être mise en œuvre qu'après la parution, prévue par le même article 47 II de la loi relative à la politique de santé publique, d'un arrêté du Ministre chargé de la santé fixant les modalités de facturations des préparations et spécialités hospitalières.

sociaux, notamment autour du diagnostic et du traitement de la maladie d'Alzheimer, des situations de sous-médicalisation et de perte de chance qu'il y aura lieu de reprendre. Il s'agit d'un « effet inverse » à l'autre effet souhaitable d'harmonisation des prescriptions, qui est assez classique en médecine (d'où l'importance du point e) suivant).

Cette liste est donc un préalable *sine qua non* à l'émergence, parallèlement d'un financement des médicaments par forfaits : c'est la même logique que pour la T2A (facturation en sus).

e) Etablir et valider une liste de « référence-conseil » en matière de prescriptions dans les EHPAD, afin d'asseoir la régulation des prescriptions par les médecins coordonnateurs :

Le SNGC a réalisé des travaux sur ce plan. Mais il demeure indispensable d'en engager la validation avec les partenaires libéraux (CSMF, MG France, AGHL) et de l'assurance-maladie pour la rendre opérante.

En conclusion :

- Peu probable que les préalables aient avancé suffisamment pour le PLFSS 2005 ; la question semble se situer beaucoup plus pour 2006
- Le débat sur les soins de ville soit être rattaché à celui de la décentralisation médico-sociale sur laquelle le gouvernement doit prendre position d'ici un mois environ : si l'enveloppe médico-sociale ne relevait plus des arbitrages de répartition de l'ONDAM, qui comporte aussi les soins de ville, l'hypothèse de l'intégration des médicaments et des transferts financiers correspondants devient infaisable,
- Enfin, et sous la condition de satisfaire aux points précédents, pour que les solutions soient véritablement équilibrées, il serait bon que l'intégration des médicaments dans les forfaits soins soit valorisée comme une OPTION de gestion de l'établissement, et non amenée comme une obligation valant *erga omnes*. L'établissement qui estime en avoir les moyens (présence d'un médecin coordinateur, bonnes conditions d'achat groupé), et qui fait son calcul en fonction de la budgétisation des médicaments qui lui est proposée, pourrait alors se définir positivement par rapport à cet intérêt par ailleurs de santé publique. Cela lui évite de se définir dans la crainte d'un diktat irréaliste de son autorité tarifaire sur son budget médicament, comme cela a pu malheureusement être observé dans certaines signatures d'avant l'article 96 de la Loi droits des malades[3]. A l'instar de l'option du tarif global qui porte sur les médecins traitants, il pourrait être envisagé de créer un « tarif médicaments » : l'avantage du dispositif est que le plus ou moins grand réalisme dudit tarif rencontrerait l'adhésion ou non des établissements qui avanceraient à leur rythme.

[3] Nous avons même des cas où des DDASS, contrairement aux recommandations de la Marthe, ont refusé de signer avec des maisons de retraite adhérentes à la FHF des avenants pour les conventions sans PUI d'avant la Loi droits des malades, pour en retirer les médicaments. Ceci a mécaniquement amené des dépassements budgétaires sur les médicaments de 40%, privant l'établissement de ce fait de temps paramédicaux par ailleurs bien nécessaires. Puis les établissements voulant réagir à la situation, ont déposé un dossier de création de PUI qui, en dépit d'un avis favorable de la DDASS, ont été refusé par le Préfet…

Note à l'attention de la mission Deloménie et des membres du groupe de travail

A l'issue des réunions du groupe de travail coordonné par Monsieur Deloménie, la **Fédération Hospitalière de France** tient rappeler ses positions sur les différents thèmes abordés au cours de ces derniers mois.

1. La prescription des médicaments en EHPAD

La FHF est favorable à ce que soient reprises les préconisations du groupe animé par le Pr Piette qui souhaite que la Haute autorité en santé recommande des **essais cliniques avant mise sur le marché et procède à la diffusion de bonnes pratiques** sur la prescription en gériatrie, tant sur le plan de la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse que sur le plan de la lutte contre la douleur. Elle regrette qu'aucun syndicat de médecins généraliste n'ait participé au groupe de travail même s'il est permis d'espérer que la diffusion des bonnes pratiques améliore la prescription en établissement mais également à domicile. Cette diffusion permettra sans doute au médecin coordonnateur de s'appuyer sur des recommandations scientifiques pour travailler avec ses confrères libéraux. Cela implique que les bonnes pratiques soient publiées sous forme de guide.

2. L'approvisionnement et la convention

Les différentes enquêtes menées sur les coûts entre PUI et non PUI montrent que la PUI revient un peu moins cher que l'approvisionnement auprès de pharmacie d'officine, au moins pour les établissements d'une certaine taille (environ 70 lits dans l'enquête FHF et CNDEHPAD), sans vrai échantillon et sans étude qualitative des prescriptions.

La FHF est favorable à ce que les établissements aient le choix de s'approvisionner librement, en faisant jouer la concurrence en terme de coûts et de qualité d'approvisionnement du médicament, et en fonction de leur projet d'établissement et notamment de leur projet de soins.

Ce choix doit pouvoir s'opérer simplement, soit porté directement par le seul établissement, soit dans le cadre d'un regroupement d'établissements, soit encore par simple convention auprès d'un établissement sanitaire gérant une PUI[4]. La FHF est favorable à ce que ce choix se fasse sur appel

[4] La loi n° 2004-806 du 9 oaût 2004 relative à la politique de santé publique prévoit au II de l'article 47 que *« les pharmacies à usage intérieur peuvent délivrer à d'autres établissements mentionnés à l'article L 5126- , ainsi qu'à des professionnels de santé libéraux participant à un réseau de santé mentionné au troisième alinéa de l'article L 6321-1 des préparations magistrales, des préparations hospitalières ainsi que des spécialités paharmaceutiques reconstituées ».*
Les établissements mentionnés à l'article L 5126-1 du CSP sont : les établissements de santé et **les établissements médico-sociaux** dans lesquels sont traités des malades, les syndicats interhospitaliers, les groupements de coopération sanitaire, les installations de chirurgie esthétiques, les organismes à but non lucratif dont l'objet est de gérer un service de dialyse à domicile, les établissements pénitentiaires, et les services départementaux d'incendie et de secours.
Par conséquent, les établissements médicalisés pour personnes âgées pourraient acheter leur médicament directement auprès d'une PUI d'un autre établissement, si la formulation était étendue aux spécialités pharmaceutiques et aux dispositifs médicaux. Enfin, cette possibilité ne pourrait être mise en œuvre qu'après la parution, prévue par le même article 47 II de la loi relative à la politique de santé publique, d'un arrêté du Ministre chargé de la santé fixant les modalités de facturations des préparations et spécialités hospitalières.

d'offres et entraîne la signature d'une convention entre l'établissement et la pharmacie, convention qui reprendrait les grandes lignes discutées par le groupe de travail sur la base du projet transmis par la CNAM. La FHF propose que cette convention soit obligatoire et fasse l'objet d'une publication au JO sous la forme d'un arrêté à l'instar du cahier des charges pour la convention tripartite dans les EHPAD. Cette convention suppose que les établissements puissent agir pour le compte des résidents qu'ils hébergent, ce qui n'est pas le cas en l'état actuel de la rédaction de l'article 96 de la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins qui demanderait à être modifiée pour assurer la sécurité juridique des personnels.

