



Inspection générale
des affaires sociales
RM 2013-121 P

Financement des soins dispensés dans les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

-

Mission complémentaire d'évaluation du tarif global de soins

RAPPORT FINAL
DANS LE CADRE DU GROUPE DE TRAVAIL
INTER-ADMINISTRATIONS

Établi par

Nathalie DESTAIS

Membre de l'Inspection générale des affaires sociales

Synthèse

- [1] Par lettre de mission du 6 février 2013, la ministre des affaires sociales et de la santé et la ministre déléguée chargée des personnes âgées et de l'autonomie ont sollicité l'Inspection générale des affaires sociales pour une mission relative au financement des soins en EHPAD.
- [2] La finalité de cette mission était d'établir la pertinence et les modalités d'une éventuelle réouverture de l'option du tarif global de soins, et de proposer plus largement les aménagements du cadre de financement des soins en EHPAD de sorte que celui-ci puisse être :
- stable et cohérent ;
 - incitatif à la recherche du « juste soin » en termes de qualité et de quantité ;
 - incitatif à la coordination des soins dispensés à cette population ;
 - propice à la maîtrise des dépenses d'Assurance maladie à court et moyen terme.
- [3] Ces travaux viennent compléter une précédente mission de l'IGAS réalisée sur le même sujet en 2011, pour :
- d'une part, calculer le coût complet des soins dispensés aux résidents en EHPAD, en exploitant les possibilités offertes par le déploiement récent du système RESIDEHPAD au sein du régime général de l'assurance maladie, qui permet désormais l'identification des personnes hébergées dans ces établissements et rend possible la connaissance de leurs dépenses de soins ; ces coûts devaient pouvoir être comparés entre les quatre options tarifaires en vigueur (tarif partiel ou global, avec ou sans pharmacie à usage intérieur) ;
 - d'autre part, analyser les organisations de soins mises en place dans les EHPAD afin d'apprécier les enjeux de qualité autant que d'efficacité liés aux modalités de financement des soins en EHPAD ; à cet égard, l'expérience supplémentaire accumulée depuis la précédente mission de l'IGAS par les établissements ayant opté pour le tarif global de soins méritait que ses effets soient réexaminés.
- [4] La mission, confiée à Nathalie DESTAIS, s'est appuyée sur un groupe de travail inter-administrations, composé de représentants de la CNAMTS, de la CNSA, de la DSS, de la DGCS ainsi que du secrétariat général des ministères sociaux. Chargé d'arrêter de manière partagée les bases méthodologiques des calculs de coûts complets ainsi que l'interprétation des résultats, ce groupe devait aussi mobiliser des informations qualitatives ou quantitatives dispersées entre plusieurs acteurs, nationaux, régionaux ou locaux. Cinq agences régionales de santé (Alsace, Auvergne, Ile-de-France, Limousin, Pays de la Loire) ont également été associées à ces travaux, en particulier sur les questions de procédure budgétaire et d'organisation des soins en EHPAD. Enfin, 17 EHPAD (aux caractéristiques variées en termes de taille, de statut juridique, de liens avec les établissements de santé, d'option tarifaire et de contexte socio-géographique) ont été sollicités, sur la base d'une trame de questionnaire standardisée, pour une analyse détaillée de leur fonctionnement en matière de soins et de leurs modalités de gestion des dotations correspondantes.

- [5] La diversité des régimes tarifaires de ces établissements s'inscrit dans un cadre réglementaire complexe issu d'évolutions inachevées. Les notions de tarif partiel ou global déterminent le périmètre de la dotation de soins allouée à chaque EHPAD¹, étant considéré que les soins non couverts par la dotation sont remboursés directement aux résidents comme soins de ville ; les séjours hospitaliers sont pris en charge dans les conditions de droit commun. Si le tarif partiel couvre principalement les charges de personnels infirmiers et aides-soignants, le temps de médecin-coordonnateur ainsi qu'une partie du matériel médical, le tarif global couvre un périmètre plus large comprenant :
- les consultations d'omnipraticiens ;
 - l'ensemble des soins d'auxiliaires médicaux ;
 - les examens de radiologie (sauf ceux impliquant des équipements lourds) ;
 - les examens de biologie courants.
- [6] Les médicaments et certains dispositifs médicaux sont imputés sur le budget de soins de l'EHPAD lorsque celui-ci dispose d'une pharmacie à usage intérieur.
- [7] Le tarif global de soins s'applique actuellement à 35 % des places d'EHPAD, les 65 % restants relevant du tarif partiel. Les caractéristiques de ces établissements diffèrent sensiblement : les EHPAD en tarif global sont en moyenne de plus grande taille, plus fréquemment liés à un établissement de santé, plus souvent dotés de PUI (69 % des places tarifées au tarif global sont servies par une PUI, contre 7 % des places en tarif partiel) ; ils accueillent des populations aux profils de dépendance et de morbidité plus lourds, et leurs dotations de soins sont plus souvent en situation de dépassement des plafonds fixés par arrêtés, par conséquent programmées pour diminuer et converger vers ces plafonds d'ici 2016 (30 % des établissements en tarif global sont en convergence tarifaire contre un peu moins de 9 % des EHPAD en tarif partiel). Cette dernière caractéristique tient aux conditions explicites dans lesquelles le passage au tarif global a été opéré dans la deuxième moitié des années 2000.
- [8] Or le droit des EHPAD d'opter pour le tarif global de soins, inscrit à l'article R. 314-167 du code de l'action sociale et des familles, a été suspendu au milieu de l'année 2010 en raison d'interrogations sur son « sur-calibrage » et sur les coûts engendrés pour l'Assurance maladie. La suspension répétée de cette option depuis lors, par la voie des circulaires budgétaires annuelles, est juridiquement fragile ; si le Conseil d'Etat, par sa décision du 12 décembre 2012, a confirmé au contentieux la légalité de la circulaire du 29 avril 2011, les circulaires budgétaires ultérieures sont, du fait de leur interdiction plus stricte de tout nouveau passage au tarif global, davantage exposées à sa censure. En toute hypothèse, il paraît nécessaire aujourd'hui de trancher la question de la réouverture de ce mode tarifaire.
- [9] **La question posée par le tarif global en EHPAD est donc celle de la pertinence et de l'efficacité, à court et moyen terme, d'un système dans lequel ces établissements sont gestionnaires d'un budget de soins courants pour le compte de leurs résidents et, de fait, gestionnaires du « risque » pour le compte de l'Assurance maladie.**
- [10] Cette question est posée alors que des ressources importantes ont été distribuées au secteur depuis plusieurs années (l'objectif général de dépenses - OGD - « personnes âgées » a plus que doublé depuis 2005 pour atteindre 9,3 Md€ en 2013), sous l'effet d'un fort développement de l'offre d'hébergement et de sa médicalisation dans le cadre du plan Solidarité Grand Age 2006-2012, ainsi que du plan Alzheimer 2008-2012 ; mais cette distribution ne s'est accompagnée que tardivement d'un effort (en cours) de mise à niveau des systèmes d'information et de « reporting » sur l'emploi des sommes correspondantes.

¹ Ces dotations sont financées par l'Objectif global de dépenses - OGD - géré par la CNSA, composé de ressources de l'Assurance maladie pour l'essentiel, auxquelles s'ajoute la contribution de solidarité pour l'autonomie. L'OGD relatif aux personnes âgées atteint 9,3 Md € en 2013, dont 8,4 Md € issus de l'ONDAM (soit 4,8 % de celui-ci).

- [11] Les travaux réalisés dans le cadre de cette mission portent la trace de fragilités persistantes de ces systèmes d'information. Toujours est-il que les évolutions démographiques (l'accroissement prévisible du très grand âge, de la dépendance et de la prévalence des pathologies démentielles) comme la nécessaire maîtrise des ressources médico-sociales n'en rendent que plus indispensables un modèle économique rigoureux et cohérent pour les établissements concernés ainsi que des modalités robustes et reproductibles d'analyse de la dépense.

* * *

- [12] Dans le cadre de la présente mission, les services de la CNAMTS, avec la contribution de la CNSA, ont calculé le coût quasi-complet des soins dispensés aux résidents en EHPAD sur l'année 2012, incluant les soins de ville remboursés aux résidents, les dotations de soins (reconductibles) allouées aux établissements et les hospitalisations en court séjour – excluant donc les soins de suite et de réadaptation (SSR), la psychiatrie et le long séjour², lesquels représentent environ 10 % des hospitalisations des personnes hébergées en EHPAD mais sur des durées plus longues.
- [13] Ce travail statistique complexe, qui a porté sur 452 621 résidents (soit 85 % du total) et a nécessité l'appariement de plusieurs bases, est novateur en ce qu'il propose une vision consolidée des dépenses, au-delà des frontières entre prestataires de soins ou sous-enveloppes de l'ONDAM. Ce travail reste toutefois imparfait (au regard de difficultés d'appariement statistiques, de problèmes de recrutement et d'encadrement de la personne chargée de l'étude au sein de la CNAMTS et de quelques compromis méthodologiques retenus par celle-ci) et incomplet (des compléments d'analyse et variantes de calcul prévus à l'origine de la mission n'ont pu être fournis par les services de la CNAMTS).
- [14] En s'appuyant sur l'expérience ainsi acquise, l'analyse de cette dépense doit se poursuivre et s'affiner, par le travail conjoint de la CNAMTS, de la CNSA, des ARS et des administrations centrales de l'Etat. En particulier, devront faire l'objet d'analyses approfondies : les circonstances et taux de recours à l'hospitalisation – non seulement en court séjour mais aussi en SSR, en psychiatrie et en USLD –, la variabilité des dépenses entre établissements, la comparaison entre dépenses remboursables et dépenses remboursées, l'effet éventuel de la taille ou du rattachement hospitalier.
- [15] Lors de la dernière réunion du groupe de travail le 25 septembre 2013, les services de la CNAMTS ont annoncé leur intention de renouveler leurs calculs de coûts complets avec, par phases successives, plusieurs améliorations méthodologiques telles que l'imputation des consommations de soins de ville au jour le jour (et non plus mensuelles), la saisie directe (et non plus par extrapolation) des dépenses des régimes autres que le régime général, enfin, l'intégration des séjours en SSR (sur la base du PMSI déployé dans ce secteur et de valorisations forfaitaires).
- [16] L'IGAS se félicite que la CNAMTS poursuive son investissement dans ce domaine mais souligne qu'un surcroît de transparence est nécessaire sur les méthodes et outils employés ; ce sujet pourrait figurer dans la prochaine convention d'objectifs et de gestion de la CNAMTS. L'IGAS ne peut cependant que regretter la poursuite par les services de la caisse nationale d'un calendrier de travail et de communication sur ce sujet indépendants du calendrier et de la dynamique de la mission. On insistera sur le fait que les analyses et conclusions présentées dans ce rapport se fondent sur les données transmises par la CNAMTS dans les délais qui étaient impartis à la mission.

* * *

² Sur ces trois segments de l'hospitalisation, les modes de financement en vigueur ne permettant pas la valorisation individuelle des séjours. L'intégration ultérieure des SSR est néanmoins envisagée sur la base du PMSI et d'une valorisation au tarif journalier de prestation (TJP).

- [17] D'ores et déjà, et malgré les imperfections de calculs, ces premiers résultats permettent de progresser dans la connaissance médico-économique du secteur des EHPAD et éclairent la comparaison des différentes options tarifaires.
- [18] Il ressort que le coût quasi-complet, pour l'Assurance maladie, des soins dispensés dans le cadre du tarif global reste en 2012 plus élevé que dans le cadre du tarif partiel, avec, pour ce qui concerne les EHPAD tarifés au GMPS, **un écart de 5 % à 8 %** (selon l'incidence de la PUI), soit 1600 € à 1800 € par personne et par an.
- [19] Et ce, malgré de moindres dépenses associées au tarif global (avec des profils de résidents pourtant plus sévères) dans le champ des soins de ville laissés en dehors du forfait (médicaments, dispositifs médicaux, transports) et dans le champ des hospitalisations de court séjour, moindres dépenses de l'ordre de 20 % à 30 % selon les postes. **Le tarif global a ainsi allégé les dépenses imputées sur les sous-objectifs « soins de ville » et « hôpital » de l'ONDAM d'environ 268 M€ et 67 M€ respectivement en 2012**, ce qui constitue un transfert implicite de charges vers l'enveloppe médico-sociale (à hauteur de 4,2 % de l'ONDAM médico-social Personnes Agées).
- [20] Ces moindres dépenses ne compensent toutefois pas le surcroît de dotation alloué aux EHPAD dans le cadre du tarif global. Il en résulte, **au niveau macroéconomique, un surcoût pour l'Assurance maladie de 174 M€ en 2012**. La prééminence de la dotation de soins dans le coût quasi-complet de soins calculé (dont elle représente entre 69 % dans le cas du tarif partiel sans PUI et 90 % dans le cas du tarif global avec PUI) explique le poids de ce paramètre dans la hiérarchie des coûts finaux. Toujours est-il que ce montant est **du même ordre de grandeur que la sous-consommation de l'OGD « Personnes âgées »** constatée cette même année (189 M€) et de celle escomptée pour 2013 (entre 130 et 150 M€).
- [21] **Cet écart de coût quasi-complet doit être considéré comme modeste**, eu égard aux artefacts statistiques qui pourraient l'avoir majoré (comme les modalités d'imputation des soins de ville au prorata temporis), aux économies qui pourraient être dégagées d'une modération du recours aux hospitalisations ou d'une gestion du risque réduisant la variabilité des remboursements de soins ambulatoires dans les EHPAD en tarif partiel. En effet, selon des travaux de gestion du risque réalisés par les CPAM d'Ile de France, les remboursements moyens en pharmacie vont du simple au triple selon les établissements, ils sont dans un rapport de 1 à 6 pour les transports sanitaires et dans un rapport de 1 à 8 pour les actes de masseurs-kinésithérapeutes (en excluant les valeurs extrêmes), ce qui reflète les limites de la gestion du risque dans le secteur jusqu'à présent. Le fait que 62 % de la dépense quasi-complète de soins s'adresse aujourd'hui à des résidents en EHPAD sous tarif partiel souligne les enjeux qui s'attachent au renforcement de la gestion du risque dans ce secteur.
- [22] **Le surcoût observé pour le tarif global est en outre un surcoût historique**, faiblement prédictif de celui qui sera constaté dans quelques années et de celui qui serait observé sur des établissements optant à l'avenir pour le tarif global. Il reflète en effet les pratiques de tarification des ARS dans les années 2006-2010, dans le contexte d'une forte progression des ressources du secteur. Il est mécaniquement gonflé par la situation de nombreux établissements au-dessus des plafonds tarifaires, dont les dotations sont progressivement écrêtées (30 % des EHPAD en tarif global se trouvaient fin 2012 en convergence tarifaire contre 9 % seulement des établissements en tarif partiel), et, dans une moindre mesure, par le développement des unités Alzheimer, souvent associées aux modalités de résorption de la convergence.
- [23] **En termes dynamiques**, le surcoût identifié, resserré par rapport aux travaux de l'IGAS de 2011, est appelé à se réduire spontanément sous l'effet des stratégies des établissements utilisant progressivement leurs marges d'organisation, de la maîtrise de l'enveloppe médico-sociale et de la dynamique des remboursements de soins de ville (en progression de 2,3 % par an depuis 2010).