Par ailleurs, les différentes enquêtes ont montré également qu'en cette matière, il manquait sérieusement de chiffres statistiquement fiables. Une véritable enquête pourrait être lancée, confiée par exemple à la Drees. Elle devrait porter sur un échantillon d'établissements représentatifs, distinguant les modes d'approvisionnement, l'implantation géographique de la structure et ses modalités d'organisation médicale et les principales spécialités prescrites. Elle devrait porter sur le coût total des médicaments et par conséquent devrait s'appuyer sur des chiffres transmis par les pharmacies elles-mêmes. Il serait également intéressant que cette enquête identifie les traitements les plus coûteux et valident l'outil PATHOS sur son volet « médicaments ».

3. la gestion du médicament

Les positions des différents acteurs ont semblent-ils peu avancé sur ce thème. Celle de la FHF est la même que celle exprimée en début du travail de concertation à savoir que pour des raisons de santé publique, elle n'est pas opposée à la réintégration des médicaments dans les forfaits soins des établissements mais sous 5 conditions cumulatives et inconditionnelles :

a) **compenser financièrement l'intégration des médicaments dans l'enveloppe médico-sociale,** moyennant des transferts « à l'euro, l'euro » à partir de l'enveloppe des soins de ville qui en supporte aujourd'hui la charge ainsi que des régimes complémentaires et de la part laissée à la charge de l'assuré social :

Le financement des personnels soignants dans les EHPAD, sujet éminemment polémique depuis la canicule, est trop limité pour imaginer que ce poste de dépenses entre en conflit avec le financement des médicaments, eux-même objet de progression en volume et en innovation thérapeutique (thérapies Alzheimer, anti-infectieux, toxine botulique demain, etc…).

Le précédent sur les transferts de soins de ville est même plutôt négatif, car les pouvoirs publics ont manqué à leurs engagements formels sur ce même sujet dans le passé, à savoir que les financements correspondant aux actes des personnels libéraux dans les EHPAD, soient transférés à l'enveloppe médico-sociale au rythme de signature des conventions.

b) donner un véritable statut aux médecins coordonnateurs, pour leur permettre d'intervenir efficacement vis à vis des prescripteurs libéraux au sein de l'EHPAD :

Le décret relatif au médecin coordonateur et aux professionnels de santé dans les EHAPD n'est toujours pas paru. Or une bonne gestion des médicaments, suppose un médecin coordonnateur au statut juridique suffisament affirmé pour travailler en bonne intelligence avec ses confrères libéraux.

c) **assouplir les conditions d'acquisition des médicaments par les EHPAD** :

Cette condition reprend les arguments du paragraphe relatif à approvisionnement et convention. Depuis le début des travaux un assouplissement a été acquis :

- les conditions de coopération médico-sociale permettant de porter des « PUI de groupe » ont été nettement améliorées par le projet de loi relatif à l'égalité des droits et des chances et la citoyenneté des personnes handicapées : désormais, les groupements de coopération sociale et médico-sociale pourront détenir des autorisations et recruter du personnel. Reste à ce que le décret d'application paraisse vite.

Un autre assouplissement cependant est encore nécessaire :

- la possibilité pour les EHPAD d'acquérir des médicaments auprès de PUI hospitalières qui ont souvent, seules, la « taille critique » pour bien acheter : la loi de santé publique prévoit cette possibilité pour les préparations magistrales[5] mais pas pour les médicaments et dispositifs médicaux.

d) définir une liste des médicaments coûteux liés notamment au traitement des pathologies lourdes, des pathologies infectieuses ou de la maladie d'Alzheimer, afin de les exclure du périmètre des tarifs soins **:**

Il n'est pas envisageable que des budgets forfaitaires pour les médicaments puissent supporter les éléments objectifs de progression en volume et en coût des nouveaux traitements (Alzheimer, anti-infectieux), sauf à installer le risque de « pertes de chances » à ce titre.

Par ailleurs, la généralisation de médecins coordonnateurs qualifiés en gériatrie permettra sans doute d'observer aussi dans beaucoup d'établissements médico-sociaux, notamment autour du diagnostic et du traitement de la maladie d'Alzheimer, des situations de sous-médicalisation et de perte de chance qu'il y aura lieu de reprendre. Il s'agit d'un « effet inverse » à l'autre effet souhaitable d'harmonisation des prescriptions, qui est assez classique en médecine (d'où l'importance du point e) suivant).

Cette liste est donc un préalable *sine qua non* à l'émergence, parallèlement d'un financement des médicaments par forfaits : c'est la même logique que pour la T2A

5 Cf note 1.

(facturation en sus). Une enquête statistiquement fiable aiderait à déterminer cette liste.

e) **Etablir et valider une liste de « bonnes pratiques »** en matière de prescriptions dans les EHPAD, afin d'asseoir la régulation des prescriptions libérales par les médecins coordonnateurs :
Les travaux de la Haute autorité en santé (confer paragraphe 1) sont très attendus.

La réintégration des médicaments dans les tarifs soins devrait pourvoir se faire sous forme d'option tarifaire afin que le libre choix de leur organisation soit laissé aux établissements, en fonction des réalités locales très diverses.

Enfin, qu'il y ait réintégration ou non des médicaments dans les forfaits soins des établissements, sous la forme d'une option tarifaire, il est absolument nécessaire que tous les établissements puissent gérer un budget médicaments et petit matériel médical pour leur permettre d'acheter du coton, des seringues, quelques médicaments (doliprane, désinfectant,…),…

IV. la gestion des dispositifs médicaux

La FHF est favorable à la réintégration des dispositifs médicaux dans les budgets soins des EHPAD mais sous conditions cumulatives :

a) **la définition d'une liste limitative des dispositifs médicaux concernés** : en effet, on ne peut pas imaginer que tous les dispositifs médicaux puissent être concernés tant leur définition (art L5211-1 du code de la santé publique) est vaste. Cette liste ne saurait comprendre de notre point de vue ni les prothèses ni les orthèses par exemple, ni sans doute ce qui est lié à un soin individuel peu courant (sonde nasogastrique, par exemple) ou (très) coûteux (nutriments pour supplémentation par exemple). La liste du petit matériel médical discutée en groupe de travail pourrait servir de base de travail en y ajoutant le matériel de kinésithérapie qui n'y figure pas.
Il nous semble que si la réintégration des dipositifs médicaux dans les budgets soins était réalisée, elle devrait porter sur ceux qui sont nécessaires au fonctionnement de l'EHPAD. Le fait qu'ils soient ou non inscrits sur la LPP n'ayant pas beaucoup de pertinence pour le fonctionnement de la structure.
La liste des dispositifs médicaux concernés devrait préciser également le degré d'exigence en termes de qualité et de coût. Par exemple, si on considère les matelas anti escarres, il ne faudrait pas qu'en raison des financements alloués, les établissements soient obligés de recourir au bas de gamme. Cet exemple vaut pour de nombreux autres dispositifs médicaux.

b) **le transfert à l'euro l'euro** au niveau de chaque établissement des coût supportés avant par l'assurance maladie et/ou la personne et/ou les mutuelles et/ou financés par les sites pour la vie autonome par exemple. Un engagement de niveau législatif dans le cadre du PLFSS est semble absolument nécessaire pour garantir les modalités de ce transfert.

c) **la nécessité de prévoir dans le financement l'amortissement** lié à l'achat des dispositifs médicaux avec des durées d'amortissement réalistes (courtes) et en cas de non amortissement, la possibilité d'effectuer des provisions pour assurer leur renouvellement.

d) la liberté pour les établissements de s'approvisionner auprès du fournisseur de leur choix dans le cadre d'un marché.

V. dispensation et administration des médicaments

Sur la dispensation des médicaments, la FHFsouhaite que les médicaments puissent être préparés , pour les établissements qui le soushaitent, par la pharmacie, de préférence en mettant à disposition du temps de préparateur qui se rend dans l'établissement. Cette modalité devrait également figurer dans le marché. En effet, certains établissements peuvent faire ce choix pour libérer du temps d’infirmier rare (temps financé + difficultés de recrutement) pour d’autres tâches, plus directement en contact avec les résidents.

Sur l'administration des médicaments, il parait nécessaire de développer les connaissances des personnels soignants à ce sujet avec des outils type "pharmafiches", développé par le SNGC.

POSITION DE LA FEHAP SUR LA REINTEGRATION DES MEDICAMENTS DANS LES EHPAD

La FEHAP qui était opposée à la réintégration des médicaments dans les forfaits soins demande une réelle transparence en amont de la mise en place d'un nouveau dispositif.
Il est donc nécessaire de procéder à une évaluation précise de la consommation actuelle des médicaments dans les EHPAD pour un calibrage au plus proche de la réalité du forfait initial.
La réintroduction ne pourra s'envisager que si l'estimation de l'enveloppe s'appuie sur une méthode et des chiffres fiables.
La deuxième étape concerne le suivi réel de l'évolution du coût qui induit nécessairement une actualisation du forfait à due concurrence.
La FEHAP s'interroge par ailleurs sur la maîtrise des prescriptions faites par les médecins traitants des résidents. L'outil PATHOS modifié apportera-t-il réellement une réponse et un cadrage à cette liberté de prescription ?

Elle est favorable à l'exclusion des médicaments rares et coûteux, à l'identification spécifique du poste médicaments et la signature d'une convention entre les pharmacies et les EHPAD.
Cependant l'effort de gestion réclamé aux établissements et qui se solderait par une remise consentie par les pharmaciens doit être restituée à l'établissement et donc aux assurés sociaux de l'EHPAD et non à l'assurance maladie.

Enfin la FEHAP demande que soit maintenu un droit d'option comme le prévoyait les décret d'avril 99 afin que chaque EHPAD puisse décider de la réintégration ou non des médicaments dans le forfait soins.

Position de la FNADEPA

Monsieur,

Lors de la dernière réunion, vous avez demandé aux différents représentants des institutions de vous confirmer leur position par écrit.

La FNADEPA reste opposée à la réintégration systématique et obligatoire des médicaments et matériels médicaux dans les forfaits soins.

Si cette réintégration était proposée mais non imposée, il faudrait a minima que les forfaits soient adaptés aux besoins des personnes âgées dépendantes. Si certains (une minorité) désiraient un forfait global incluant les médicaments, il faut l'obtiennent, avec le moindre préjudice pour les résidents. Les adhérents de la Fédération doutent de la parole de l'Etat. Echaudés par les promesses non tenues en terme de moyens financiers lors de la signature des conventions tripartites, ils estiment insuffisante et injuste une compensation par les soins de ville même à l'euro, l'euro (dont vous connaissez les effets pervers à plus ou moins long terme).

Il n'est pas concevable que les personnes âgées soient divisées en deux groupes d'assurées sociaux : les unes à domicile, remboursées par la sécurité sociale sur prescriptions illimitées, les autres en établissement avec des prescriptions restreintes par une enveloppe contrainte ne permettant pas la délivrance des produits onéreux.

Les directeurs refusent de jouer un rôle qui devrait revenir à l'assurance maladie à savoir la modération des prescriptions faites aux personnes âgées. Cependant, ils sont conscients d'une nécessaire maîtrise des dépenses de santé et sont prêts dans le cadre du prochain décret sur l'intervention des libéraux à leur faire signer une convention. Prêts également à signer des conventions avec une ou plusieurs officines pharmaceutiques.

La FNADEPA n'acceptera pas non plus que le report de charges éventuellement fait sur les pharmaciens qui acceptent de préparer les médicaments entraîne une diminution du forfait soins. La signature des conventions devait entraîner un plus qualité pour les résidents .... Si l'infirmière gagne quelques heures en ne préparant plus les médicaments, que ces heures soient mises au profit des personnes âgées et non à celui de la sécurité sociale.

En conjuguant le rôle du médecin coordonateur et celui de l'infirmière référente, l'acceptation des projets de soins par les médecins libéraux, la signature de convention avec les pharmaciens et le recours plus systématique aux génériques la maîtrise des dépenses devrait être en bonne voie. Si en plus, la sécurité sociale joue son rôle de vigilance auprès des prescripteurs, le secteur des personnes âgées devrait rapidement voir la récession de la iatrogénie, objectif premier de cette commission de concertation.