- [24] Il faut enfin rappeler que le supplément de ressources reçu par les EHPAD au tarif global **ne constitue pas une « fuite » dans le système de santé** puisqu'il a servi à renforcer l'encadrement soignant de ces établissements. Compte tenu de l'évolution de la population accueillie, ces établissements ont probablement devancé une évolution de l'ensemble du secteur. On remarquera d'ailleurs qu'au Royaume Uni, où a été engagée depuis les années 90 une politique déterminée de coopération entre médecins et infirmiers, les médecins gestionnaires de budget peuvent réinvestir les marges dégagées dans l'emploi de personnel infirmier. Derrière ces questionnements sur le « juste prix » des soins en EHPAD est posée la question du taux d'encadrement soignant optimal dans ce type d'institutions, question qui reste à éclairer et documenter et qui appelle un vigoureux développement des travaux d'études et de recherche dans ce secteur. A cet égard, le caractère optimal et soutenable du niveau du tarif partiel peut être interrogé autant que celui du tarif global.
- [25] Par ailleurs, l'effet de la pharmacie à usage intérieur se cumule à celui du tarif global (la PUI est rarement associée au tarif partiel en raison du manque de cohérence organisationnelle et économique de cette option). Pour l'ensemble des soins en dehors des forfaits, le coût moyen par résident d'un EHPAD en TG avec PUI est de 43 % inférieur au niveau observé dans le cadre du TG sans PUI. Ainsi le coût complet par résident apparaît, en TG avec PUI, inférieur à son niveau en TG sans PUI.
- [26] Il faut noter l'économie très particulière de la PUI en EHPAD : sa valorisation intrinsèque est faible dans l'équation tarifaire qui couvre à peu près les achats de médicaments mais ne contribue pas à la couverture des frais fixes, lesquels s'imputent finalement sur les marges de manœuvre dégagées par le forfait global de soins. Dès lors que la taille de l'établissement le permet, l'intérêt de la PUI en termes de sécurité du circuit du médicament, de maîtrise des volumes de prescriptions et de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse est en revanche fortement souligné par les professionnels du secteur.
- * * *
- [27] En termes qualitatifs, l'intérêt du tarif global de soins est confirmé du point de vue de l'évolution des pratiques qu'il peut stimuler :
- vigilance accrue des gestionnaires quant au volume des soins, quant aux cotations et aux dépenses finales, avec une recherche de dialogue et, si nécessaire, des contrôles et demandes d'explications ;
 - attention renforcée à la traçabilité des soins, que l'informatisation du dossier du résident (avec, dans certains cas, un accès à distance pour les médecins traitants ainsi qu'un échange automatisé avec la pharmacie d'officine de référence) et la coopération resserrée avec un petit nombre de médecins traitants favorisent aussi grandement ;
 - resserrement de la prise en charge autour d'un plus petit nombre de médecins traitants, parfois salariés même si ce choix reste minoritaire ; en pratique, la sécurité apportée par un suivi régulier de la part de médecins mieux coordonnés avec l'équipe soignante est souvent un avantage apprécié des familles ; le partage de protocoles et bonnes pratiques gériatriques en est aussi facilité ;
 - élévation du ratio d'effectifs soignants qui autorise des plages de présence le soir voire des astreintes de nuit propices à la prévention des hospitalisations, et qui facilite le développement de prises en charge non médicamenteuses, en particulier face aux troubles cognitifs et aux troubles du comportement dont la prévalence est devenue forte en EHPAD ;
 - recherche de prises en charge paramédicales plus pertinentes sur certains soins d'entretien, en matière de motricité et d'orthophonie notamment, qu'il s'agisse des professionnels mobilisés, de la conception des séances ou de leur rémunération.

[28] Ainsi, lorsqu'il s'inscrit dans une politique de l'établissement, le tarif global renforce la réflexion des équipes composées du directeur, du médecin coordonnateur, du cadre de santé – et du pharmacien quand il existe – autour du « juste soin ».

[29] Le tarif global n'est pas pour autant facteur exclusif d'efficacité et de qualité. D'autres éléments entrent en jeu comme la présence d'un médecin coordonnateur impliqué et légitime, fort d'une qualification en gériatrie ; l'implication du cadre de santé, pleinement partie prenante de l'équipe de direction ; une démographie médicale localement modérée ; l'utilisation à bon escient du contrat de coordination avec les professionnels libéraux ; l'informatisation du dossier du résident ; le partenariat avec un établissement de santé (interventions hors les murs en psychiatrie par exemple, accès organisé à certains soins techniques complexes).

[30] L'effet des groupes d'EHPAD peut aussi se traduire, quelles que soient les options tarifaires, par un renforcement sensible des capacités d'organisation des soins dans les établissements qui les composent (liste préférentielle de médicaments, appui de la direction médicale du groupe aux médecins coordonnateurs, mise à disposition des auxiliaires médicaux de fiches de suivi et d'évaluation mensuelle des résidents, etc.).

[31] Si l'on se réfère aux principaux modes de financement des soins, le tarif global s'analyse non comme une réédition de l'ex-dotation globale hospitalière mais plutôt comme une forme de capitation « ajustée au risque » (c'est-à-dire à la population prise en charge), le référentiel PATHOS fournissant l'évaluation de ce risque (à travers la notion de « soins requis »). Cette forme de rémunération, peu développée dans le système de santé en France, l'est davantage dans de nombreux autres pays. Cela confère une grande importance à la qualité du référentiel PATHOS - dont la rénovation est en cours et appelle un réel investissement - et à l'évaluation des prestations dispensées par les établissements ; sur ce point des progrès substantiels restent à faire.

[32] Eu égard à « l'alourdissement » du profil des résidents accueillis, en termes de dépendance (55 % des résidents sont classés en GIR 1 ou 2) et d'états pathologiques (prédominance des polyopathologies, 1 résident sur 7 requérant une surveillance médicale rapprochée) et à la place croissante des pathologies démentielles (qui affecte la moitié de cette population), les EHPAD, sans méconnaître leur ambition de vie sociale, s'apparenteront de plus en plus à des centres de soins primaires pour personnes âgées dépendantes approchant de leur fin de vie – même si cela suscite des interrogations quant aux limites des ressources humaines de ces établissements. Cette évolution confère de plus en plus d'importance à la politique de soins de l'établissement dans un environnement sanitaire donné (combinaison de professionnels attachés à l'établissement et de professionnels libéraux, articulation avec les ressources gériatriques hospitalières et avec les équipes mobiles, dynamiques pluridisciplinaires, degré de mutualisation avec d'autres structures). Les modalités de financement des soins en EHPAD doivent accompagner et favoriser la définition de combinaisons localement optimales. Elles doivent ouvrir des choix pour ce faire. Le tarif global fait partie de ces options : il suit la logique, soutenue par la Stratégie nationale de santé et par le Conseil d'analyse économique, d'une organisation plus collective des soins primaires avec la rémunération d'équipes et le développement des coopérations entre professionnels médicaux et paramédicaux.

[33] En conséquence, en tenant compte des nombreux échanges au sein du groupe de travail et avec les interlocuteurs rencontrés, l'IGAS préconise **la réouverture de l'option du tarif global de soins**.

- [34] L'exercice de cette option ferait l'objet d'un accord entre l'établissement et l'ARS, dans le cadre de la dotation régionale limitative et en fonction de plusieurs considérations : répartition territoriale de l'offre sanitaire et médico-sociale, taille critique, structure soignante et stratégie d'organisation des soins des établissements...Le tarif global s'inscrirait ainsi dans une programmation régionale et dans la politique de régulation des ARS. Il a vocation à être accompagné d'engagements plus précis en termes de qualité et d'efficacité des soins dispensés.
- [35] Seraient prioritaires pour un passage au tarif global les EHPAD en tarif partiel dotés de PUI (ou impliqués dans un projet de rattachement à une PUI), les EHPAD en tarif partiel engagés dans un projet de fusion ou de mutualisation avec d'autres établissements, les établissements cumulant aujourd'hui les deux tarifications (conséquence par exemple d'une récente extension) ainsi que les établissements présentant une stratégie de prise en charge cohérente dans leur territoire de santé et nécessitant un tarif global.
- [36] Selon les estimations détaillées dans le rapport, cette réouverture du tarif global se traduit par une **légère économie nette pour l'Assurance maladie** si les nouveaux forfaits globaux alloués correspondent à 90 % du plafond tarifaire de 2013 ; et par un léger surcoût si les dotations sont égales aux plafonds (moins de 150 M€, soit 0,08 % de l'ONDAM, au terme de plusieurs années et dans l'hypothèse du changement d'option d'environ 30 % des places tarifées en tarif partiel).
- [37] Il semble logique que les passages au tarif global s'accompagnent des **transferts correspondants entre sous-enveloppes de l'ONDAM**. Dans l'hypothèse évoquée précédemment, ces transferts sont estimés à 130 M€ en provenance de l'enveloppe soins de ville et à 39 M€ en provenance de l'enveloppe relative aux hôpitaux tarifés à l'activité, soit respectivement 0,16 % et 0,07 % de ces deux sous-enveloppes mais environ 2 % de l'enveloppe médico-sociale personnes âgées.
- [38] Quant aux **modalités de calcul des dotations de soins allouées aux EHPAD**, les travaux, en cours, de rénovation du référentiel PATHOS (indicateur du « soin requis ») et l'affinement de la connaissance des coûts en EHPAD permettront dans quelques années de normer de manière plus sûre les coûts par résident et de passer à un véritable système de capitation – donc de forfaitisation des dotations de soins (selon le nombre et les caractéristiques des personnes prises en charge). En attendant ces progrès, l'IGAS préconise d'ajuster le mode de calcul des dotations de soins pour laisser explicitement aux ARS la responsabilité d'établir celles-ci, en proportion de tarifs de référence, sur la base de plusieurs critères ; il s'agit de lever les ambiguïtés des textes sur ce point et de conforter les pratiques amorcées dans certaines régions. Il importe également d'aller au bout du principe de détermination pluriannuelle de ces dotations.
- [39] La **procédure de convergence tarifaire** mérite aussi d'être révisée. Son application aux seules dotations est difficile à justifier au regard des reports de dépenses possibles vers d'autres enveloppes (soins de ville et hôpital). Elle devrait en toute rigueur être fondée sur un coût complet de soins, qui aurait le mérite de pousser à une meilleure articulation entre EHPAD et hôpital, dont quelques illustrations recueillies par la mission montrent toute la pertinence ; c'est d'ailleurs la logique des parcours de soins. Une variante plus aisée à mettre en œuvre à court terme consisterait à prendre pour référence un coût élargi combinant dotations et soins de ville. Cette formule associerait ARS et CPAM dans la gestion locale de la procédure (pluriannuelle). Il est à noter que l'enjeu du devenir de la convergence est aussi important, pour la bonne gestion des ressources d'Assurance maladie et la qualité des soins, que celui qui s'attache à la comparaison entre tarifs partiel et global.

- [40] Le souhait de rendre le cadre de financement des soins en EHPAD plus efficient et adapté aux conditions concrètes de prise en charge de la population accueillie conduit à faire évoluer **la structure du budget** de ces établissements. En particulier, la frontière entre les sections soins et dépendance est de moins en moins cohérente avec la gestion des personnels et avec le continuum de prise en charge, en termes de soins et d'accompagnement, requis pour une population très âgée, très dépendante, polypathologique et aux troubles cognitifs fréquents. Au-delà des difficultés bien connues liées à la clé de répartition (70 %/30 %) des dépenses d'aides-soignants et d'aides médico-psychologiques, cette segmentation budgétaire freine le développement de prises en charge innovantes.
- [41] A minima, le périmètre des dépenses imputables sur la section budgétaire « soins » devrait être élargi. Une réforme plus ambitieuse consisterait cependant à fusionner les sections budgétaires relatives au soin et à la dépendance ; il n'y aurait alors plus que deux sections budgétaires : une grande section « soins de santé et d'accompagnement » et la section « hébergement ». Cette réforme est certes compliquée juridiquement et budgétairement mais ses bénéfices seraient considérables. Rejoignant le « choc de simplification » souhaité par le Gouvernement, elle s'inscrirait dans la préparation de la future loi autonomie et dans les discussions engagées entre Etat et Conseils généraux.
- [42] Une telle évolution est en outre de nature à renforcer la contractualisation entre autorités tarifaires et EHPAD.
- [43] Une **modernisation des relations entre autorités tarifaires et EHPAD** est en effet devenue nécessaire ; d'abord en allégeant une procédure budgétaire qui comporte aujourd'hui des doublons et des incohérences ; ensuite en renforçant la contractualisation autour de critères de qualité et d'efficience des soins et en développant les évaluations et contrôles a posteriori. Le repositionnement des ARS sur des fonctions à plus forte valeur ajoutée dans ce secteur est indispensable et souhaité par celles-ci. A titre d'illustration, le rapport propose un ensemble de critères pouvant être insérés dans les conventions (ou futurs CPOM).
- [44] Dans le même esprit, l'amélioration des flux d'information entre EHPAD, Assurance maladie et ARS doit être poursuivie, parallèlement à un renforcement des capacités d'analyse de la dépense. Doit également être renforcée l'articulation entre EHPAD et établissements de santé, non seulement sur le terrain mais aussi dans la régulation nationale et régionale des deux secteurs.
- [45] Enfin, la valorisation des expériences et le développement de programmes d'études et de recherche en EHPAD sont indispensables pour « rendre visibles » certaines formes d'organisation et mettre en évidence les gains de qualité et d'efficience qui peuvent en résulter.

Sommaire

SYNTHESE	3
INTRODUCTION.....	15
1. ENJEUX ET CONTEXTE DE LA MISSION	16
1.1. <i>Les modalités de financement des soins en EHPAD : bref rappel du cadre tarifaire en vigueur.....</i>	16
1.2. <i>Historique et place du tarif global.....</i>	20
1.2.1. <i>Les hésitations de la politique tarifaire de l'Etat</i>	20
1.2.2. <i>Des établissements différenciés selon les catégories tarifaires.....</i>	21
1.3. <i>Une mission qui succède à un précédent rapport de l'IGAS sur le sujet.....</i>	23
1.4. <i>Les orientations budgétaires maintenues depuis 2010.....</i>	24
1.4.1. <i>Poursuite du gel de la valeur du point de GMPS en tarif global</i>	24
1.4.2. <i>Poursuite de la médicalisation et de la convergence tarifaire.....</i>	25
1.4.3. <i>Une croissance encore soutenue des enveloppes.....</i>	26
1.5. <i>Des éléments de contexte nouveaux à prendre en compte.....</i>	28
1.5.1. <i>Des initiatives visant à refonder certains paramètres du financement des soins en EHPAD</i>	28
1.5.2. <i>La progression de la connaissance médico-économique du secteur et de ses outils de pilotage.....</i>	31
1.5.3. <i>D'autres évolutions sont susceptibles d'influer sur l'organisation des soins en EHPAD</i>	35
2. CALCUL DES COUTS (QUASI) COMPLETS DES SOINS EN EHPAD	39
2.1. <i>Description de la méthode utilisée.....</i>	40
2.1.1. <i>Le champ</i>	40
2.1.2. <i>La période prise en considération.....</i>	43
2.1.3. <i>L'unité de compte.....</i>	43
2.1.4. <i>L'intégration des GMP et PMP dans l'analyse des résultats.....</i>	43
2.2. <i>Analyse des résultats.....</i>	43
2.2.1. <i>Vision d'ensemble de ces dépenses.....</i>	43
2.2.2. <i>Les caractéristiques médico-économiques des établissements retenus dans l'étude : confirmation de l'hétérogénéité des catégories tarifaires</i>	45
2.2.3. <i>Analyse comparée des principales dépenses de soins de ville</i>	46
2.2.4. <i>Analyse comparée des autres dépenses : transports et court séjour hospitalier.....</i>	50
2.2.5. <i>Récapitulatif de l'ensemble des dépenses de soins hors forfait.....</i>	52
2.2.6. <i>Les coûts quasi-complets.....</i>	53
2.2.7. <i>Conclusion : que signifient ces écarts de coûts</i>	59
2.3. <i>Taux d'utilisation des dotations de soins et place des crédits non reconductibles.....</i>	61
2.3.1. <i>Des situations excédentaires plus fréquentes parmi les établissements en tarif partiel, mais une progression générale des taux de consommation des dotations de soins</i>	61
2.3.2. <i>Des crédits non reconductibles attribués indépendamment des options tarifaires.....</i>	62
2.4. <i>Des options tarifaires qui ne sont pas neutres pour le résident et les organismes d'assurance maladie complémentaire.....</i>	63

3. LE MODELE ECONOMIQUE DES EHPAD DOIT ETRE REINTERROGE AU REGARD DES CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DE LA GRANDE DEPENDANCE	64
3.1. <i>Modèle ambulatoire et politique de soins des établissements</i>	64
3.2. <i>...dans un contexte de prises en charge de plus en plus complexes</i>	68
3.3. <i>Quel est le modèle économique sous-jacent au tarif global de soins ?</i>	69
3.4. <i>Un cadre de financement en pratique ambigu, affaibli par des évolutions inachevées.....</i>	71
3.4.1. <i>Quel degré de forfaitisation et d'automaticité des dotations ?</i>	71
3.4.2. <i>La notion de convergence : symétrique ou asymétrique ?.....</i>	71
3.4.3. <i>La délimitation peu opérationnelle des sections budgétaires</i>	72
3.4.4. <i>La question de l'opposabilité du tableau des effectifs.....</i>	73
3.4.5. <i>Les discordances entre le périmètre des charges valorisées par le référentiel PATHOS et le périmètre du budget de soins assumé par l'établissement.....</i>	74
4. LA RECHERCHE DU JUSTE SOIN : QUELS SONT LES LEVIERS DE GESTION MOBILISES PAR LES EHPAD ?	74
4.1. <i>Le tarif global élève la vigilance sur les coûts</i>	75
4.2. <i>Le tarif global fournit des leviers d'action lorsqu'il s'inscrit dans une stratégie de l'établissement.....</i>	76
4.2.1. <i>Les soins de rééducation font l'objet d'une importante préoccupation</i>	76
4.2.2. <i>Le tarif global permet souvent d'organiser un suivi médical resserré et plus continu77</i>	
4.2.3. <i>Le tarif global autorise un ratio d'encadrement soignant plus élevé et favorise le déploiement de prises en charge moins consommatrices de médicaments.....</i>	80
4.2.4. <i>Dans le cadre du tarif global, certaines expérimentations sont en cours portant sur l'élargissement du périmètre de la responsabilité budgétaire des établissements.....</i>	84
4.2.5. <i>Le tarif global offre un cadre budgétaire et institutionnel favorable à la mise en place de PUI dont les bénéfices sont importants en termes de bon usage du médicament..</i>	84
4.3. <i>D'autres facteurs d'efficience se combinent à l'option tarifaire.....</i>	90
4.4. <i>La recherche d'une bonne articulation entre EHPAD et établissements de santé montre les progrès possibles.....</i>	92
5. PRECONISATIONS.....	98
RECAPITULATIF DES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION.....	115
COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL.....	121
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES OU AUDITIONNEES	123
ANNEXE N°1 : TRAME D'ENTRETIEN EN EHPAD	129
ANNEXE N°2 : TRAME D'ENTRETIEN EN ARS	135
ANNEXE N°3 : STRUCTURE DU SECTEUR DES EHPAD	139
ANNEXE N°4 : SITUATION DES EHPAD AU REGARD DE LA CONVERGENCE TARIFAIRE	141
ANNEXE N°5 : RECAPITULATIF DES RESULTATS DU CALCUL DES COUTS QUASI-COMPLETS DES SOINS EN EHPAD	143
ANNEXE N°6 : QUELQUES ECLAIRAGES SUR LE RECOURS DES EHPAD A L'HOSPITALISATION	147

ANNEXE N°7 : EXECUTION DES BUDGETS DE SOINS DES EHPAD.....	151
ANNEXE N°8 : CREDITS NON RECONDUCTIBLES DISTRIBUES AUX EHPAD EN 2012	153
ANNEXE N°9 : OBSERVATIONS SUR LA PRESCRIPTION MEDICAMENTEUSE EN EHPAD DANS DEUX REGIONS	155
ANNEXE N°10 : APPROCHE MICRO-ECONOMIQUE DE LA PHARMACIE A USAGE INTERIEUR EN EHPAD.....	163
ANNEXE N°11 : EXEMPLE DE PROFIL D'EHPAD EDITE PAR LES CAISSES PRIMAIRES D'ASSURANCE MALADIE	165
ANNEXE N°12 : CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION HEBERGEES EN EHPAD	171
ANNEXE N°13 : EXTRAIT DU CONTRAT DE SEJOUR ELABORE PAR LE CCAS DE LA VILLE DE PARIS POUR DES EHPAD EN TARIF GLOBAL SANS PUI	175
ANNEXE N°14 : NOMBRE DE MEDECINS TRAITANTS ET MASSEURS KINESITHERAPEUTES INTERVENANT DANS LES ETABLISSEMENTS ETUDIES PAR LA MISSION.....	177
ANNEXE N° 15 : EXTRAIT DES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES DE L'ANESM CONCERNANT L'HOSPITALISATION DES PERSONNES HEBERGEES EN EHPAD.....	179
ANNEXE N° 16 : L'ASSISTANCE PHARMACEUTIQUE DANS LES ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX FRIBOURGEOIS	181
ANNEXE N° 17 : EXTRAITS DE QUELQUES MONOGRAPHIES D'EHPAD	183
LISTE DES SIGLES	207

INTRODUCTION

- [46] Par lettre de mission du 6 février 2013, la ministre des affaires sociales et de la santé et la ministre déléguée chargée des personnes âgées et de l'autonomie ont demandé une mission relative au financement des soins en EHPAD.
- [47] Cette nouvelle mission complète les travaux réalisés dans le cadre d'une précédente mission de l'IGAS réalisée sur le même sujet en 2011, afin d'exploiter les possibilités récentes offertes par l'amélioration des systèmes d'information (déploiement du système RESIDEHPAD par l'Assurance maladie) et de tenir compte de l'effet d'expérience accumulé depuis quelques années par les établissements ayant opté pour le tarif global de soins.
- [48] L'objectif poursuivi consiste à éclairer, à la fois sous l'angle économique et sous l'angle de la qualité de prise en charge de la population résidant en EHPAD, la décision des ministres quant à la pertinence et aux conditions d'une éventuelle réouverture du tarif global de soins.
- [49] A cette fin, la présente mission a engagé, conformément à la lettre de mission, plusieurs travaux parallèles et complémentaires :
- elle a procédé au calcul du coût complet, pour l'Assurance maladie, des soins dispensés à cette population (soins de ville directement remboursés aux résidents, dotations de soins versées aux EHPAD, hospitalisations en court séjour) : ce calcul a été réalisé pour chacun des quatre régimes tarifaires en vigueur (tarif partiel ou global, avec ou sans pharmacie à usage intérieur) afin de pouvoir les comparer entre eux. Il s'agit là d'un travail statistique de grande ampleur, nécessitant l'appariement de plusieurs bases à l'échelle nationale, et présentant un caractère novateur par la recherche d'une vision consolidée des dépenses au-delà des frontières entre prestataires de soins ou entre sous-enveloppes de l'ONDAM ;
 - elle a mené, dans cinq régions (Ile-de-France, Pays de la Loire, Limousin, Auvergne, Alsace) une analyse plus qualitative des organisations de soins dans les EHPAD, de leurs modalités de gestion des dotations correspondantes et des pratiques tarifaires des agences régionales de santé (ARS), sur la base d'entretiens auprès des ARS concernées et d'une vingtaine d'EHPAD, suivant une trame de questionnaire standardisée (cf. annexes n°1 et n°2). Les EHPAD retenus présentent des caractéristiques variées en termes de taille, de statut (public ou privé à but lucratif ou non, rattachement ou non à un établissement de santé), d'option tarifaire et de contexte socio-géographique (zone urbaine, rurale ou semi-rurale).
- [50] Il n'est pas question de tirer des enseignements statistiques de tel ou tel cas de figure. En revanche ce travail qualitatif vise à i) appréhender les constantes et les variantes dans l'organisation des soins en EHPAD, ii) identifier, sur la base d'observations concrètes, un faisceau d'indices quant aux conditions d'efficience des EHPAD dans ce domaine ; iii) éclairer la lecture des résultats des calculs de coûts ; iv) préciser l'utilisation faite par les EHPAD de leurs budgets de soins.
- [51] La mission a également exploité d'autres sources susceptibles de compléter la connaissance des soins en EHPAD, sous l'angle de la qualité ou de l'efficience : remontées nationales de la « gestion du risque » (GdR) ; résultats d'enquêtes conduites par les ARS dans le cadre de leurs actions de gestion du risque (axe « qualité et efficience des soins en EHPAD ») ; conclusions des observatoires régionaux des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMEDIT) ; tableau de bord partagé des établissements médico-sociaux mis en place par l'ANAP (encore en phase expérimentale au moment de ce travail).

- [52] Un groupe de travail inter-administrations a été constitué (voir composition en annexe) chargé avant tout de mener à bien les calculs de coûts sur des bases méthodologiques concertées, mais aussi d'en interpréter les résultats et de mobiliser des informations qualitatives ou quantitatives complémentaires, dispersées entre plusieurs acteurs.
- [53] L'essentiel des travaux statistiques prévus initialement a pu être mené à bonne fin malgré des difficultés et imprévus méthodologiques. Certains approfondissements restent souhaitables dans le cadre du perfectionnement progressif de l'analyse économique de ce secteur.
- [54] Le présent rapport est structuré en cinq parties :
- un exposé du contexte réglementaire, budgétaire et informationnel du financement des soins en EHPAD ;
 - l'analyse des coûts quasi-complets de soins et des écarts entre options tarifaires ;
 - une réflexion sur le modèle économique pertinent pour le financement des soins en EHPAD ;
 - une illustration des facteurs d'efficience dans l'organisation des soins en EHPAD et des manières dont ceux-ci utilisent leurs leviers de gestion, notamment dans le cadre du tarif global ;
 - un ensemble de préconisations permettant d'assurer à la fois la cohérence du cadre économique applicable aux EHPAD avec les missions qui sont les leurs, la qualité des prises en charge dans ces établissements ainsi que la maîtrise des dépenses de l'Assurance maladie à court et moyen terme.

1. ENJEUX ET CONTEXTE DE LA MISSION

1.1. Les modalités de financement des soins en EHPAD : bref rappel du cadre tarifaire en vigueur

- [55] Les paragraphes qui suivent visent à rappeler les principales caractéristiques du cadre tarifaire applicable aux EHPAD, une description plus détaillée de cette réglementation ayant été faite dans le précédent rapport de l'IGAS³ traitant du même sujet.
- [56] Les EHPAD sont soumis à un régime d'autorisation (article L. 313 1 du code de l'action sociale et des familles – CASF), celle-ci étant conditionnée à la signature d'une convention tripartite pluriannuelle entre l'établissement, le directeur général de l'ARS et le président du conseil général (articles L. 313 6 et L. 313-12 dudit code). La convention tripartite, qui doit être conforme au modèle précisé dans l'arrêté du 26 avril 1999 (modifié par l'arrêté du 13 août 2004), est signée en principe pour une durée de 5 ans. Toutefois, les retards de renouvellement et prorogations par avenant sont assez nombreux dans le secteur (cf.. infra).
- [57] Le budget d'un EHPAD est depuis 1999 divisé en trois sections (article L. 314 2 du code de l'action sociale et des familles), chacune disposant d'une source de financement spécifique et de règles de calcul des ressources correspondantes également spécifiques :
- la section « hébergement », à la charge du résident, celui-ci pouvant être solvabilisé par l'aide sociale départementale dans le cadre des règles propres à cette prestation pour les établissements habilités ;
 - la section « dépendance », à la charge du conseil général, dont la dotation est arrêtée par son président, calculée en tenant compte du niveau de dépendance moyen des résidents et

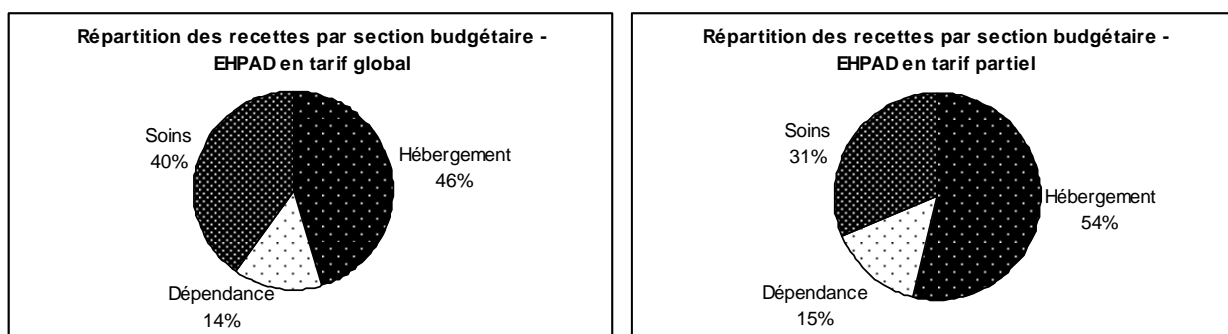
³ N. Destais, V. Ruol, M. Thierry, *Financement des soins dans les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) – Evaluation de l'option tarifaire dite globale*, Rapport de l'IGAS RM2011-113P, octobre 2011.

versée au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en établissements; cette dotation « dépendance » couvre « l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, qui ne sont pas liées aux soins que la personne âgée est susceptible de recevoir » (article R. 314 160 du code de l'action sociale et des familles) ;

- la section « soins », à la charge des régimes d'assurance maladie, dont les ressources sont constituées d'une dotation arrêtée par le directeur général de l'ARS suivant « un barème et [des] règles de calcul » (article L. 314-2 du CASF) fixés par l'arrêté du 26 février 2009 ; les dotations de soins allouées par l'ARS doivent respecter l'enveloppe globale de la « dotation régionale limitative » qui lui est allouée par la CNSA (L. 314-3 CASF) ; elles sont concrètement versées par la caisse d'assurance maladie pivot dont dépend l'EHPAD. Au plan macroéconomique, les dotations régionales allouées aux ARS (sur lesquelles s'imputent les dotations de soins versées aux EHPAD) sont elles-mêmes fondées sur « l'objectif global de dépenses » (OGD) géré par la CNSA, alimenté par la CNAMTS à hauteur de 90 % (sous-enveloppe médico-sociale « personnes âgées » de l'ONDAM) et par une fraction de la contribution de solidarité pour l'autonomie à hauteur de 10 %.

[58] Les ressources de la section soins représentent entre 30 % et 40 % de l'ensemble des ressources d'un EHPAD, selon l'option tarifaire (cf. graphique suivant).

Graphique 1 : Répartition des recettes des EHPAD par section budgétaire



Source : Mission sur la base du Tableau de bord des ESMS – extraction pour les EHPAD (ANAP)

[59] Les trois sections budgétaires sont réputées étanches entre elles. Toutefois, certains postes de dépenses sont partagés : il en va ainsi des dépenses relatives aux aides-soignantes (AS) et aides médico-psychologiques (AMP) qui sont imputées sur la section soins pour 70 % et sur la section dépendance pour 30 % ; les dépenses relatives aux agents de service sont imputées sur la section dépendance à hauteur de 30 % et sur la section hébergement à hauteur de 70 %.

[60] S'agissant de la dotation affectée à la section de soins, deux options sont aujourd'hui en vigueur (cf. article R. 314-167 du CASF) et le choix retenu doit figurer dans la convention tripartite :

- l'option du tarif partiel de soins (TP), selon laquelle l'établissement reçoit une dotation de relativement faible d'ampleur destinée à couvrir certaines charges de soins, circonscrites aux rémunérations du médecin coordonnateur, des personnels infirmiers (qu'ils soient salariés ou libéraux) et d'une quote-part de celles des aides-soignants et aides médico-psychologiques ainsi qu'aux matériels médicaux non personnalisés (liste fixée par arrêté ministériel). Tous les autres soins sont payés directement par le résident au professionnel de santé concerné (paiement direct à l'acte avec transmission électronique à l'assurance maladie par la carte Vitale, dans les conditions de droit commun des soins de ville) ;

- l'alternative réside dans l'option du tarif global de soins (TG) : celle-ci consiste à allouer aux EHPAD une dotation annuelle beaucoup plus importante destinée à financer l'essentiel des soins de ville délivrés aux résidents, l'établissement se substituant alors au résident-patient pour rémunérer pour son compte les professionnels de santé, qu'ils soient salariés de l'établissement ou qu'ils soient libéraux. Plus précisément, cette dotation doit couvrir, outre les postes précédemment mentionnés, les dépenses de médecins généralistes, de tous auxiliaires médicaux intervenant dans l'établissement (au premier rang desquels figurent les masseurs-kinésithérapeutes) ainsi que les examens de radiologie et de biologie - sauf actes lourds (liste fixée par arrêté).

[61] Dans tous les cas, continuent à être pris en charge par le résident et les organismes d'assurance maladie obligatoire -et éventuellement complémentaire- dans les conditions de droit commun, les honoraires de médecins spécialistes, les soins dentaires, les frais d'hospitalisation, la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique et de l'insuffisance respiratoire chronique, les transports sanitaires, ainsi que les examens de radiologie et de biologie nécessitant des équipements lourds.

[62] Par ailleurs, les médicaments relèvent eux-mêmes d'un dispositif particulier : ils sont pris en charge par l'EHPAD sur sa dotation de soins si, et seulement si, l'établissement dispose d'une pharmacie à usage intérieur (PUI), en propre ou par rattachement à la PUI d'un autre établissement (sanitaire, ou depuis peu, médico-social, encore que ce second cas de figure soit rare).

[63] Les options tarifaires disponibles s'inscrivent elles-mêmes dans la politique engagée dès 1999⁴ et amplifiée au milieu des années 2000 - avec le plan solidarité grand âge - de développement et de médicalisation des capacités d'accueil des personnes âgées dépendantes afin de faire face aux besoins croissants dans ce domaine. L'article 56 de la loi du 5 mars 2007 instaure l'outil PATHOS (d'estimation des besoins en soins de la population hébergée) comme outil de tarification à côté de la grille AGGIR⁵ ; ce mode de calcul doit se substituer à la tarification antérieure, dite « à la DOMINIC⁶ », davantage liée aux budgets historiques.

[64] Ainsi, le renouvellement progressif des conventions tripartites à partir du milieu des années 2000, fait passer les EHPAD de conventions dites de première génération (tarifiées) aux conventions dites de deuxième génération, et désormais de troisième génération.

[65] Le mode de calcul des dotations de soins applicable aujourd'hui dans le cadre de ces conventions de deuxième ou troisième génération est précisé dans l'encadré suivant.

⁴ Cf. Décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des EHPAD, et modifications subséquentes.

⁵ L'indicateur synthétique dit "groupe iso-ressources moyen pondéré soins" (GMPS) combine, pour un établissement, l'évaluation de la dépendance de la population hébergée (exprimée sous forme de GIR moyen pondéré – GMP) et celle de son besoin en soins médico-techniques (PATHOS moyen pondéré – PMP).