Position de la FSPF

PRISE EN CHARGE DES MEDICAMENTS DANS LES ETABLISSEMENTS HEBERGEANT DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES

POSITION DE LA FEDERATION DES SYNDICATS PHARMACEUTIQUES DE FRANCE

***

Le groupe de travail créé à l'initiative du Ministre de la santé et de la protection sociale et du Ministre délégué aux personnes âgées, présidé par Monsieur Pierre DELOMENIE, Inspecteur Général des Affaires Sociales, clôt ses débats lors de la réunion du 11 février 2005.

La mission de ses participants porte sur l'analyse des modalités actuelles de prise en charge des personnes âgées dépendantes aux fins d'adopter toutes mesures nécessaires à l'amélioration de leurs conditions de vie notamment en introduisant une démarche de qualité et en perfectionnant la médicalisation au sein des EHPAD.

Parmi les divers participants, deux représentants de la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France[6], intervenus alternativement aux débats, ont pu vous préciser la position de la FSPF sur les différentes modifications envisagées et plus particulièrement sur la place des médicaments et dispositifs médicaux au sein de la dotation financière globalisée envisagée par le Gouvernement pour les EHPAD.

✓ DISPOSITIFS MEDICAUX

La Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France rappelle son attachement à la logique de l'inclusion partielle des dispositifs médicaux dans le forfait de soins.

La FSPF est en effet favorable à la réintroduction partielle desdits dispositifs, en fonction de leur destination propre, dans le forfait de soins. Ainsi, une répartition pourrait-elle être opérée en fonction de leur destination individuelle ou collective.

[6] Mesdames Danièle PAOLI et Jocelyne WITTEVRONGEL.

Dans cette optique, seuls les dispositifs médicaux à usage multiple et donc non spécifiques à un résident pourraient être intégrés au forfait de soins. Il semble en effet peu souhaitable d'intégrer au forfait les dispositifs spécifiques dont l'usage doit demeurer unique ainsi que ceux qui sont plus particulièrement adaptés à la pathologie de chaque patient.

La CNAM-TS et la DHOS ont émis des réserves s'agissant de l'exclusion du forfait de dispositifs à usage unique comme la nutrition, les coussins anti-escarres et les surmatelas, craignant une dérive des prescriptions.

Pourtant, une exclusion du forfait de ces produits paraît plus à même de permettre un contrôle des médecins conseils de la CNAM, toute dérive pouvant être plus aisément constatée à la lecture des relevés des prestations remboursées que dans le cadre d'une gestion globalisée qui place *de facto* les directeurs d'EHPAD en position de « contrôleurs » des prescripteurs.

En outre, rappelons que l'engagement du pharmacien dans le cadre de la conclusion de la convention « EHPAD – Officine » a notamment pour but d'éviter la survenance de telles dérives. L'instauration du dialogue entre les membres de l'équipe soignante dont la maîtrise des dépenses médicalisées constitue l'une des clés de voûte permettra en effet non seulement de coordonner les soins mais également de les adapter à chaque cas d'espèce aboutissant ainsi à une réduction du coût des soins.

Enfin, la réintégration dans le forfait - souhaitée par la CNAM-TS et la DHOS - de certains dispositifs médicaux à usage unique que constituent par exemple les coussins anti-escarres et surmatelas paraît peu conforme aux règles de santé publique et à la volonté de l'Etat de réduire la multiplication des maladies nosocomiales. De fait, réintégrer divers dispositifs médicaux à usage unique dans une gestion financière globale des soins risque de provoquer des utilisations partagées et de constituer à terme la source de problèmes d'hygiène allant à l'encontre de toute considération de respect de la santé publique.

- ✓ **MEDICAMENTS**

La FSPF réaffirme sa position consistant à facturer le médicament directement à l'Assurance maladie pour les raisons ci-après exposées.

Il est essentiel que les soins dispensés aux patients soient qualitativement et quantitativement identiques pour ceux qui choisissent d'être soignés à leur domicile ou au sein d'un EHPAD. Or, il est avéré que le coût de certains

traitements, tels que ceux prescrits dans le cadre de maladies rares ou extrêmement onéreuses, ne permet pas de les réintégrer dans un forfait.

A ce jour, la grille « PATHOS » qui contiendrait les éléments chiffrables de référence par pathologie ne constitue qu'un projet non encore validé. Sa mise en application n'est dès lors pas fixée et il est fort probable qu'elle ne pourra être effective que dans plusieurs mois.

Quoi qu'il en soit, dans la mesure où le champ d'application de cette liste sera réduit aux pathologies couramment constatées chez les patients résidant au sein des EHPAD, où certains traitements coûteux en seront exclus, il n'est pas évident que ce projet puisse constituer une base de facturation simple et fiable.

La complexité d'un tel système engendrera non seulement une grande confusion dans son application pratique mais également une différence dans la prise en charge des patients en termes de soins, situation extrêmement discriminatoire.

✓ PREPARATION DES DOSES A ADMINISTRER

La FSPF réaffirme son opposition à la préparation des doses à administrer par le pharmacien ou l'équipe officinale dans l'officine. Cette position englobe également le cas du pharmacien intervenant au sein de l'EHPAD.

✓ CONVENTION EHPAD – OFFICINE

La FSPF approuve le projet de convention résultant des négociations menées au sein du groupe de travail et relève avec satisfaction le rôle de dispensateur de qualité reconnu au pharmacien.

✓ COUT DE LA COORDINATION POUR LES OFFICINES

Les deux éléments fondamentaux de la convention sont la réalisation de la coordination au sein de l'EHPAD ainsi que le suivi de chaque résident. La coordination peut être définie comme la démarche menée par le pharmacien pour notamment gérer la liste des médicaments, le circuit du médicament, le suivi du stock et la récupération des médicaments non utilisés.

Le suivi du patient réside dans le contact individualisé, le suivi des traitements, la coordination avec les autres professionnels de santé, la lutte contre la iatrogénie et l'optimisation des traitements.

Ces prestations représentent une charge économique pour la pharmacie de ville, prestataire de l'EHPAD, coût qu'il est intéressant d'expliciter et d'analyser.

Après avoir défini les notions de coordination et de suivi du patient il faut aussi préciser que les calculs de coûts ci-après mentionnés ont été effectués sur la base de chiffres produits par la FHF d'une part et la DHOS d'autre part.

Il résulte d'analyses effectuées par la FSPF que toute coordination de qualité nécessite environ 4 heures d'activité mensuelle pour un pharmacien d'officine servant un EHPAD qui comporterait 45 lits et environ une ½ heure par patient et par mois pour le suivi patient.