⁶ Le calcul de la dotation minimale de convergence (DO.MI.NIC) repose sur une valeur de point multipliée par un nombre de points (fonction du GMP et de facteurs structurels comme la présence d'une PUI ou le statut d'USLD) multipliés par la capacité de l'établissement. La fixation de la DO.MI.NIC est précisée dans plusieurs circulaires de la DHOS publiées entre 2002 et 2005.

Modalités de calcul des dotations de soins allouées aux EHPAD

Chaque établissement reçoit une dotation de soins dont le montant est arrêté par le directeur général de l'ARS. Cette dotation est établie sur la base de l'équation suivante :

$$\text{Dotation de soins plafond} = \text{Valeur du point} \times (\text{GMP} + (2,59 \times \text{PMP})) \times \text{capacité installée.}$$

$$\text{GMP} + (2,59 \times \text{PMP}) = \text{GMPS de l'établissement}$$

Les paramètres de cette équation sont ainsi définis :

- le GIR moyen pondéré (GMP) de l'établissement mesure la perte d'autonomie des résidents de l'établissement à partir de la grille nationale AGGIR ; selon les termes de l'article L.314-9 du code de l'action sociale et des familles, cette évaluation est transmise, pour contrôle et validation, à un médecin du département et à un médecin de l'ARS. Jusqu'à présent, cette opération (le « GIRage ») était réalisée selon une périodicité établie dans la convention tripartite de l'établissement, dans la plupart des cas annuellement ;
- le PATHOS moyen pondéré (PMP) de l'établissement mesure la charge en soins médico-techniques requis par les résidents : le classement des résidents en catégories du référentiel (« coupe PATHOS ») est effectué -conformément aux règles établies dans le cadre de la gouvernance opérationnelle et technique de ce référentiel sous l'égide de la CNSA- par le médecin coordonnateur de l'établissement et validé par un médecin de l'ARS. L'utilisation du référentiel PATHOS dans la tarification a d'abord été précisée par la circulaire budgétaire DGAS/DHOS/DSS/CNSA du 17 octobre 2006 qui définissait notamment les critères de priorité pour la validation de ces coupes ; les modalités et la périodicité de validation des coupes PATHOS comme des GMP ont été redéfinies par le décret n°2013-22 du 8 janvier 2013 ;
- le coefficient de 2,59 a été calibré lors de l'enquête ERNEST⁷ menée en 1999 puis en 2001 afin que le PMP moyen alors constaté (116) ait un effet budgétaire équivalent à un GMP de 300 ($300 : 116 \approx 2,59$). Il faut cependant noter que seuls les EHPAD ayant opté pour le tarif global avec PUI intègrent dans leur budget la quasi-totalité des charges recensées et valorisées par PATHOS ; l'ajustement budgétaire passe donc par la valeur du point ;
- la valeur du point dépend de l'option tarifaire retenue par l'établissement et de l'existence ou non d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) au sein de l'établissement ; elle est fixée chaque année par arrêté des ministres chargés de l'économie et des finances, d'une part, des affaires sociales et de la santé d'autre part. L'écart entre les valeurs du point en tarif global ou partiel, d'environ 30 %, ne repose sur aucune étude de coûts préalable et reflète surtout le volontarisme d'une politique d'incitation au passage en tarif global conduite entre 2006 et 2010.

Cette équation permet de calculer une dotation théorique vers laquelle les établissements devraient tendre, mais ce principe de « convergence tarifaire » est appliqué aujourd'hui de façon asymétrique.

De fait, les arrêtés tarifaires annuels fixent les valeurs du point constitutives de « tarifs plafonds ». En conséquence, les établissements dont les budgets historiques se situent au-dessus de ces plafonds voient leur dotation progressivement ramenée vers sa valeur théorique, l'échéance de cette convergence étant fixée au 31 décembre 2016. En revanche, la capacité des ARS à accorder aux établissements situés en dessous de la dotation théorique tout ou partie de celle-ci dépend de leurs marges de manœuvre au sein de leur dotation régionale limitative, une fois allouées les ressources requises au titre de la médicalisation progressive des EHPAD (passage aux conventions tripartites dites de 2^{ème} génération). Certaines ARS ont ainsi une politique budgétaire consistant à ne pas accorder plus de 92 % du plafond, à la fois par volonté de médicaliser le plus grand nombre d'établissements et par prudence vis-à-vis de chacun d'eux - il s'agit d'éviter que des établissements, au gré des fluctuations de leur GMP ou PMP, ne « basculent » rapidement en « sur-dotation ».

1.2. *Historique et place du tarif global*

1.2.1. Les hésitations de la politique tarifaire de l'Etat

- [66] Le tarif global s'applique aujourd'hui à 35 % des 562.000 places d'EHPAD (un quart des 6.700 établissements) – cf. annexe n°3. Cette proportion a un peu décliné depuis le point haut de 2010 (38 % des places) en raison d'ouvertures ou d'extensions intervenues depuis, exclusivement sous le régime du tarif partiel.
- [67] Cette situation est la résultante d'évolutions contradictoires au cours des dernières années :
- renforcement très marqué des incitations de la part de l'Etat sur la période 2006-2009 pour accélérer le passage au tarif global « prévu initialement comme le dispositif de droit commun de la réforme de la tarification »⁸, parallèlement au déploiement⁹ du référentiel PATHOS comme outil d'estimation des soins médico-techniques requis et comme base de calcul des dotations de soins des établissements (conjointement avec l'évaluation du niveau de dépendance des résidents selon la grille AGGIR) ; ainsi le point du tarif global a été augmenté de 15 % entre 2007 et 2009, pour aboutir alors à une valorisation supérieure de 30 % à celle du point en tarif partiel ; précisons que ces valorisations ont été réalisées en l'absence de toute objectivation préalable des coûts des prestations correspondantes ;
 - mise en place à partir de 2008 d'une politique de « convergence tarifaire »¹⁰ destinée à réduire les inégalités historiques de dotations entre EHPAD ;
 - fermeture des enveloppes régionales mi-2010 (parallèlement à l'encadrement plus strict de la gestion des enveloppes nationales par la CNSA), rapidement suivie de la suspension du droit d'option pour le tarif global ; ainsi la faculté d'option accordée aux EHPAD par la réglementation (cf. article R. 314-167 du CASF) est suspendue par la circulaire budgétaire du 29 avril 2011 : *« S'agissant plus particulièrement de la généralisation du tarif global, initialement envisagée, il apparaît nécessaire de s'appuyer sur des données précises et complètes quant au montant relevant de l'enveloppe soins de ville ou de l'enveloppe médico-sociale. [...] Dans l'attente des résultats [des travaux de la CNSA, de la CNAMTS et de l'IGAS] et des décisions issues du grand débat [sur la dépendance] auquel vous serez associés, il vous est recommandé de surseoir au développement du tarif global, qui n'est, à ce jour, pas financé ».*
- [68] Cette suspension a été prorogée deux fois : *« Par ailleurs, pour l'exercice 2012, vous veillerez à ne pas signer de convention pluriannuelle prévoyant un changement d'option tarifaire vers l'option du tarif global »* (circulaire budgétaire du 5 avril 2012). Et de nouveau l'année suivante : *« Cette médicalisation doit s'effectuer à option tarifaire constante, comme depuis 2011. Il convient ainsi de ne pas signer de nouvelles conventions tripartites prévoyant le passage au tarif global et de maintenir l'option tarifaire en vigueur pour toute la durée de la convention »* (circulaire budgétaire du 15 mars 2013) ; *« l'instruction de surseoir au développement du tarif global n'étant pas levée, la signature de nouvelles conventions doit se faire à option tarifaire inchangée et ne pas permettre de passage au tarif global »* (annexe 3 de la circulaire du 15 mars 2013).
- [69] L'option tarifaire prévue par le décret du 26 avril 1999 relatif aux modalités de financement des EHPAD (codifiée à l'article R.314-167 du CASF) a donc été suspendue par circulaire. La question de la légalité de ces circulaires a été posée par voie de contentieux devant le Conseil d'Etat (recours pour excès de pouvoir du SYNERPA contre la circulaire budgétaire du 29 avril 2011). Le Conseil d'Etat a, dans sa décision du 12 décembre 2012, apporté des éléments de réponse qui invitent à la prudence quant à l'éventuelle prorogation du moratoire.

La question de la légalité des circulaires suspendant l'option du tarif global

Le Conseil d'Etat, dans sa décision¹¹ du 12 décembre 2012, a confirmé la légalité de la circulaire interministérielle du 29 avril 2011 « relative aux orientations de l'exercice pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées ». Ses « considérants » emportent toutefois des conséquences nuancées quant aux prérogatives de l'administration et quant à la légalité des deux circulaires prises ultérieurement dans ce domaine :

— Le Conseil d'Etat a certes confirmé que les directeurs généraux d'ARS, agissant au nom de l'Etat, étaient soumis au pouvoir hiérarchique des ministres compétents et qu'à ce titre ils pouvaient recevoir des instructions de ceux-ci dans leurs champs d'attribution.

— Il a reconnu que les ministres compétents, ayant constaté que l'enveloppe budgétaire nationale pour l'année 2011 ne permettait pas de financer les dotations de soins qu'à hauteur des engagements déjà souscrits, étaient fondés à demander aux directeurs généraux d'ARS de ne prendre aucun engagement conventionnel nouveau ayant des effets sur l'exercice 2011 ; l'article L.314-3 du CASF prévoit en effet explicitement l'emboîtement des dotations arrêtées par les ARS dans les dotations régionales limitatives et de celles-ci dans l'objectif de dépenses national.

— Il a enfin considéré que la disposition de la circulaire par laquelle il est demandé aux ARS de « surseoir au développement du tarif global » « doit être regardée comme leur donnant seulement instruction de *ne plus promouvoir* auprès des gestionnaires d'établissements le développement de cette formule tarifaire ; qu'elle n'a pas eu pour objet, et n'aurait d'ailleurs pu avoir légalement pour effet, de limiter la faculté, offerte à chaque établissement par l'article R. 314-167 du code de l'action sociale et des familles, d'opter dans les conditions prévues à cet article, pour l'une ou l'autre des deux formules tarifaires qu'il prévoit ». Cette interprétation a conduit le Conseil d'Etat à rejeter la demande déposée par le SYNERPA d'annulation de la circulaire de campagne 2011.

[70] Si l'on suit le raisonnement du Conseil d'Etat, la légalité des instructions visant à refuser tout nouveau passage au tarif global, telles que formulées dans les circulaires budgétaires pour 2012 et 2013, n'est pas assurée. En effet, les instructions très fermées contenues dans ces deux derniers textes (« *Pour l'exercice 2012, vous veillerez à ne pas signer de convention pluriannuelle prévoyant un changement d'option tarifaire vers l'option du tarif global* » puis de nouveau en 2013 « *Il convient ainsi de ne pas signer de nouvelles conventions tripartites prévoyant le passage au tarif global et de maintenir l'option tarifaire en vigueur pour toute la durée de la convention. (...) La signature de nouvelles conventions doit se faire à option tarifaire inchangée et ne pas permettre de passage au tarif global* ») vont à l'évidence au-delà de la « non promotion » par les agences de ce régime tarifaire. Et ces instructions ont bien eu pour objectif et pour effet de limiter la faculté offerte à chaque établissement d'exercer le droit d'option prévu par la réglementation.

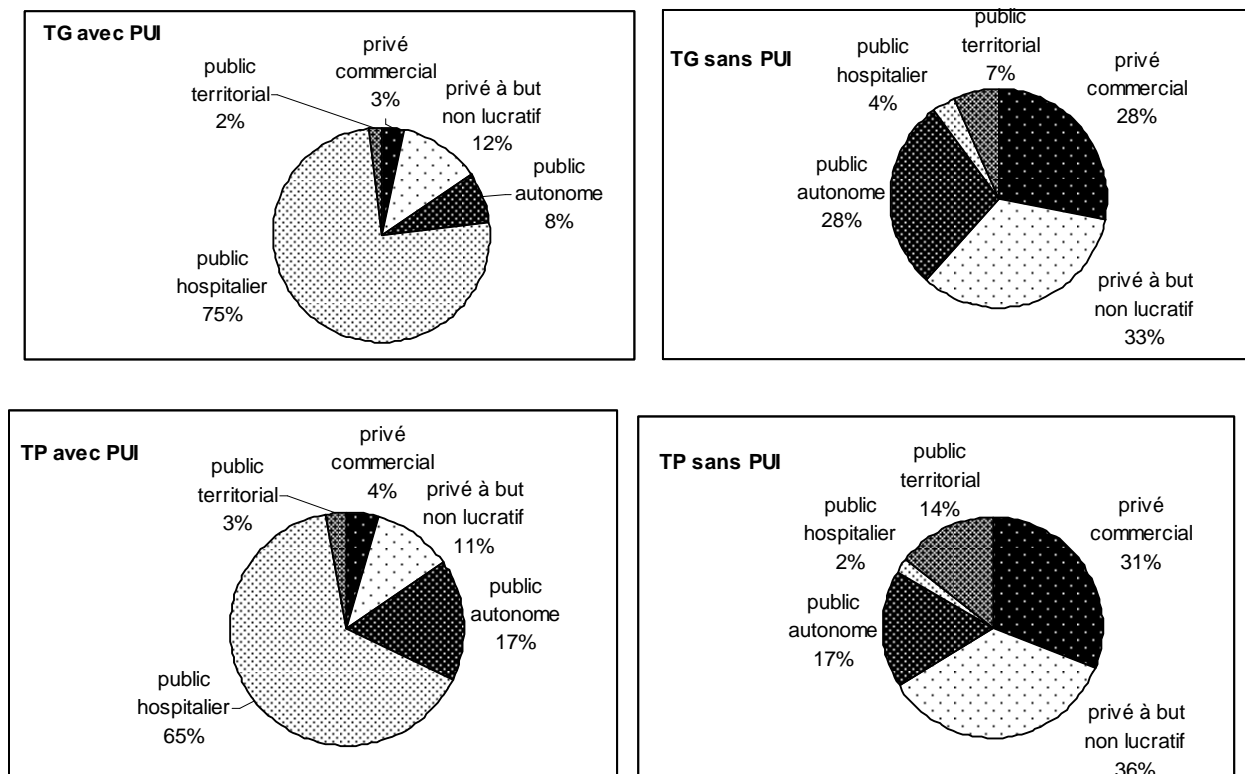
[71] En conclusion, au-delà des tensions entre une logique d'enveloppes régionales limitatives et le droit d'option à l'initiative des établissements, **on doit considérer comme fragile juridiquement la suspension répétée de ce droit réglementaire par voie de circulaire ministérielle annuelle.**

1.2.2. Des établissements différenciés selon les catégories tarifaires

[72] Les EHPAD en tarif global sont, comparativement aux autres, de plus grande taille, plus fréquemment de statut public et souvent rattachés à un établissement de santé, comme le montrent les graphiques suivants qui mettent en évidence une nette différenciation de chaque catégorie tarifaire au regard du statut juridique des établissements.

- [73] L'histoire de ces structures, les motivations du choix en faveur de l'une ou l'autre des options tarifaires et les stratégies de certains groupes privés ont conduit en effet à des répartitions non homothétiques des établissements en termes statutaires.

Graphique 2 : Part des établissements de différents statuts dans chaque option tarifaire :



Source : IGAS sur données CNSA

- [74] Les établissements sous tarif global accueillent des populations de niveaux de dépendance et d'états de santé relativement plus sévères. Ce constat qui figurait dans le rapport de l'IGAS de 2011 a été confirmé par l'étude des coûts qui montre des niveaux moyens de GMPS s'échelonnant entre 1128 et 1218 selon les catégories tarifaires (cf. infra partie 2).
- [75] Les établissements sous tarif global disposent plus fréquemment d'une pharmacie à usage intérieur : 69 % des places tarifées en tarif global fonctionnent avec une PUI, contre 7 % des places tarifées en tarif partiel.
- [76] Ils sont plus fréquemment tarifés au GMPS – par construction puisque la « Pathossification » dans la deuxième moitié des années 2000 s'est appliquée en priorité aux EHPAD demandant à passer en tarif global de soins¹². Ainsi, fin 2012, 91 % des places tarifées en tarif global le sont par l'équation au GMPS contre 65 % des places tarifées en TP.
- [77] Enfin, ces établissements sont aussi plus fréquemment en convergence tarifaire : 30 % des établissements en tarif global sont en convergence tarifaire au 31/12/2012 contre un peu moins de 9 % des EHPAD en tarif partiel.
- [78] Ces caractéristiques sont liées les unes aux autres par une causalité circulaire :
- une grande partie des EHPAD aujourd'hui en TG étant rattachée à un établissement de santé ou issue de la transformation d'hôpitaux locaux, leur filière d'adressage est un peu

différente de celle d'un EHPAD plus classique en TP ; le profil relativement sévère des résidents accueillis par ces établissements et leur mode habituel de fonctionnement (avec des soins intégrés) les ont fréquemment conduits à opter pour le tarif global ;

- la présence plus fréquente de médecins traitants salariés dans les EHPAD en TG aboutit à une traçabilité des soins plus exhaustive et donc à des PMP plus élevés ;
- en sens inverse, nombre d'établissements ainsi passés sous tarif global présentent, pour des raisons historiques, des niveaux de dotation supérieurs aux plafonds, imposant des processus de convergence, dont les gestionnaires se sont acquittés en partie en accueillant volontairement des résidents aux profils plus lourds ;
- conformément aux instructions données aux ARS, le tarif global a été fréquemment utilisé dans la deuxième moitié des années 2000 comme un moyen de résorber (au moins en partie) les écarts de dotation des établissements en convergence tarifaire afin d'en atténuer l'impact notamment sur les effectifs.