Partant du postulat de base que le coût horaire moyen d'un pharmacien d'officine, charges comprises, s'élève environ à 27 € par heure, les coûts de coordination et de suivi patient s'élèvent respectivement à 0.08 € et 0.45 € par jour et par patient[7].

Les données produites par la DHOS et la FHF établissent que le montant du coût du médicament facturé par les officines aux EHPAD s'élève respectivement pour la FHF à 3.20 € par jour et par patient et pour la DHOS à 3.94 € par jour et par patient.

Le coût de coordination et du suivi patient évalué à 0,53 € représentent donc 13,45 % du coût total du médicament suivant les sources DHOS et 16,56 % du coût total du médicament, sources FHF.

* FHF : 16.56 % (0.53 € / 3.20 x 100)

* DHOS : 13.45 % (0.53 € / 3.94 x 100)

[7] Coordination : 4 h x 27 € = 108 € / mois / EHPAD 45 lits
108 € / 45 lits = 2.40 € / mois / patient
2.40 € / 30 jours = 0.08 € / patient / jour

Suivi patient : ½ h x 27 € = 13.50 € / patient / mois
13.50 € / 30 jours = 0.45 € / patient / jour

- ✓ **COMPARAISON ENTRE LE COUT DU MEDICAMENT DISPENSE DANS UNE PUI ET LE COUT DU MEDICAMENT DISPENSE PAR L'OFFICINE**

A ce jour, les études réalisées par la DHOS et la FHF ne semblent pas tenir compte du fait que les PUI ne sont pas en mesure de réaliser le suivi patient tel qu'il est prévu aux termes de la convention « EHPAD/officine ». Il est donc nécessaire dans le cadre du présent raisonnement et dans un souci d'équité des prestations servies d'ajouter le coût du suivi patient au coût du médicament actuellement dispensé par les PUI soit 0.45 €.

Données FHF :

Coût du médicament dans une PUI	2.74 € / jour / patient
+ suivi patient	0.45 € / jour patient
Soit	**3.19 € / jour / patient**
Coût du médicament fourni par l'officine	**3.20 € / jour / patient**

Données DHOS :

Coût du médicament dans une PUI	2.81 € / jour / patient
+ suivi patient	0.45 € / jour / patient
Soit	3.26 € / jour / patient
+ frais PUI[8]	1.00 € / jour / patient
Soit	**4.26 € / jour / patient**
Coût du médicament fourni par l'officine	**3.94 € / jour / patient**

[8] Pour cette étude DHOS il faut rajouter le coût de fonctionnement de la PUI en moyenne de 1€ par jour par patient (page 11 données DHOS).

Il convient de relever que dans le cadre de l'application de la convention envisagée, et au regard des chiffres ainsi présentés, le coût du médicament est sensiblement identique qu'il soit fourni par la PUI d'un EHPAD ou par une officine de pharmacie si l'on se base sur les données FHF et qu'il est moins onéreux lorsqu'il est délivré par l'officine si l'on se réfère aux chiffres de la DHOS.

***

Les études ainsi soumises à la réflexion du groupe de travail permettent de conclure que le choix de création d'une PUI n'est pas basé sur des considérations d'ordre économique mais plutôt sur un projet d'établissement.

Ces mêmes études produites par la DHOS et la FHF démontrent elles-mêmes, s'il en était besoin, que l'écart du coût du médicament fourni par une PUI et une officine est moins important que cela a été exprimé.

Ainsi donc, dans le cadre de l'application des nouvelles dispositions envisagées et pour être en conformité avec les critères de qualité requis, il s'avère alors qu'il n'y a plus d'écart entre le coût des médicaments fournis par les PUI et celui des médicaments fournis par les pharmaciens d'officine.

_____

CONSEIL NATIONAL DE
L'ORDRE DES PHARMACIENS

Paris, le 21 février 2005

Le Président

Monsieur Pierre DELOMENIE
Inspecteur Général des Affaires Sociales
25 et 27 rue d'Astorg
75008 PARIS

Monsieur l'Inspecteur Général,

Par lettre de mission en date du 23 août 2004, le Ministre de la santé et de la protection sociale et le Ministre délégué aux personnes âgées vous ont confié la présidence d'un groupe de travail relatif à la prise en charge des médicaments dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

L'Ordre national des pharmaciens, représenté par M. Pierre BEGUERIE, Président du Conseil régional des pharmaciens d'officine d'Aquitaine, a particulièrement apprécié la richesse des débats que vous avez menés sur ce sujet, qui est destiné à devenir majeur en raison de la croissance prévue de la population française très âgée et de la nécessité de maîtriser les coûts de la santé.

L'Ordre des pharmaciens a régulièrement présenté au sein de ce groupe :

- l'opportunité que pourrait dégager, en parallèle à ce que permettent les réseaux de santé, une coordination entre professionnels de santé autour des médecins coordonnateurs des EHAPD, dont l'arrêté du 26 avril 1999 détermine la mission ;
- son attachement à la proximité du service pharmaceutique, constatant que les offres de service à distance engendrent un éloignement dommageable à la relation personnalisée qui doit présider aux soins dispensés à la personne âgée.

L'Ordre propose donc de ne plus limiter le rôle des pharmaciens d'officine, à l'égard de ces établissements, à un pur et simple approvisionnement après contrôle des ordonnances. Il préconise que le pharmacien, en plein accord avec le médecin coordonnateur, participe notamment à :

- la lutte contre l'iatrogenèse, en incluant les spécificités physiologiques des personnes âgées ;
- la recherche d'une meilleure qualité des soins par un bon usage du médicament ;
- une stratégie confirmée de substitution de princeps ;
- la recherche des médicaments les plus adaptés.

.../...

4, avenue Ruysdaël 75379 Paris Cedex 08
Téléphone : 01.56.21.34.84 - Fax : 01.56.21.34.79 - Email : jparrot@ordre.pharmacien.fr

En vue de clore vos travaux, vous nous avez adressé les sept fiches qui seront remises aux Ministres. Nous vous remercions de cet envoi et des ultimes modifications apportées lors de la réunion du 11 février 2005. Nous nous associons par ailleurs au souhait des représentants de la profession (FSPF et APR) de non retour au dispositif de 1999 qui prévoyait un droit d'option à l'intégration du médicament dans le forfait de soins.

Je vous prie de recevoir, Monsieur l'Inspecteur Général, l'expression de ma considération distinguée.