1.3. Une mission qui succède à un précédent rapport de l'IGAS sur le sujet

[79] La présente mission intervient deux ans après une précédente commande ministérielle concernant l'évaluation de l'option tarifaire dite globale, qui avait conduit à la remise d'un rapport¹³ en octobre 2011.

Rappel des principales conclusions du rapport de l'IGAS remis en octobre 2011 sur le tarif global de soins en EHPAD :

- Le passage d'un établissement au TG représentait un surcoût immédiat pour l'assurance maladie, toutes choses égales par ailleurs, dans la mesure où la dotation allouée à l'établissement était supérieure à la somme remboursée aux patients antérieurement pour les mêmes postes de soins, et ce en vertu des règles de calcul de la dotation.
- En outre ce surcoût était en apparence gonflé par sa concomitance avec la médicalisation des EHPAD, i.e. l'introduction, dans la tarification des EHPAD, d'une évaluation -via le référentiel PATHOS- des soins requis par la population accueillie, combinée à l'évaluation selon la grille AGGIR du niveau de dépendance de cette population. La « Pathossification » ou « tarification au GMPS » était destinée à financer une augmentation du taux d'encadrement de ces établissements en personnels soignants et ce, quelle que soit l'option tarifaire retenue. La concomitance entre Pathossification et passage au TG résultait elle-même des instructions ministérielles qui faisaient de l'exercice de cette option tarifaire un motif d'éligibilité prioritaire à la validation d'une coupe Pathos.
- Un facteur supplémentaire d'explication tenait à la surreprésentation, dans le champ du tarif global, des établissements issus de la partition des unités de soins de longue durée (USLD), souvent au-dessus des cibles de convergence budgétaire (en conséquence amenés à voir leurs dotations diminuer sur cinq ans) et/ou accueillant des populations à forte charge en soins.
- Ces constats économiques étaient contrebalancés par l'observation d'effets positifs – certes encore émergents dans de nombreux cas – du tarif global en termes de vigilance des équipes d'encadrement des établissements à la dépense de soins, en termes d'effort de coordination et de rationalisation du soin dans ces établissements. La combinaison du tarif global et de la PUI apparaissait comme particulièrement propice à une économie des soins maîtrisée (cependant que la PUI ne semblait pas soutenable économiquement en association avec le tarif partiel).
- C'est pourquoi la mission avait alors préconisé la réouverture immédiate de l'option du TG, assortie de modalités de gestion toutefois plus rigoureuses susceptibles d'en limiter le coût immédiat : amélioration du système d'information entre EHPAD et autorités tarifaires, non automaticité de l'attribution des plafonds de dotation fournis par l'équation au GMPS, réintégration des dépenses de masseurs-kinésithérapeutes dans le périmètre du tarif partiel, et revalorisation de celui-ci à due concurrence, transfert de l'enveloppe soins de ville de l'ONDAM vers l'enveloppe médico-sociale.

- [80] La présente mission a donc repris ce sujet, non seulement pour mettre à jour certaines données de coût, mais surtout pour élargir l'étude aux soins hospitaliers sur la base du chaînage des dépenses que la CNAMTS est en mesure de réaliser aujourd'hui pour la population résidant en EHPAD grâce au déploiement récent d'un outil de suivi des personnes résidant dans ces établissements. Un travail statistique important et novateur a donc été réalisé consistant à calculer le coût complet (ou quasi-complet) de soins consommés par la population hébergée en EHPAD, pour chacune des quatre catégories tarifaires en vigueur : tarif global avec ou sans PUI, tarif partiel avec ou sans PUI (voir détail de ces travaux infra).

1.4. Les orientations budgétaires maintenues depuis 2010

1.4.1. Poursuite du gel de la valeur du point de GMPS en tarif global

- [81] La valeur du point de GMPS en TG a été gelée en 2013 pour la troisième année consécutive, parallèlement à la suspension de tout nouveau passage au TG sur la période.
- [82] La valeur du point de GMPS en TP s'inscrit en très légère progression : + 3 % entre 2010 et 2013...sachant que l'essentiel des dépenses des EHPAD dans ce régime tarifaire s'impute sur l'enveloppe (non fermée) des soins de ville, dont la progression sur la période est de 7 % (avec un taux de progression annuel compris entre 2,1 % et 2,8 %).

Tableau 1 : Evolution de la valeur du point de GMPS

	2013	2012	2011	2010	2006	Variation 2013/2006
Tarif Global						
Avec PUI	13,10 €	13,10 €	13,10 €	12,98 €	12,00 €	+ 9,2 %
Sans PUI	12,44 €	12,44 €	12,44 €	12,33 €	11,00 €	+ 13,1 %
Tarif Partiel						
Avec PUI	10,32 €	10,18 €	10,10 €	10,01 €	9,50 €	+ 8,6 %
Sans PUI	9,75 €	9,62 €	9,55 €	9,47 €	8,40 €	+ 16,1 %

Source : Arrêtés annuels fixant les valeurs du point des tarifs plafonds applicables aux EHPAD ayant conclu la convention tripartite pluriannuelle prévue à l'article L. 313-12 du CASF.

- [83] On notera sur longue période les évolutions contrastées des valeurs du point de GMPS. Si les évolutions propres au tarif global s'expliquent par les développements qui précèdent, en revanche **l'évolution différenciée au sein du tarif partiel, selon l'existence ou non d'une PUI, est beaucoup plus difficile à justifier.**
- [84] Les taux de revalorisation annuelle des dotations de soins en EHPAD (entre 0,7 % et 1,7 % au cours des cinq dernières années – cf. tableau ci-dessous) modèrent faiblement l'incidence du gel du point.

Tableau 2 : Taux de revalorisation annuelle des dotations de soins en EHPAD

2013	2012	2011	2010	2009
+ 1,4 %	+ 0,71 %	+ 0,89 %	+ 1,2 %	+ 1,7 %

Source : circulaires interministérielles relatives aux campagnes budgétaires annuelles des établissements et services médico-sociaux

[85] Dans la mesure où ces taux déterminent la revalorisation des dotations, qu'elles soient partielles ou globales, *dans la limite des plafonds* théoriques déterminés par l'équation tarifaire et la valeur du point, ils ont permis de compléter à la marge les dotations globales des EHPAD situés en deçà des plafonds tarifaires. A l'inverse, le gel de la valeur du point laisse véritablement inchangée la dotation des établissements situés au plafond, voire conduit à la réduction de cette dotation lorsqu'une diminution du GMPS d'une année sur l'autre fait basculer l'établissement en convergence. En tarif partiel, les taux de reconduction ajoutent leurs marges de progression à celle (modeste) de la valeur du point.

1.4.2. Poursuite de la médicalisation et de la convergence tarifaire

1.4.2.1. Poursuite de la médicalisation des EHPAD...

[86] Dans le cadre de la campagne budgétaire 2013, des crédits de médicalisation à hauteur 155 M€ ont été délégués aux ARS (s'y ajoutent 7 M€ au titre des effets en année pleine des conventions signées antérieurement à 2012). Ces mesures nouvelles représentent 1,7 % de l'OGD.

[87] Au 31 décembre 2012, 74 % des places d'EHPAD font l'objet d'une tarification au GMPS ; c'est 5 points de plus que ce qu'avait établi le précédent rapport IGAS deux ans plus tôt¹⁴. Cette proportion est cependant inégalement distribuée : ainsi 91 % des places tarifées au TG le sont sur la base du GMPS alors que cette proportion est de seulement 65 % parmi les places tarifées au TP.

[88] Si la tarification ancienne à la « DOMINIC » concerne encore 26 % des places à l'échelle nationale, cette proportion varie aussi selon les régions : elle est par exemple de 22 % en Auvergne, de 13 % en Ile-de-France, de 8 % en Alsace et nulle en Limousin.

[89] En outre, la relative complexité des validations de coupes PATHOS, dont la charge repose de facto sur un petit nombre de médecins en ARS, conjuguée à la difficulté de traduire la coupe en termes budgétaires dans le cadre d'enveloppes régionales désormais fermées, ont ralenti les rythmes de réévaluation des PMP. Ainsi près des 2/3 des PMP validés datent de plus de trois ans (validation antérieure à 2010).

[90] Trois autres facteurs plus conjoncturels contribuent à expliquer l'ancienneté des PMP :

- un moratoire, imposé par l'instruction conjointe DGCS-CNSA du 16 février 2010, sur la revalidation à deux ans du PMP des EHPAD en 2010 ;
- un second moratoire, posé par la circulaire budgétaire du 29 avril 2011, relatif à l'engagement de mesures nouvelles de médicalisation en 2011, en anticipation d'un dépassement de l'enveloppe nationale¹⁵ ;
- une orientation nationale de validation des coupes PATHOS ciblée sur les USLD en 2011.

1.4.2.2. ...Malgré d'importants retards de renouvellement des conventions tripartites

[91] Un peu plus de 600 conventions tripartites dites de deuxième génération (liées à la mise en place du référentiel PATHOS) étaient en attente de renouvellement fin 2012, représentant 62 000 places, soit 11 % des capacités du secteur¹⁶.

[92] S'y ajoutent les conventions dites de première génération (antérieures au déploiement de la tarification au GMPS) ; fin 2012, un peu plus de 1 537 de ces anciennes conventions étaient toujours en attente de renouvellement, représentant quelque 113 000 places ou 20 % de la capacité du secteur.

[93] Au total, selon ces données, dont la mise à jour n'est toutefois pas garantie, environ 30 % des places du secteur sont tarifées dans le cadre de conventions tripartites qui se trouvent aujourd'hui en attente de renouvellement.

[94] Ces retards ont diverses causes : divergences entre ARS et Conseils généraux sur l'accompagnement des augmentations d'effectifs, effet des dotations régionales limitatives, manque de disponibilité des inspecteurs et médecins concernés dans les ARS (par ailleurs absorbés par une procédure budgétaire excessivement lourde dans ce secteur – cf. infra).

1.4.2.3. Poursuite de la convergence pour les EHPAD situés au-dessus du plafond de ressources calculé sur la base du GMPS

[95] La construction de l'OGD 2013 intègre une économie de 13 M€ au titre de la convergence tarifaire¹⁷ ; ce montant s'impute sur les dotations des 949 EHPAD (totalisant 89 815 places soit 16 % des capacités du secteur) qui sont soumis à la convergence cette année. Il s'inscrit dans un volume national de convergence de 64 M€ pour la période 2010-2016¹⁸.

[96] Si ce principe d'harmonisation des niveaux de dotation des EHPAD est le fil rouge de leur régulation budgétaire depuis plusieurs années, il demeure contesté.

[97] Il s'agit tout d'abord d'une **procédure complexe**, qui suppose le recalcul annuel¹⁹ par les ARS du positionnement de chaque EHPAD au regard du plafond théorique applicable et qui se traduit par une réelle incertitude budgétaire pour les EHPAD proches du plafond (réfaction potentielle d'une année sur l'autre de leur dotation de soins si le GMP révisé annuellement vient à baisser). Or cette complexité est à mettre en regard d'un **rendement budgétaire modeste** : le montant redistribué au titre de la convergence à l'échelle nationale représente environ **0,1 % de l'OGD annuel**. En cumulé sur les sept années de référence (2010-2016), l'économie ainsi comptabilisée représente seulement 0,7 % de l'OGD 2013.

[98] Par ailleurs, la convergence **s'articule mal avec la notion de tarifs dits « plafonds »** (et non « cibles »), d'une part, **et avec l'existence de dotations régionales limitatives**, d'autre part. C'est pourquoi elle s'applique dans les faits de manière asymétrique. La somme des dépassements de plafonds de 63,9 M€ des 949 établissements en processus de convergence contraste avec les 241,6 M€ d'écarts au plafond pour les 3 694 établissements situés en-dessous de celui-ci²⁰ (cf. annexe n°4).

[99] De fait, certaines ARS, par prudence et pour privilégier une extension plus rapide de la tarification au GMPS à l'ensemble du secteur, ont pour politique d'allouer des dotations de soins qui ne dépassent pas une fraction du plafond (92 % par exemple en Alsace). La circulaire budgétaire 2013 elle-même est fondée sur une hypothèse implicite de limitation des dotations à 90 % des plafonds.

1.4.3. Une croissance encore soutenue des enveloppes

[100] La sous-enveloppe de l'ONDAM consacrée aux soins des personnes âgées dans le champ médico-social représente certes une petite fraction de l'ONDAM total : 8,4 Md € en 2013 sur un ONDAM total de 175,4 Md €, soit 4,8 % de ce dernier. Mais elle bénéficie depuis plusieurs années d'une dynamique de progression soutenue.

- [101] Le secteur des EHPAD a fait l'objet en effet d'une distribution de ressources importantes: l'OGD « personnes âgées » qui atteint **9,3 Md € en 2013** a plus que doublé depuis 2005 en valeur absolue, sous l'effet d'une progression de l'ONDAM médico-social Personnes âgées de 4 Md€ en 2005 à 8,4 Md€ en 2013, auquel s'est ajouté progressivement un apport de la CNSA. L'ONDAM médico-social augmente encore de 4 % en 2013 par rapport à 2012, dans un contexte d'évolution générale de l'ONDAM de 2,7 %.
- [102] Cette progression des ressources reflète un fort développement de l'offre dans le cadre du plan solidarité grand âge 2006-2012 – augmentation très marquée des capacités d'accueil²¹ des personnes âgées dépendantes et médicalisation des maisons de retraite – et du plan Alzheimer²² 2008-2012.

Tableau 3 : Evolution des sous-enveloppes de l'ONDAM

ONDAM (Md€)	2013 (obj)	2012	2011	2010	2006	Variation 2013/2006
ONDAM SV	80,5	77,9	77,3	75,2	66,0	22 %
ONDAM Hôpital	76,5	74,5	72,7	70,9	63,7	20 %
ONDAM MS	17,1	16,5	15,8	15,2	11,0	55 %
dont ONDAM MS-PA	8,4	8,0	7,6	7,3	4,4	91 %
Autres	1,3	1,2	1,1	1,0	0,6	
ONDAM total	175,4	170,1	167,0	162,4	141,3	24 %

Source : Direction de la Sécurité sociale et Commission des comptes de la Sécurité sociale

- [103] Une très petite partie de la progression de l'ONDAM médico-social-personnes âgées provient d'un redéploiement de ressources explicite au sein de l'ONDAM. Il existe en revanche des **transferts de charges non explicites**, du secteur des soins de ville notamment vers l'enveloppe des personnes âgées, à la faveur de l'intégration de certaines dépenses dans le budget de soins des EHPAD : ainsi il n'y a quasiment plus d'interventions d'infirmières libérales dans les EHPAD aujourd'hui, et sur les 4 postes couverts spécifiquement par la dotation de soins en tarif global, les remboursements de soins de ville aux résidents sont désormais quasi nuls dans les établissements concernés (cf. infra résultats de l'analyse des coûts). En outre, les dépenses de soins de ville intégrées dans la responsabilité budgétaire des EHPAD à la faveur du tarif global ont contribué à alléger les charges relevant de l'enveloppe correspondante dans l'ONDAM : les calculs de coûts réalisés dans le cadre cette mission (cf. infra partie 2) conduisent ainsi à estimer à environ 268 M€ la moindre dépense induite par le tarif global sur l'enveloppe des soins de ville en 2012 (soit 0,34 % de ladite enveloppe).
- [104] Il reste que l'injection significative de ressources dans le secteur depuis plusieurs années rend l'idée de raisonner à budget constant difficile à imposer ; elle ne s'est accompagnée que tardivement d'un effort (en cours) de mise à niveau des systèmes d'information et de « reporting » sur l'emploi des sommes correspondantes.
- [105] La question du rythme de progression des ressources médico-sociales à moyen terme est posée – au regard de facteurs comme l'accroissement prévisible du très grand âge, de la dépendance et de la prévalence des pathologies démentielle mais aussi de la politique de maîtrise des dépenses publiques.
- [106] Elle n'en rend que plus indispensable **un effort de compte rendu sur l'utilisation de ces ressources, ainsi que des modalités robustes et reproductibles d'analyse de la dépense, enfin un modèle économique rigoureux et cohérent pour les établissements concernés.**

1.5. Des éléments de contexte nouveaux à prendre en compte

[107] De nombreux chantiers relatifs au secteur des EHPAD avancent de manière parallèle et doivent aboutir en 2013 ou 2014 selon les cas. Cet ensemble de travaux est susceptible de fournir plusieurs leviers pour faire évoluer la régulation du secteur à court et moyen terme. La capacité des administrations concernées à les piloter, à les articuler et à poursuivre à travers eux des finalités claires sera déterminante.