Jean PARROT

Paris, le 21 février 2005

A l'attention de
M. Pierre DELOMENIE
Président du groupe de travail

Objet : Point de vue du SYNERPA

Monsieur l'Inspecteur Général,

Avant tout autre commentaire sur le fond, nous souhaitions vous dire à quel point nous avons apprécié la façon dont vous avez présidé les travaux de cette commission durant 4 mois. Rarement au cours des dernières années, il nous aura été donné de voir des travaux aussi méthodiquement organisés, des comptes-rendus aussi rapides et claires et une ambiance aussi studieuse que conviviale.

Soyez en vivement remercié et permettez nous de vous demander de transmettre également ces remerciements à Mmes Cécile COURREGES et Marie FONTANEL-LASSALE qui se sont révélées être des plumes qui ont fait honneur à l'Inspection Générale des Affaires Sociales. L'IGAS constitue d'ailleurs un tel trésor au sein de ce Ministère qu'on ne peut que regretter que ses membres n'irriguent pas plus fréquemment les rangs des DDASS ou des directions d'administration centrale. Mais tel n'est peut-être pas le sujet sur lequel vous attendez les commentaires du SYNERPA…

*** * ***

Sur le fond donc, les travaux de la commission auront permis d'avancer sur de nombreux points fort utiles. Nous ne reprendrons pas ici tous les éléments contenus dans les fiches que vous venez de nous transmettre sachant que nous en approuvons l'essentiel.

Mais nous voudrions tout de même mettre l'accent sur quelques sujets particuliers :

1. OUI à une convention EHPAD / pharmacie d'officine

Ce point pourrait se révéler à l'avenir une des principales avancées qu'aura consigné le groupe de travail. En effet, le SYNERPA a toujours considéré que, les Pharmacies à Usage Intérieur n'ayant pas vocation à se multiplier du fait de la taille moyenne des EHPAD aujourd'hui, il convenait en revanche d'améliorer les relations entre EHPAD et pharmacies d'officine.

Il est arrivé que les pharmaciens aient parfois le « mauvais rôle » au sein de cette commission. Nous voulons au contraire rendre hommage non seulement à cette profession mais également à leurs représentants au sein de cette commission. Il est rare qu'une profession se prête avec autant de bonnes grâces à un exercice qui a tout de même comme objectif premier la maîtrise de ses revenus. Cette profession a fait le pari de l'intelligence. Il convenait que cela soit souligné.

Ainsi, la volonté des pharmaciens d'officine d'accepter une contractualisation de leurs relations avec les EHPAD est, à notre sens, très prometteur. Mieux parfois que la Loi, le Contrat peut encourager les comportements vertueux.

Le SYNERPA souhaitait donc confirmer ici sa volonté qu'un contrat-type puisse être publié prochainement par arrêté tant nous croyons que cela permettra à la fois :

- d'encourager les comportements vertueux
- aux pharmaciens d'officine qui le souhaitent de mieux s'impliquer dans la gestion du médicament en EHPAD
- de répartir de manière plus claire les responsabilités respectives de l'EHPAD et de la pharmacie
- d'améliorer la collaboration entre pharmacien et médecin coordonnateur

Cette convention prévoit notamment que le pharmacien d'officine pourrait consentir une remise sur le coût du médicament. Si nous en acceptons volontiers l'augure, le SYNERPA ne peut en revanche approuver l'idée selon laquelle cette remise bénéficierait à la fois à l'EHPAD et à l'assurance maladie.

Le niveau actuel des moyens des établissements pour personnes âgées (comparés notamment à ceux des établissements pour adultes handicapés) milite plutôt pour que la récompense de ces comportements vertueux aillent entièrement aux établissements et donc, au final, à la qualité des soins prodigués aux assurés sociaux que nous hébergeons.

Récompenser la vertu n'est pas contre-indiquée.

2. NON à une réintégration obligatoire des médicaments dans les tarifs soins

A l'instar de l'UNIOPSS, de l'ADEHPA et d'autres encore, le SYNERPA s'est prononcé de manière claire et nette contre la réintégration des médicaments dans le périmètre des tarifs soins. Pour aujourd'hui… comme pour demain.

Cette position serait-elle dictée par un excès de corporatisme oublieux des intérêts de santé publique de nos résidents ? Non, évidemment.

Cette position est d'abord et avant tout dictée par notre connaissance du fonctionnement de l'administration centrale et des DDASS, notamment en matière tarifaire. Une fois encadrées par une enveloppe limitative régulée ensuite chaque année par un taux directeur, la maîtrise comptable l'emportera sur une logique médicalisée. Nous avons si peu de doutes sur cette issue que nous avons préféré de pas la tester.

En revanche, nous approuvons totalement votre proposition d'étudier les conditions qui pourraient faire de PATHOS un outil futur de tarification. Pour autant accepter cette proposition ne signifie en rien pour nous qu'elle soit le prélude à une réintégration future des médicaments.

Mais notre position est également motivée par un souci plus global. Que l'hébergement en établissement conduise à imaginer une tarification différente de celle en vigueur à domicile, soit. A ce titre, les EHPAD, en signant une convention tripartite, ont déjà très largement apporté leur tribut à la maîtrise des dépenses de santé.

Mais que la « personne âgée-assuré social », sous prétexte qu'elle vit en établissement, ait un accès aux soins radicalement différent de l'assuré social vivant à domicile ne nous paraît pas totalement sain.

Cependant, le fait que nous soyons opposés à la réintégration des médicaments dans le périmètre du tarif soins n'empêche pas que nous respections ceux qui pensent le contraire. Dès lors, la position du groupe nous paraît équilibrée : ceux qui souhaitent gérer les médicaments pourront le faire. Ceux qui s'y refusent auront la possibilité de conserver le mode de gestion actuel.

Un point particulier doit être fait sur la réintégration des dispositifs médicaux dans le périmètre des tarifs soins. Le SYNERPA approuve la réintégration d'une partie de ces dispositifs notamment de ceux qui ne sont pas aujourd'hui inscrits sur la LPP.

Toutefois, nous devrons regarder ce problème, produit par produit et prestations et prestations. Cette responsabilité reviendra à un groupe de travail qui se réunira ultérieurement. Nous aurons alors à prendre position à ce moment-là.

3. OUI à une « liste positive » de médicaments gérée par le médecin coordonnateur

Là encore, dans le cadre de la rationalisation des prescriptions et de la lutte contre la iatrogénie, la définition par le médecin coordonnateur d'une liste de référence des principaux médicaments utilisés (et utiles) constituerait un grand pas en avant.

Cependant, cette mesure nécessite un préalable essentiel : que le décret relatif au médecin coordonnateur, lequel porte également sur les conventions conclues entre l'EHPAD et les intervenants libéraux, sorte désormais rapidement.

Sa sortie est en effet repoussée de mois en mois depuis…le 26 avril 1999 !

Or, sans cet instrument, le médecin coordonnateur n'a aucun pouvoir de contrainte sur les prescriptions des médecins traitants. Pour être efficace, le système ne peut fonctionner sans cette pièce essentielle.

4. NON à un système trop rigide de préparation des médicaments

Un débat a également porté sur les conditions de préparation des doses. Et là, oserions nous avouer qu'à nouveau le SYNERPA recense deux points de désaccord avec les conclusions du groupe de travail ?

Nous pensons en effet que la solution de la préparation par le pharmacien au sein de son officine doit être possible. Nous voyons mal ce qui permet de conclure que la préparation des piluliers dans l'officine présente moins de garanties que cette même préparation dans l'établissement même.

Dans le même esprit, la limite maximale d'une semaine pour préparer les médicaments à l'avance ne nous semble pas justifiée.

Un nombre croissant d'établissement fait appel aujourd'hui aux méthodes MANREX et MEDISSIMO. Ces solutions nous semblent compatibles avec une indispensable sécurité. Or, ces méthodes sont souvent utilisées en officine pour une durée pouvant aller jusqu'à un mois.

5. OUI à la distribution par du personnel qualifié

On le sait. Tout le monde le sait. Dans certains établissements, la distribution est parfois opérée par du personnel non diplômé. Ce qui ne pose aucun problème légal pour les centaines de milliers de personnes âgées vivant à domicile en pose un en établissement.

Le groupe de travail s'est donc, sur ce point, contenté de rappeler la législation actuellement en vigueur.

Le SYNERPA ainsi que ses adhérents sauront évidemment rappeler à toutes les DDASS les conclusions du groupe de travail en la matière lorsqu'ils auront à négocier ou à renégocier leurs tarifs soins.

Une DDASS qui n'attribuerait pas un budget soins permettant à l'établissement d'être doté d'un personnel soignant diplômé suffisant pour assumer les tâches de distribution de médicaments se mettrait en effet en contradiction avec les préconisations du groupe de travail.

Voilà, Monsieur l'Inspecteur Général, les quelques remarques que nous souhaitions annexer à vos excellentes fiches.

Elles apportent quelques précisions ou rappellent quelques unes de nos positions.

Soyez, une fois encore, remerciés de votre travail.

Cordialement,

Luc BROUSSY
Délégué général

Les médicaments et la dotation soins des EHPAD
Intégration ou exclusion ?

Position de l'Uniopss

Monsieur le Président,

Suite à la réunion du groupe de travail « médicaments en EHPAD » du 1er décembre dernier, il me semble nécessaire de vous préciser la position de notre Union. J'avais déjà eu l'occasion de vous la notifier lors de notre entretien et de la première réunion du groupe de travail, mais la réception de votre note préparatoire au débat du 1er décembre m'incite à vous la réexposer.

L'Uniopss, consciente du caractère insatisfaisant de la situation actuelle d'une part et de la diversité des pratiques développées par les établissements d'autre part, **préconise de revenir au régime de l'option tarifaire instauré par l'article 9 du décret n° 99-316 du 26 avril 1999**. Ce texte permet de tenir compte des diverses sensibilités tout en offrant un cadre homogène auquel tout le monde aspire. Notre préférence dans le cadre de ce droit d'option se porte sur le tarif dit « partiel » excluant a minima les médicaments et les actes médicaux effectués par des libéraux.

Trois raisons essentielles fondent notre position :

- La première est liée aux caractéristiques des établissements que nous regroupons. Il s'agit de structures d'une capacité moyenne avoisinant les 65 places, dont une part importante est constituée d'entités de plus petite taille. Dans ces conditions, vous comprendrez qu'il est **particulièrement délicat pour ces établissements de parvenir à écrêter les incontournables variations de niveau de consommation de médicaments**. Cette difficulté structurelle à lisser les dépenses de médicaments n'a jamais pu être maîtrisée et le dispositif esquissé par la circulaire du 15 septembre 2000 auquel vous faites référence dans votre note n'a jamais pu fonctionner, tant sa complexité a rebuté autant les établissements que les « tarificateurs ».
- La seconde raison se fonde sur la tradition de prise en charge médicale reposant dans nos établissements sur l'intervention des médecins libéraux. **Ces praticiens ne présentant aucun lien de subordination par rapport à l'établissement, il nous semble très aléatoire d'imaginer qu'ils pourraient engager le budget soins de l'établissement par leur prescription.** Certes le projet de la convention à négocier entre ces mêmes praticiens et l'EHPAD, dans le cadre du décret médecin coordonnateur, ouvre de nouvelles perspectives, notamment en matière de respect de la liste des médicaments de référence, mais il ne nous parait pas suffisant pour surmonter l'argument juridique soulevé. D'autant que se posera inexorablement la question de savoir qui sera habilité pour demander à ces praticiens libéraux de modérer leurs ardeurs de prescription en cas de dépassement du poste budgétaire en cours d'exercice. Le médecin coordonnateur s'y refusera pour des raisons déontologiques et de confraternité, le directeur sera immédiatement disqualifié dans ses démarches n'étant pas un « homme de l'Art ». La logique de l'intégration des médicaments dans les dotations soins est en fait incompatible avec le libre choix du médecin. Il s'agit d'un modèle inspiré de l'hôpital dans lequel ne veulent pas s'inscrire les EHPAD associatifs. Si pourtant tel

était l'objectif des pouvoirs publics, il leur faudrait être cohérent jusqu'au bout de la logique et avoir le courage de dénoncer l'intervention des médecins libéraux en EHPAD renonçant ainsi officiellement au principe du libre choix du praticien par les résidents. Notre position ne se fonde pas, vous l'avez compris, sur une quelconque volonté de ménager les intérêts des praticiens libéraux, il s'agit pour nous de respecter, avant tout, la volonté et le désir exprimé par les résidents de conserver leur médecin traitant. Nos établissements fondant leur recrutement sur la logique de proximité, compte tenu de leur taille, il est assez cohérent de constater que ces médecins seraient en mesure de continuer de prendre en charge leur patient.