1.5.1. Des initiatives visant à refonder certains paramètres du financement des soins en EHPAD

1.5.1.1. Rénovation du référentiel PATHOS

[108] Le référentiel PATHOS, utilisé pour évaluer les soins requis pour une personne au regard d'un état pathologique, est désormais un paramètre déterminant dans le calcul des dotations de soins allouées aux EHPAD.

[109] Il faut toutefois rappeler qu'il n'était pas, à l'origine, conçu comme un instrument tarifaire, ce qu'il est devenu en 2007 seulement ; ceci permet d'éclairer ses limites actuelles – cf. encadré.

Evolution du référentiel PATHOS

La création du référentiel PATHOS en 1997 résultait d'une volonté de la CNAMTS de disposer d'un outil centré sur les pathologies les plus fréquentes en gériatrie, complémentaire à la grille AGGIR, afin de pouvoir comparer les établissements. Au niveau individuel, il constitue un instrument de description synthétique de l'état de santé d'une personne âgée ; au niveau collectif, c'est un outil de comparaison des populations prises en charge, voire des prestations, dans le champ des soins médicaux et techniques. Il pré-existait donc à la tarification ternaire des EHPAD comme à leur médicalisation, et c'est l'article 56 de la loi n° 2007-290 du 5 mars 2007, dite loi "DALO", qui l'a érigé en instrument de tarification, à côté de la grille AGGIR.

Le PMP, indicateur de charge en soins pour la prise en charge des polyopathologies dans une population donnée, correspond à l'addition des points dans les 8 postes de ressources du référentiel, pondérée par la valeur du point dans chacun de ces 8 postes.

La construction de PATHOS est demeurée inchangée : si une actualisation régulière des recommandations de codage a été effectuée, la conception du référentiel et son algorithme (états pathologiques, postes de soins, ordonnances, temps quantifiés, sommations pondérées...) n'ont pas été réexaminés pendant 15 ans. D'importants travaux de révision sont actuellement en cours.

[110] Le comité scientifique des référentiels (AGGIR et PATHOS) installé en décembre 2011, sous la présidence du Professeur Jean-Luc Novella, est une instance indépendante chargée d'organiser l'audit, la maintenance et l'évolution de ces référentiels.

[111] Un rapport d'étape remis par ce comité le 2 août 2012 a formulé plusieurs recommandations concernant l'évolution de PATHOS, notamment : l'actualisation des 240 ordonnances définies « à dire d'expert » réalisées il y a 15 ans ; l'actualisation des règles de codage ; le développement des usages de ce référentiel vers une fonction d'aide au pilotage au niveau des établissements et des ARS.

[112] L'actualisation de ces ordonnances, mais aussi de l'algorithme de sommation pondérée et de son application informatique, est aujourd'hui engagée afin de tenir compte de l'évolution des pratiques médicales et de l'état de l'art, de mieux appréhender les troubles du comportement et de mieux valoriser les actions de prévention.

- [113] Ce travail de grande ampleur suppose de se pencher dans le détail sur 48 états pathologiques afin de préciser (malgré l'absence de référentiel disponible pour beaucoup d'entre eux) la juste combinaison de ressources en soins (parmi huit catégories de ressources identifiées) et de traduire ces combinaisons en points Pathos. Cela suppose pour les médecins impliqués d'aller au-delà de leurs champs d'intervention habituels ; ils s'appuient pour ce faire non seulement sur les sociétés savantes mais aussi sur un groupe technique composé de gériatres et de professionnels paramédicaux (IDE, psychologues, masseurs-kinésithérapeutes). Les ordonnances seront ensuite soumises sur le terrain à un panel de médecins coordonnateurs puis finalisées et validées par le comité scientifique. Simultanément une plus grande transparence des ordonnances sera recherchée (le contenu des ordonnances sous-jacentes à Pathos n'étant aujourd'hui pas public). Ce travail doit aboutir mi 2014.
- [114] La valorisation financière des soins retenus dans les ordonnances constituera l'étape finale de ce travail. L'articulation de cet exercice de valorisation avec les résultats de l'enquête de coûts de l'ATIH, attendus en 2014 (cf. infra), reste cependant à éclaircir.
- [115] Il y aura lieu alors de réinterroger l'équation tarifaire, voire le périmètre des soins valorisés dans PATHOS (qui aujourd'hui ne reflète que partiellement le périmètre des charges supportées par les établissements sur leur budget de soins, cf. partie 3.4.5).

1.5.1.2. Evolution des modalités de validation des coupes PATHOS

- [116] Le décret n°2013-22 du 8 janvier 2013 relatif à l'évaluation et à la validation du niveau de perte d'autonomie et des besoins en soins des personnes hébergées en EHPAD fait également suite à l'une des recommandations du rapport d'étape de 2012 du comité scientifique des référentiels.
- [117] Ce texte normalise le cadre et la périodicité de la validation des PMP et des GMP, en synchronisant l'une et l'autre de ces mesures et en prévoyant leur renouvellement, simultané, lors de la conclusion des conventions tripartites pluriannuelles et une fois en cours de convention. Il répond ainsi à l'une des critiques adressées à PATHOS quant à la variabilité selon les régions de la fréquence des coupes.
- [118] Le décret du 8 janvier 2013 affirme également le principe selon lequel ces évaluations « sont utilisées pour le calcul [de la dotation dépendance et de la dotation soins] à compter de l'exercice budgétaire de l'année de leur réalisation », principe subordonné toutefois au respect des dotations régionales limitatives. Le nouvel article R. 314-173 du CASF dispose ainsi : « *Lors du renouvellement des évaluations (...), une décision budgétaire modificative prend en compte, le cas échéant, les nouvelles valeurs du groupe iso-ressources moyen pondéré et du pathos moyen pondéré (...)* ».

- [119] Enfin le décret introduit le principe d'une **validation tacite** de ces mesures par l'autorité tarifaire à l'expiration d'un délai de trois mois suivant réception des évaluations de l'établissement. Il s'agit là d'une disposition à la fois pragmatique – au regard de la charge administrative que représentent ces validations – et sensible – au regard de l'incidence de ces mesures sur les ressources allouées à l'établissement et des stratégies mises en place par certains acteurs, en particulier les groupes privés, pour « optimiser » leurs PMP. La mission de l'IGAS a eu connaissance des instructions internes à un groupe concernant la « mise en place d'une gestion prévisionnelle de la coupe Pathos », déployée sur une année, prévoyant, via un « check-up gériatrique », le recensement complet des diagnostics (« Récolter le maximum de P2, de R2, et de T2 Chroniques ») ainsi que la collecte des éléments de preuve, et précisant la stratégie d'optimisation du codage (on lit ainsi « Coter T2 si suivi médical serré : par exemple le suivi des neuroleptiques donnés temporairement pour troubles du comportement : on est alors dans du T2 qui rapporte encore plus que le P2 »). Un autre grand groupe indique mettre des experts à disposition des établissements « pour soutenir les médecins coordonnateurs face aux médecins valideurs des ARS » au moment des coupes PATHOS.
- [120] De telles stratégies sont inévitables s'agissant d'un outil qui sert de base à la tarification ; on observe un phénomène analogue s'agissant du codage des séjours hospitaliers dans le cadre de la tarification à l'activité.
- [121] Il importe donc de trouver le juste compromis entre l'allègement des procédures administratives et le pari de la confiance avec les établissements, d'une part, la maîtrise des ressources publiques par des évaluations et contrôles pertinents, d'autre part. Une circulaire en préparation devra préciser les modalités d'application de la validation tacite prévue par le décret du 8 janvier 2013 ; elle pourrait notamment s'appliquer dans les cas de PMP évoluant modérément (à l'intérieur d'une fourchette).
- [122] En toute hypothèse, certaines fragilités des coupes demeurent, en particulier leur sensibilité au jour de la coupe, à la qualité des diagnostics et à la tenue des dossiers médicaux par les médecins traitants.

Résultats du processus de validation des coupes PATHOS en 2012²³

Sur 640 coupes (51 591 résidents), le PMP a été validé en diminution par rapport au PMP proposé par l'établissement dans 70 % des cas (même proportion qu'en 2011, un peu en-dessous de celle observée entre 2008 et 2010 : 80 %) ; le PMP a été validé en augmentation dans 30 % des cas.

Au final, le PMP moyen en résultant s'est établi à 192, soit 16 points en-dessous du PMP moyen proposé (208). Plus de la moitié des fiches validées ont fait l'objet d'une modification (avec accord de l'établissement). Les contestations restent rares (18 en 2012).

1.5.1.3. Lancement de l'enquête de l'ATIH sur les coûts en EHPAD

- [123] Engagée en 2012, l'enquête de l'ATIH²⁴ sur les coûts en EHPAD, dont la conception a impliqué l'ensemble des administrations et des fédérations concernées, est à présent dans sa phase opérationnelle ; ses résultats sont attendus pour la fin du premier trimestre 2014.
- [124] Si une meilleure connaissance des coûts de fonctionnement des EHPAD apparaît essentielle, l'exploitation des résultats de cette enquête pourrait comporter plusieurs difficultés :
- difficultés liées à la petite taille de l'échantillon constitué (une cinquantaine d'établissements, soit moins de 1 % du secteur) ;
 - difficultés liées à la ventilation des coûts retenue, entre 4 catégories (pour la section « hébergement permanent ») : hôtellerie, accompagnement, vie sociale, soins dispensés ; cette ventilation ne recoupe pas les sections budgétaires et requiert de la part des

établissements (certes accompagnés) une délicate ventilation des temps de travail des personnels ;

- difficultés liées à la définition de l'unité de calcul des coûts : la place ? le résident ? le résident pondéré de sa cotation Pathos ? Ce point reste à préciser et pourrait conduire à étendre la réflexion à la mesure de l'activité de ces établissements ;
- difficultés liées aux incertitudes entourant les finalités de l'enquête pour l'administration de tutelle : ajustement des tarifs (ce qui supposera de reconstruire les coûts sur les périmètres tarifaires) ? ajustement du contenu des tarifs et des sections budgétaires ? fourniture de coûts élémentaires qui pourraient être utiles à la rénovation du référentiel Pathos (dans la phase de valorisation des ordonnances) ?

[125] Aussi le comité de pilotage envisage-t-il de reconduire cette enquête l'an prochain (sur données 2013) en élargissant l'échantillon d'établissements et en renforçant leur accompagnement.

[126] Par ailleurs, cette enquête sera suivie d'une « étude nationale de coûts²⁵ », dont les modalités pratiques et conditions de financement doivent être précisées en 2014, en vue d'une réalisation en 2015 et d'une exploitation en 2016. Pour cet exercice, il importe de tirer les leçons de l'expérience obtenue dans le domaine de l'hôpital. Il est souhaitable que, dans le champ des EHPAD, tutelle et fédérations puissent débattre des coûts avant la mise en place d'éventuels nouveaux tarifs.

[127] Les travaux engagés avec l'appui de l'ATIH sur les coûts des EHPAD constituent une nouvelle étape importante dans la régulation de ce secteur. Leur bonne fin suppose, au niveau des administrations de tutelle, une double cohérence : cohérence méthodologique entre réflexion sur les coûts et mesure d'activité ; cohérence stratégique entre l'ambition de la démarche et les moyens mobilisés (pour la collecte et le traitement de l'information comme pour l'accompagnement des établissements).

1.5.2. La progression de la connaissance médico-économique du secteur et de ses outils de pilotage

1.5.2.1. Développement des remontées et partages d'informations sous le pilotage de la CNAMTS ou de la CNSA

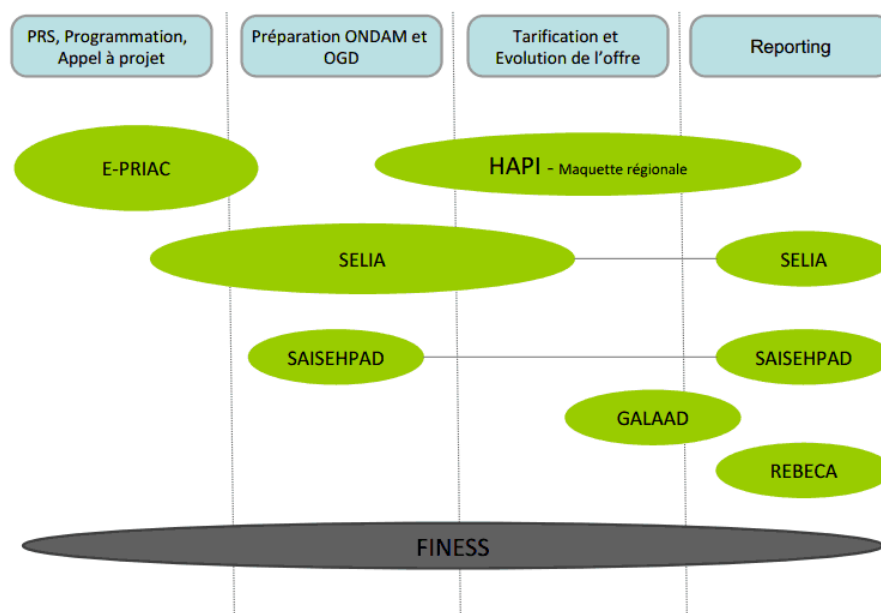
[128] Le déploiement de RESIDEHPAD au sein du réseau du régime général de l'assurance maladie, fin 2011 et début 2012, a permis un réel progrès dans le suivi de la population résidant en EHPAD et de ses consommations de soins.

[129] La conception de l'outil, fondée sur l'article²⁶ R.314-169 du CASF, comporte cependant des limites : pas de distinction entre les différents modes d'hébergement (hébergement permanent vs. temporaire, dont les modalités de financement et les règles de comptabilisation des charges de soins sont différentes) ; absence d'information fine sur l'utilisation de la dotation de soins par les établissements ; pas d'usage possible pour l'instant en termes d'analyse de la dépense en routine ; absence d'information médico-économique sur la population hébergée telle que la fournissent le GMP et le PMP. Cet outil reste donc perfectible. Par ailleurs, son déploiement dans les autres régimes d'assurance maladie est toujours en cours mi-2013.

[130] L'application HAPI (HARmonisation et Partage d'Information), sous pilotage CNSA, est destinée au suivi des campagnes budgétaires des établissements médico-sociaux, dont les EHPAD, et à la préparation des dialogues de gestion entre ARS et échelon national. Cette application devrait intégrer à partir de la fin 2013 les remontées des budgets de soins des EHPAD de manière automatisée (minimisation des travaux de saisie pour les établissements).

- [131] La base GALAAD, sous pilotage CNSA également, recense les évaluations AGGIR/PATHOS, permet un partage sécurisé des données de validation avec les conseils généraux et présente une cartographie des caractéristiques des personnes accueillies en EHPAD.
- [132] L'application SELIA, alimentée par les ARS, permet le suivi des installations prévues dans les plans nationaux et de la consommation des enveloppes relatives aux créations de places. Deux extractions sont réalisées par la CNSA : une au 31 mai pour préparer l'ONDAM N+1, une autre au 31 décembre pour le suivi de la mise en œuvre des plans nationaux et la notification des crédits de paiement de l'année N.
- [133] Le système SAISEHPAD alimenté par les ARS est destiné au suivi du conventionnement des EHPAD et à la préparation des enveloppes régionales de médicalisation ; sa fiabilité semble toutefois devoir être améliorée.
- [134] Enfin, l'application REBECA (Remontée des budgets exécutoires et des comptes administratifs) est en vigueur sur le champ des établissements et services pour personnes handicapées et des SSIAD. Son extension aux EHPAD est envisagée à l'horizon 2015. Elle devrait permettre une analyse nationale des coûts de fonctionnement par grands agrégats ; il est prévu qu'elle intègre à terme le 4^{ème} indicateur de gestion du risque en EHPAD relatif à l'utilisation de la dotation de soins par les établissements (indicateur de portée toutefois limitée du fait même des agrégats comptables composites sur lesquelles il s'appuie, cf. infra).

Graphique 3 : L'organisation du système d'information métier de la CNSA



Source : CNSA

1.5.2.2. L'émergence d'une gestion du risque dans ce secteur

[135] Aux actions de gestion du risque (GdR) engagées par les caisses d'Assurance maladie, sous la forme notamment de sensibilisation à la iatrogénie médicamenteuse et de retour d'information sur le profil de dépenses de chaque établissement, s'ajoutent depuis peu les actions de gestion du risque des ARS, selon deux axes :

- « Efficience des EHPAD »²⁷ : cet axe se déploie depuis 2012 dans toutes les régions, à raison d'un ou de quelques départements par région. Aux trois ratios renseignés en 2012 (taux de consommation de la dotation de soins, taux d'occupation de l'établissement, temps de présence du médecin-coordonnateur) s'est ajouté en 2013 un quatrième ratio, relatif à la structure de la dépense financée par la dotation de soins. Ces ratios sont renseignés sur la base des comptes administratifs, avec un décalage de deux ans (comptes 2011 pour les ratios renseignés en 2013). Au total, un ensemble de 9 ratios (retenus par le groupe de travail constitué sur le sujet) doit être progressivement déployé.
- « Promotion de bonnes pratiques professionnelles », en particulier en matière de prescriptions pharmaceutiques²⁸ : depuis 2011, les ARS doivent diffuser la démarche de gestion du risque auprès des EHPAD et promouvoir des actions visant à améliorer la qualité de la prise en charge, notamment via un usage plus discriminant des neuroleptiques chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer et une modération des risques iatrogéniques. D'autres actions complémentaires s'ajoutent à ce socle : appui des OMEDIT sur divers thèmes relatifs au bon usage du médicament en EHPAD, sensibilisation par les services de la CNAMTS à la iatrogénie médicamenteuse, programme « MobiQual » de la société française de gériatrie et de gérontologie, etc.

[136] Si la démarche de gestion du risque (combinée à la négociation des conventions tripartites) a suscité dans certaines régions une mobilisation des acteurs autour de référentiels de qualité et d'efficience, elle rencontre toutefois encore des limites.

[137] Sur l'axe « efficience », ces limites tiennent d'abord à l'hétérogénéité des données transmises aux ARS par les établissements tant en termes d'exhaustivité qu'en termes de qualité²⁹. La relative inadaptation des nomenclatures comptables pour une analyse de nature médico-économique, la complexité des notifications budgétaires se rapportant à une année civile donnée, ainsi que l'insuffisance des systèmes d'information actuels sont sous-jacentes à ces difficultés. Les délais de traitement sont en conséquence assez longs : la synthèse nationale des remontées des ARS fondées sur les comptes administratifs 2011 n'a été disponible qu'en juin 2013.

[138] S'y ajoutent des limites quant à la signification même de certains indicateurs ; c'est le cas en particulier du « 4^{ème} ratio » :

- l'appréhension de la dotation de soin est faussée par un ensemble d'éléments conjoncturels (les crédits non reconductibles, la variabilité des pratiques de reprise des résultats) ou structurels (difficulté à distinguer entre les différentes formes d'hébergement dans les documents fournis par les EHPAD³⁰) qui nécessitent des retraitements de la part des ARS ;
- la structure d'emploi de la dotation de soins en trois grandes catégories de dépenses (personnel, prestations et fournitures médicales ou paramédicales, matériel et amortissement) reflète les nomenclatures comptables de ces établissements et manque à la fois de finesse et de valeur médico-économique : la charge liée à l'interim serait par exemple intéressante à connaître, de même qu'un éclatement du poste composite des « prestations et fournitures médicales et paramédicales » ;
- surtout, l'expression des trois grandes catégories de dépenses en pourcentage de la dotation de soins éclaire assez peu le degré d'efficience de l'établissement, lequel supposerait de rapporter des charges à une activité.

[139] L'automatisation des transmissions et traitements d'informations nécessaires à la gestion du risque dans ce secteur reste un enjeu capital. Le déploiement de la GdR prévoit la mise en place en 2015 d'un système d'information pérenne qui doit assurer à la fois l'homogénéisation des contenus des comptes transmis par les EHPAD et l'importation automatique des données nécessaires à la construction de l'ensemble des ratios.

[140] Quant à la promotion des bonnes pratiques, il est trop tôt pour savoir si certaines avancées formelles (comme l'élaboration d'une liste préférentielle de médicaments ou la mise en œuvre par un EHPAD d'une « démarche d'alerte » sur les neuroleptiques) se traduisent par des ajustements réels des soins dispensés. La chaîne de décision est d'autant plus complexe que les actes de prescriptions incombent aux médecins traitants, le plus souvent libéraux donc sans lien hiérarchique avec l'établissement, et intervenant parfois en très grand nombre dans une structure (l'intervention dans un EHPAD de taille moyenne de 30 à 40 médecins traitants est une situation fréquente). La première étape de la « démarche d'alerte » prévue en matière de neuroleptiques consiste d'ailleurs en un simple « contact » entre le médecin coordonnateur de l'EHPAD et le(s) médecin(s) prescripteur(s) : ceci invite à la prudence et à la patience quant à la concrétisation de ses effets...

[141] Soulignons également le caractère déclaratif des indicateurs qualitatifs retenus au titre de la maîtrise des prescriptions (comme la mise en place par l'établissement d'une démarche d'alerte). D'autres indicateurs offrent une objectivation quantifiée intéressante de certaines pratiques : proportion de résidents Alzheimer sous neuroleptiques, proportion de résidents consommant des Benzodiazépines ou des Anticholinestérasiques, par exemple.

[142] Enfin, l'articulation entre les deux axes de la GdR en EHPAD reste à préciser.

1.5.2.3. Des travaux en cours autour d'un tableau de bord et d'indicateurs de qualité

[143] Un tableau de bord des ESMS est en cours d'expérimentation sous l'égide de l'ANAP. Sa généralisation est prévue en 2014 ; d'ici là, ses données et indicateurs doivent encore être fiabilisés et certaines questions pratiques doivent être arbitrées (comme l'attribution des responsabilités de portage de l'outil et de son exploitation).

[144] A la lumière de l'exploitation que la mission a tenté d'en faire au printemps 2013, cet outil, très riche, restait en effet à stabiliser et à fiabiliser : la mission a constaté des problèmes de cohérence des données et le renseignement de l'option tarifaire était absent pour 146 des 356 EHPAD figurant dans l'échantillon expérimental. Il est important que soient bien maîtrisées les conditions d'appropriation de ce tableau de bord par les acteurs censés l'alimenter, afin d'assurer son utilisation effective.

[145] Parallèlement, les travaux conduits par la DGCS sur les indicateurs de qualité (dans le cadre de l'article 67 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012) se poursuivent. Leur intégration dans la procédure budgétaire est néanmoins pour l'instant repoussée.

[146] Au total, l'enrichissement progressif de l'information disponible sur le secteur des EHPAD, ses ressources et son activité, est une évolution incontestablement positive. Le succès de cette dynamique à court et moyen terme comporte cependant plusieurs conditions :

- une bonne coordination des différents chantiers ouverts ;
- leur juste calibrage au regard des capacités de gestion des fournisseurs de données (EHPAD et ARS) et des capacités d'exploitation des destinataires à l'échelon national ou territorial ;

- la progression simultanée de l’informatisation dans les EHPAD sur la gestion comme sur les soins ;
- l’automatisation des transmissions de données (constitution d’une plateforme de remontées) ;
- la progression des échanges et de l’intégration des informations entre ARS et CPAM ;
- enfin la restitution aux acteurs à l’origine de l’information collectée.

1.5.3. D’autres évolutions sont susceptibles d’influer sur l’organisation des soins en EHPAD

1.5.3.1. Le sujet du médicament en EHPAD

- [147] L’expérimentation de la réintégration des médicaments dans les budgets de soins des EHPAD en l’absence de PUI, engagée sur la base de la LFSS pour 2009, est close.
- [148] Cette décision fait suite au rapport d’évaluation de cette expérimentation par l’IGAS, remis en novembre 2012, qui n’a pas préconisé une généralisation de l’intégration des médicaments dans les forfaits soins tout en formulant plusieurs orientations destinées à mieux maîtriser le risque médicament en EHPAD³¹.
- [149] L’article 67 de la LFSS pour 2013 prévoit donc la fin de l’expérimentation à compter du 1er juillet 2013, les EHPAD expérimentateurs disposant d’un délai de six mois pour sortir de l’expérimentation. La circulaire budgétaire du 15 mars 2013 précise (dans son annexe 7) les modalités opérationnelles de la transition pour les EHPAD concernés.
- [150] Cette période de transition doit permettre de préciser quelques orientations de politique publique relatives à l’amélioration de la prise en charge médicamenteuse des résidents en EHPAD, sur la base des conclusions de la mission confiée en novembre 2012 à un comité présidé par M. Philippe Verger, directeur adjoint du CHU de Limoges. Ces conclusions devraient être transmises à l’automne 2013.
- [151] Parallèlement, une mission a été confiée à l’IGAS en février 2013, relative à la prescription de médicaments, dont le rapport a été remis en juillet. Ses recommandations, qui visent essentiellement les soins de ville, sont susceptibles d’avoir indirectement une incidence sur les pratiques de prescription à l’égard des résidents en EHPAD.

1.5.3.2. La diversification des modalités de rémunération des médecins libéraux

- [152] Si le paiement individuel à l’acte reste central dans la rémunération des professionnels de santé libéraux, la convention médicale nationale³² du 26 juillet 2011 et ses avenants ont développé des formes de rémunération complémentaires sous forme, d’une part, de forfaits annuels et, d’autre part, de versements liés à des objectifs de santé publique. Les EHPAD, situés à l’intersection de la logique institutionnelle et du modèle des soins de ville, doivent tenir compte de ces évolutions.
- [153] A été ainsi généralisée à l’ensemble des médecins libéraux la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) – déjà expérimentée depuis 2009 dans le cadre du CAPI. Les objectifs visés ont trait :
- d’une part, à l’organisation des soins et du cabinet médical : tenue du dossier médical informatisé avec saisie de données cliniques, recours à un logiciel d’aide à la prescription,

utilisation des téléservices, ainsi que, pour les seuls médecins traitants, élaboration et mise à disposition d'une synthèse annuelle du dossier médical de ses patients ;

- d'autre part, à la qualité de la pratique médicale : suivi des pathologies chroniques, prévention et efficience des prescriptions ; ce volet concerne plus spécifiquement le médecin traitant et concentre 24 des 29 indicateurs retenus au total.

[154] On notera que ces deux séries d'objectifs présentent un intérêt particulièrement marqué pour les populations résidant en EHPAD.

[155] Par ailleurs, les formes complémentaires de rémunération forfaitaire, liées à certains profils de patients, se développent, notamment sur la base de l'avenant n°8 à la convention médicale, et la population hébergée en EHPAD se trouve particulièrement concernée. Entrent ainsi en vigueur au 1^{er} juillet 2013, notamment :

- la création de deux nouvelles consultations lourdes (cotées 2C) : une consultation de suivi de sortie d'hospitalisation pour les patients atteints de maladie chronique grave ; une consultation de sortie d'hospitalisation pour décompensation d'une insuffisance cardiaque ;
- la majoration forfaitaire de 5 € sur chaque acte clinique (C, CS, CNPSY, etc) pour les patients très âgés (patients de 85 ans et plus au 1^{er} juillet 2013 et de 80 ans et plus à compter du 1^{er} juillet 2014) ;
- la possibilité de coter un « C2 consultant » (avis ponctuel de consultant donné par un médecin spécialiste à la demande du médecin traitant) tous les 4 mois au lieu de 6 mois ;
- l'introduction d'un forfait annuel du médecin traitant pour les patients non ALD, fixé à 5 €; ce forfait s'ajoute à celui qui existe déjà depuis 2005 pour le médecin traitant au titre du suivi des patients en affection de longue durée (rémunération de 40 € par an et par patient en ALD).

[156] Ces évolutions soulèvent plusieurs questions pour les EHPAD.

[157] Elles soulèvent d'abord **une question juridique et financière** : ces compléments de rémunérations s'imposent-ils aux EHPAD en tarif global ? Qui, de l'Assurance maladie ou de l'EHPAD (lorsqu'il est en tarif global) est supposé les verser ?

[158] S'il semble raisonnable de considérer l'EHPAD géré en tarif global comme un *intermédiaire* entre le patient et le médecin libéral, et non comme un « donneur d'ordre », s'il semble éminemment souhaitable d'assurer un continuum sur les exigences de qualité des soins (suivi des pathologies chroniques, optimisation des prescriptions, obligations afférentes aux médecins traitants) où que soient les patients, enfin, si l'on considère que les médecins exerçant en EHPAD doivent (comme à leur cabinet) respecter les tarifs conventionnels pour bénéficier de la prise en charge de leurs cotisations sociales, alors on doit en déduire l'application de ces règles de rémunération aux actes dispensés en EHPAD sous tarif global...sauf si celui-ci s'est situé délibérément dans une relation financière négociée avec les professionnels libéraux intervenant dans ses murs.

[159] Les exceptions aux rémunérations conventionnelles restent, à vrai dire, très rares parmi les EHPAD en tarif global vis-à-vis des médecins libéraux, bien que l'article L. 314-12 du CASF prévoie l'éventualité de « modes de rémunération particuliers autres que le paiement à l'acte ». La faible appétence des directeurs d'EHPAD pour aller sur ce terrain de négociation, la contrainte de démographies médicales localement tendues et l'absence de textes d'application de la disposition législative précitée³³ ont fortement limité la concrétisation de cette possibilité.

- [160] Ce cas de figure mis à part, encore faut-il préciser l'étendue de la responsabilité budgétaire des EHPAD au regard de la diversification des rémunérations conventionnelles :
- la simplicité de gestion et le taux de renouvellement des résidents en EHPAD (de près d'un tiers par an) plaident pour un versement par l'Assurance maladie, dans les conditions de droit commun des forfaits annuels aux médecins traitants ;
 - à l'inverse, la logique selon laquelle l'établissement en tarif global se substitue au patient pour la rémunération des professionnels de santé libéraux conduirait à ce qu'il assume aussi les majorations d'actes (personnes âgées, consultations lourdes) relatives à ses résidents³⁴ – dès lors qu'il fonde sa politique de rémunération sur les règles conventionnelles.
- [161] La question des modalités d'extension des aides conventionnelles (rémunération sur objectifs de santé publique notamment) aux médecins exerçant dans un EHPAD à tarif global mérite d'être approfondie ; elle est en cours d'examen par la CNAMTS et la DSS.
- [162] Le tableau suivant présente une estimation des dépenses correspondant aux rémunérations complémentaires évoquées précédemment : l'impact total, d'environ 18 M€, représente 0,6 % des dotations de soins actuelles en tarif global ; les seules majorations d'actes en constituent un peu moins de 12 M€, soit 0,4 % des dotations.
- [163] Si ce supplément de dépense est susceptible d'être absorbé par les établissements qui dégagent un excédent sur leur budget soins, il sera plus problématique pour les EHPAD en convergence (c'est-à-dire 30 % des établissements en tarif global) ou en limite budgétaire (établissements avec de fortes contraintes liées au bâti par exemple).
- [164] Relevons aussi que, s'il est imputé sur le budget de soins des EHPAD sans abondement, il contribuera à réduire le surcoût net que représente le tarif global par rapport au tarif partiel : les seules majorations d'actes absorberaient environ 7 % de ce surcoût³⁵ (cf. étude des coûts, infra).

Tableau 4 : Estimation de l'impact des rémunérations forfaitaires complémentaires des médecins libéraux sur les budgets de soins des EHPAD en tarif global

Nombre de places TG	194 296
Proportion de résidents en ALD (*)	80 %
Proportion de résidents > 80 ans (*)	81 %
Nombre d'actes cliniques par an par résident (**)	15
Majoration actes cliniques personnes âgées	11,8 M€
Forfait annuel médecin traitant ALD	6,2 M€
Forfait annuel médecin traitant hors ALD	0,2 M€
TOTAL rémunérations complémentaires	18,2 M€
Total des dotations versées en TG	2 900 M€
Poids total des rémunérations complémentaires dans les dotations	0,62 %
Poids des seules majorations d'actes dans les dotations	0,40 %

Source : Mission IGAS

(*) Proportion établie sur la base des résultats des validations des coupes PATHOS des cinq dernières années (source : CNSA).

(**) Selon les données de la DREES³⁶ sur la base des résultats de l'enquête Handicap-Santé en institution (2009) appariés au SNIIRAM.

- [165] Le recrutement de médecins traitants salariés est jugé très positif par l'encadrement des EHPAD, qui y trouvent une meilleure coordination des soins, mais il reste en pratique limité aux établissements de grande taille ou aux cas où un même professionnel assume les fonctions de médecin coordonnateur et de médecin traitant pour une partie des résidents.
- [166] Par ailleurs, la rémunération sur objectifs de santé publique comme les compléments forfaitaires mis en place par la convention médicale soulèvent **des questions relatives au respect des conditions posées en termes de qualité des soins et de gestion de l'information.**
- [167] En effet, ces rémunérations valorisent explicitement certaines difficultés de prise en charge (préparation et actualisation de protocoles de soins, prise en compte des co-morbidités des patients, suivi plus complexe des traitements) et certaines exigences de qualité des pratiques (notamment la bonne tenue du dossier médical, une synthèse de l'information, la sollicitation d'avis spécialisés, un effort de coordination et de prévention). Cela rend d'autant plus légitimes les attentes des gestionnaires d'EHPAD à cet égard, mais pose aussi la question du degré de conditionnalité du versement du forfait au respect des engagements correspondants...et celle du système d'information à mobiliser, du cabinet médical à l'EHPAD.