- La troisième raison repose sur **notre refus de l'assujettissement des EHPAD au principe de la maîtrise comptable des dépenses de médicaments**. Ce précédent contribuerait à faire des résidents des EHPAD des assurés sociaux à part, ce que nous ne pouvons accepter pour des raisons éthiques. La lutte conter la iatrogénie médicamenteuse nous mobilise autant que vous, mais il ne nous semble pas pour autant judicieux d'instaurer des systèmes de contingentement des dépenses de médicaments dans des budgets qui ne tarderaient pas à développer des phénomènes d'étranglement les apparentant progressivement à des dispositifs de forfaitisation.

En conclusion, nous rappelons **notre attachement à la diversité des solutions susceptibles d'être retenues**. Que ceux qui se sentent plus à l'aise dans un système d'intégration des médicaments puissent le faire, très bien, mais sous réserve que des allègements substantielles puissent être apportés pour la structuration des PUI. Mais il nous paraît tout aussi légitime que d'autres qui se sentent plus à l'aise dans l'exclusion des médicaments puissent également le faire. **La nécessaire lutte contre les prescriptions excessives doit s'exercer avant tout sur un dispositif conventionnel intéressant tout à la fois les médecins et les pharmacies d'officine**. En cas d'échec patent de ce processus, il serait toujours temps de revenir à une systématisation de l'intégration des médicaments dans les dotations soins des EHPAD.

Je reste à votre disposition pour tout complément d'informations que vous jugeriez utile.

Bien cordialement

Alain Villez
Conseiller technique Personnes Agées
Uniopss

Contribution de l'UNIOPSS datée du 25 février 2004

A l'issue des travaux de notre groupe de travail et au vu de la version finale des fiches de synthèse, je vous prie de trouver ci joint la réaction de l'Uniopss.

D'une manière générale l'Uniopss considère positivement les conclusions du rapport et considère la rédaction finale des fiches de synthèse comme conforme aux débats qui se sont développés tout au long des travaux du groupe.

Toutefois dans la fiche prescription nous aurions aimé qu'à l'appui de nos propositions sur le rôle du médecin coordonnateur soit rappelé avec plus de fermeté l'attachement de l'ensemble du groupe de travail à ce que le décret régissant les missions du médecin coordonnateur soit publié le plus rapidement possible. Ce point nous semblait faire suffisamment consensus pour que les conclusions soient plus marquées à ce sujet.

Concernant la préparation des doses à administrer nous saluons le fait qu'ait été reprise la possibilité d'une préparation par les pharmaciens d'officine à leur officine et sommes tout à fait d'accord pour que les modalités pratiques de cette préparation soient explicitement fixées par la convention entre le pharmacien et l'EHPAD et que la durée maximale soit dans ce cas arrêté à une semaine.

Enfin concernant la prise en charge des médicaments nous confirmons notre proposition de rétablir le droit d'option tarifaire introduit par le décret d'avril 1999, et souhaiterions que soit plus explicitement développée dans le texte l'option consistant à maintenir l'exclusion des dépenses de médicaments des dotations soins. La rédaction des conclusions du groupe dans ce domaine laisse de notre point de vue trop de place à la l'option consistant à réintégrer les dépenses de médicaments. Dans ce cadre il serait utile de rappeler qu'il n'y a pas d'incompatibilité entre la conclusion d'une convention avec les pharmaciens d'officine pour l'approvisionnement en médicament et le maintien des dépenses de médicaments en dehors des dotations soins. Nous vous invitons à vous reporter à la note que nous vous avions fait parvenir pour une argumentation plus développée de notre position et souhaiterions qu'elle puisse être intégrée au rapport final.

L'Uniopss tient à saluer la qualité et la précision des débats qui ont émaillé les travaux de ce groupe et à remercier très sincèrement Mr Deloménie de la rigueur dont il a fait preuve dans la conduite de ce groupe de travail.

bien cordialement

Alain Villez

ANNEXE N° 12 :
Liste des sigles utilisés

Liste des sigles utilisés :

ACOSS :	agence centrale des organismes de sécurité sociale
ADF :	association des départements de France
ADHEPA :	association des directeurs d'hébergement pour personnes âgées
AFSSAPS :	agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AGGIR :	autonomie gérontologique – groupes iso-ressources
ALD :	affection de longue durée
AMM :	autorisation de mise sur le marché
ANDEM :	association nationale de développement de l'évaluation médicale
APA :	allocation personnalisée pour l'autonomie
APR :	association des pharmacies rurales
CANAM :	caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes
CASF :	code de l'action sociale et des familles
CNAMTS :	caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNDEHPAD :	conférence nationale des directeurs d'EHPAD publics
CNRPA :	comité national des retraités et des personnes âgées
CPAM :	caisse primaire d'assurance maladie
CRAM :	caisse régionale d'assurance maladie
CSP :	code de la santé publique
DCI :	dénomination commune internationale
DDASS :	direction départementale de l'action sanitaire et sociale
DGAS :	direction générale de l'action sociale
DGCCRF :	direction générale de la consommation, de la concurrence et de la répression des fraudes
DGS :	direction générale de la santé
DHOS :	direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DMP :	dossier médical personnel
DOMINIC :	dotation minimale de convergence
DREES :	direction de la recherche, de l'évaluation et des études statistiques
DSS :	direction de la sécurité sociale
EHPAD :	établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
ERNEST :	échantillon représentatif national d'établissements pour simuler la réforme
FEHAP :	fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privées
FHF :	fédération hospitalière de France
FNADEPA :	fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et de services pour personnes âgées
FSPF :	fédération des syndicats pharmaceutiques de France
GMP :	GIR moyen pondéré
GIR :	groupes iso-ressources
GCMS :	groupement de coopération médico-sociale
GCS :	groupement de coopération sanitaire
ICH :	international conference on harmonization
IGA :	inspection générale de l'administration
IGAS :	inspection générale des affaires sociales
IGF :	inspection générale des finances

LPP :	liste des produits et prestations
MARTHE :	mission d'appui à la réforme de la tarification de l'hébergement des personnes âgées
MSA :	mutualité sociale agricole
ONDAM :	objectif national de dépenses d'assurance maladie
PhIR :	pharmacien inspecteur régional
PUI :	pharmacie à usage intérieur
SFGG :	société française de gériatrie et de gérontologie
SMR :	service médical rendu
SNGC :	syndicat national de gérontologie clinique
SYNALAM :	syndicat des services et technologies de santé au domicile
SYNERPA :	syndicat national des établissements et résidences privées pour personnes âgées
UNCAM :	union nationale des caisses d'assurance maladie
UNIOPSS :	union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux
UNPDM :	union nationale des prestataires de dispositifs médicaux
UNPF :	union nationale des pharmacies de France
USLD :	unité de soins de longue durée
USPO :	union des syndicats de pharmaciens d'officine