Unification du régime de prise en charge des cotisations sociales des médecins libéraux intervenant en EHPAD

Les incertitudes (soulignées dans le précédent rapport de l'IGAS) entourant la prise en charge par les caisses d'assurance maladie des cotisations sociales des médecins libéraux sur les revenus tirés de leurs interventions dans des EHPAD en tarif global ont été récemment levées : l'avenant n°9 à la convention médicale, signé le 14 février 2013, prévoit un alignement sur le régime de prise en charge des honoraires de droit commun, et assimile donc à des revenus conventionnels les rémunérations versées par les EHPAD aux médecins libéraux – dès lors que ces rémunérations sont fondées sur les tarifs opposables de la Sécurité sociale.

1.5.3.3. Le développement de la logique de parcours de santé des personnes âgées en perte d'autonomie

- [168] L'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 a donné une impulsion supplémentaire au développement des parcours de soins des personnes âgées, en autorisant des dérogations législatives et réglementaires plus larges que le dispositif issu de la LFSS pour 2012 (article 70) et reprenant un certain nombre de préconisations du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Ces dérogations concernent notamment la tarification des EHPAD.
- [169] Ces nouvelles expérimentations sont menées dans le cadre de « projets-pilotes », dits « PAERPA », dans huit régions, avec une implication forte des ARS, et doivent se conformer à un cahier des charges, issu des travaux du comité de pilotage sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie présidé par Dominique Libault. Une évaluation rigoureuse est prévue sous l'égide de l'IRDES.
- [170] Si les premières expériences, fondées sur l'article 70 de la LFSS 2012, ont surtout visé les personnes résidant à leur domicile (ex : maison de santé gérontologique de Paris-Nord), quelques projets impliquent des EHPAD. On peut citer par exemple les pôles gériatriques du Noble Age qui visent à mieux articuler EHPAD, USLD et SSR via la formalisation de conventions et l'utilisation de systèmes d'information partagés ; ou le réseau de santé du Haut-Nivernais centré sur le renforcement des capacités de diagnostic gérontologique ; ou encore la filière gériatrique organisée autour d'un hôpital gériatrique avec le secteur de ville, les structures médico-sociales et une plateforme de téléassistance médicalisée³⁷.

[171] S'agissant du financement et de la mission des EHPAD, l'enjeu à cet égard est de savoir quel modèle économique leur permettra de s'intégrer au mieux dans cette logique de parcours coordonnés et de prévention des hospitalisations inutiles.

2. CALCUL DES COÛTS (QUASI) COMPLETS DES SOINS EN EHPAD

[172] Les possibilités de suivi et d'analyse de la dépense apportées par l'outil RESIDEHPAD, les capacités de chaînage ville-hôpital et la combinaison d'informations financières et physiques issues de l'Assurance maladie de la CNSA, ont rendu possible le calcul du coût (quasi)complet des soins consommés par les résidents des EHPAD (remboursement des soins de ville + dotations soins des EHPAD + dépenses hospitalières publiques et privées MCO) pour chacune des quatre grandes catégories tarifaires (tarif partiel ou global, avec ou sans PUI).

[173] Rappelons qu'il s'agit bien du coût pour l'Assurance maladie, et non des coûts pour les établissements, lesquels font l'objet des travaux engagés par l'ATIH, ni des coûts pour les résidents.

[174] La méthode et les résultats de ce travail statistique de grande ampleur sont présentés ci-après.

[175] Ils sont imparfaits : les difficultés objectives de ces travaux statistiques novateurs, conjuguées aux difficultés d'organisation des services concernés de la CNAMTS pour ce faire (difficultés de recrutement et d'encadrement du chargé d'étude) ont pu introduire quelques compromis avec le cadrage méthodologique qui avait été établi dans le groupe de travail.

[176] En outre, des travaux complémentaires, identifiés très en amont au sein du groupe mais qui n'ont pu aboutir dans les délais, devront être menés à bien à brève échéance :

- calcul des coûts en dépenses remboursées (les résultats actuels étant en bases de remboursement, lesquelles sont pertinentes dans une logique économique comparative mais le sont moins du point de vue du pilotage des dépenses d'Assurance maladie) ;
- réalisation d'une variante de calcul avec une hypothèse de convergence asymétrique ;
- calcul des taux de recours à l'hospitalisation pour chaque catégorie d'EHPAD, selon plusieurs indicateurs identifiés au sein du groupe de travail : part des résidents ayant eu au moins une hospitalisation au cours de l'année, nombre moyen de séjours par personne hospitalisée, durée moyenne des séjours, nombre moyen de journées d'hospitalisations rapporté à la capacité utilisée de l'EHPAD (ce ratio synthétise les précédents), nombre d'admissions aux urgences non suivies d'une hospitalisation rapporté à cette même capacité ;
- analyse de la variabilité des remboursements de ville et des hospitalisations entre établissements ;
- examen détaillé des crédits non reconductibles (volume, récurrence, destination).

[177] Par ailleurs, si les soins de suite et de réadaptation (SSR) ne font pas l'objet d'une tarification à l'activité, ils font néanmoins l'objet d'une traçabilité via le PMSI, qui devrait permettre à court terme d'intégrer ce type de soins dans les analyses et comparaisons entre options tarifaires.

[178] Le travail statistique qui vient d'être réalisé devra donc être affiné à court et moyen terme. A cet égard, la pérennisation des outils est indispensable (mise en place d'un Datamart, connexion de RESIDEHPAD au SNIIRAM), de même qu'un surcroît de transparence sur les méthodes. Ceci pourrait figurer dans la prochaine convention d'objectifs et de gestion de la CNAMTS.

- [179] **On ne peut que regretter cependant que les services de la CNAMTS aient annoncé fin septembre la réalisation d'une nouvelle série de calculs de coûts complets de soins en EHPAD, sur la base d'appariements plus fins et plus complexes et selon un calendrier d'exécution (hypothétiquement la fin de l'année 2013) indépendant des besoins de la mission.**
- [180] **Il est évident que les analyses et conclusions exposées dans ce rapport se fondent sur les données transmises par la CNAMTS dans les délais qui étaient impartis à la mission.**

2.1. Description de la méthode utilisée

- [181] Cette étude de coûts est fondée sur l'appariement manuel de plusieurs bases de données de la CNAMTS relatives aux résidents des EHPAD et aux soins présentés au remboursement (RESIDEHPAD, SNIIRAM, PMSI) ; elle intègre également des données fournies par la CNSA concernant la base établissements. L'appariement RESIDEHPAD - SNIIRAM - PMSI a été fait sur la base du NIR anonymisé.
- [182] Elle porte sur 452 621 résidents (soit 85 % du total) dont 375 885 affiliés au régime général ou aux sections locales mutualistes.

2.1.1. Le champ

2.1.1.1. En termes d'établissements

- [183] Le champ de l'étude est constitué de l'ensemble des EHPAD (en France métropolitaine et DOM) dont la caisse pivot relève du régime général. Les EHPAD dont la caisse pivot relève d'un autre régime d'assurance maladie n'ont pu être intégrés dans la mesure où l'outil RESIDEHPAD n'y est pas encore opérationnel.
- [184] Ce champ institutionnel a été constitué sur la base du fichier des EHPAD transmis par la CNSA, qui contenait plus précisément :
- leurs numéros FINESS géographique et juridique,
 - leur capacité en hébergement permanent (distincte de l'hébergement temporaire, cette distinction n'étant pas faite dans RESIDEHPAD s'agissant de la dotation de soins versée par la caisse pivot),
 - les GMP et PMP ainsi que leurs dates de validation,
 - les dotations de soins afférentes, relatives à l'hébergement permanent, incluant les dotations des PASA et UHR, mais excluant les crédits non reconductibles, avec neutralisation des reprises de résultats,
 - la liste des établissements en processus de convergence avec leur dotation cible.

- [185] En conséquence, ont été exclus les établissements pour lesquels les données étaient non exhaustives (non renseignement de la capacité ou incertitude sur le régime tarifaire), ce qui représente environ 200 établissements (16.000 places) sur un total de 6 400 établissements (550.000 places), soit 3 % de la capacité d'accueil du secteur.
- [186] Signalons également les difficultés de traitement des établissements multi-sites en raison des insuffisances des identifications FINESS.

[187] Il était enfin convenu d'exclure les EHPAD non tarifés au GMPS, afin de pouvoir lire des écarts de coûts véritablement imputables aux options tarifaires et non au rythme de déploiement du GMPS. Mais il est apparu à la fin de ces travaux que des EHPAD encore tarifés à la DOMINIC ont été à tort retenus par les services de la CNAMTS dans la base de calcul. Ceci étant susceptible de fausser la comparaison des niveaux de dotations entre catégories d'EHPAD, d'ultimes recalculs ont été réalisés à partir des dotations moyennes par place établies par la CNSA.

2.1.1.2. En termes de personnes hébergées

[188] La population retenue est composée de l'ensemble des personnes hébergées en EHPAD au cours de l'année 2012, dans le cadre de l'hébergement permanent, que ces personnes aient fait l'objet de remboursements de soins ou pas, y compris celles qui sont décédées au cours de la période.

[189] Les résidents relevant d'un régime d'Assurance maladie autre que le régime général sont intégrés dans l'étude (les caisses pivots reçoivent les listes de résidents quel que soit leur régime d'affiliation) ; en revanche, leurs dépenses n'ont pu être appréhendées directement et l'ont donc été par extrapolation de celles du régime général.

[190] Au total, les observations recueillies représentent 85 % de la population ayant séjourné en EHPAD en 2012, mais avec une relative sous-représentation de la catégorie du tarif global avec PUI (cf. tableau ci-dessous). Cela ne pose pas de problème particulier tant que les résultats sont analysés catégorie par catégorie, mais impose de revenir aux statistiques nationales pour estimer des impacts budgétaires globaux.

Tableau 5 : Répartition des résidents dans l'étude et répartition des capacités du secteur :

	TP sans PUI	TP avec PUI	TG sans PUI	TG avec PUI	Ensemble
Champs de l'étude CNAMTS (1)	310 195	19 864	63 762	58 800	452 621
	68,5 %	4,4 %	14,1 %	13,0 %	100,0 %
Capacités totales du secteur (2)	340 609	27 142	60 028	134 268	562 047
	60,6 %	4,8 %	10,7 %	23,9 %	100,0 %

Source : (1) CNAMTS (étude réalisée dans le cadre de la mission) ; (2) CNSA (enquête tarifaire).

[191] Cette sous-représentation relative du TG avec PUI pourrait provenir d'une moins bonne identification administrative et statistique de ces établissements, en raison de leur fréquent rattachement hospitalier sous forme de budget annexe.

2.1.1.3. En termes de dépenses de soins

[192] Les dépenses de soins retenues agrègent :

- les soins de ville dispensés aux résidents (en bases de remboursement) ;
- les facturations hospitalières relatives aux séjours de ces résidents dans les établissements de santé publics ou privés du champ MCO (valorisation des GHS et honoraires en cliniques) ; les soins palliatifs ont été intégrés lorsqu'ils étaient associés à un GHS ;
- les dotations de soins versées aux établissements au titre de l'hébergement permanent.

- [193] Les soins de ville ont fait l'objet d'une imputation mensuelle au prorata des temps de présence des résidents ; il est possible que ce compromis méthodologique (l'imputation au jour le jour ayant été considérée comme trop complexe par les services de la CNAMTS) aboutisse à légèrement sous-estimer les soins de ville effectivement consommés dans les EHPAD.
- [194] Les hospitalisations retenues sont centrées sur le court séjour. Les séjours en SSR, en psychiatrie ou en USLD n'ont pas pu être pris en compte en raison de leur mode de financement qui ne permet pas la valorisation individuelle des séjours³⁸. Selon une analyse des consommations de soins des résidents en EHPAD réalisée par les CPAM d'Ile-de-France sur 2011, les séjours MCO représentent environ 90 % du nombre de séjours de cette population en établissements de santé (proportion légèrement moindre pour les EHPAD en TG avec PUI pour lesquels elle est de 87,7 %), le SSR représentant de 6 % à 9 %, et les autres séjours entre 2 % et 4 %. Les durées moyennes de séjours sont cependant nettement plus élevées en SSR et en psychiatrie ; leur poids en termes de journées d'hospitalisation est donc plus élevé.
- [195] Ce sont les EHPAD eux-mêmes qui aujourd'hui détiennent l'information sur l'ensemble des journées passées par leurs résidents dans ces divers établissements de santé. L'exploitation par la DREES (en cours) de son enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées « EHPA 2011 » permettra sans doute de progresser dans la connaissance du recours à ce type de soins. En outre, les services de la CNAMTS prévoient à brève échéance une analyse complémentaire portant sur les séjours en SSR des résidents en EHPAD sur la base du PMSI (en place dans ce secteur) et d'une valorisation au tarif journalier de prestation (TJP).
- [196] Quant aux dotations de soins retenues dans les calculs, le groupe de travail les a ainsi définies :
- des forfaits de soins arrêtés en 2012 relatifs à l'hébergement permanent, auxquels s'ajoutent les dotations des PASA et UHR (puisque ces crédits abondent le forfait de soins au titre d'un encadrement renforcé pour une partie des résidents) ;
 - excluant les crédits non reconductibles (CNR), dans la mesure où a) ces crédits sont attribués par les ARS selon des critères indépendants de l'option tarifaire de l'établissement et ne contribuent donc pas à évaluer l'intérêt économique respectif des tarifs global et partiel ; b) sont attribués à l'établissement dans son ensemble sans identification possible de la part afférente à l'hébergement permanent ;
 - neutralisant les reprises d'excédents³⁹ sur les sections de soins, ou les compensations de déficits, opérées par les ARS. Quelques éclairages sur les résultats des sections de soins et sur les CNR sont apportés par ailleurs (cf. 2.3).
- [197] Par ailleurs, une variante a été réalisée, consistant à remplacer les dotations de 2012 par les dotations cibles à l'issue de la convergence, c'est-à-dire les résultats de l'équation tarifaire sur la base du dernier GMPS validé. Cette variante reflète la vérité des coûts à moyen terme *dans l'hypothèse d'une convergence symétrique*, hypothèse assez théorique au regard des pratiques actuelles des ARS.
- [198] Une ultime variante devait être réalisée par les services de la CNAMTS, consistant à ne retenir les dotations cibles que pour les EHPAD en processus de convergence tarifaire (c'est-à-dire situés aujourd'hui au-dessus des plafonds), conformément non à l'esprit de la convergence mais à la *lettre* des instructions budgétaires. Cette variante n'a pu être fournie.

2.1.2. La période prise en considération

- [199] Les soins de ville ont été comptabilisés sur la totalité de l'année 2012.
- [200] En revanche, les séjours hospitaliers ont été comptabilisés sur les 9 premiers mois de l'année 2012 et extrapolés à l'ensemble de l'année. Ce choix a été contraint par la moindre disponibilité des données issues du PMSI en ce qui concerne les établissements publics de santé - les dépenses des cliniques étant disponibles plus rapidement grâce à la facturation directe « au fil de l'eau ».
- [201] A titre de contrôle, une observation des séjours en clinique sur les trois derniers mois de l'année 2012 devait permettre de vérifier que ces recours ne présentent pas de déformation saisonnière particulière. Les services de la CNAMTS n'ont pu réaliser ce test. La mission de l'IGAS estime cependant faible le risque de biais.

2.1.3. L'unité de compte

- [202] Concrètement, les services de la CNAMTS ont constitué un Datamart comprenant les consommations de soins mensuelles (ville et hôpital) pour chaque assuré du régime général et des sections locales mutualistes ; ce coût a été ramené à la journée ; puis extrapolé aux résidents affiliés aux autres régimes d'assurance maladie ; enfin ramené à la place, sur la base de la capacité exploitée.
- [203] Cela signifie que les dépenses de soins (comptabilisées en date de soins) ont été in fine rapportées non pas au nombre de consommateurs mais, comme il convient, au nombre de résidents, pondéré de leurs temps de présence respectifs dans l'établissement, afin que la succession de résidents sur une même place ne fausse pas le calcul des coûts moyens par tête.

2.1.4. L'intégration des GMP et PMP dans l'analyse des résultats

- [204] Les écarts de coûts complets entre catégories tarifaires ont été analysés en tenant compte des GMPS actualisés, sur la base des informations fournies par la CNSA.

2.2. Analyse des résultats

- [205] Le récapitulatif des résultats de l'étude fourni par les services de la CNAMTS figure en annexe n°5. Les développements qui suivent en proposent d'abord une vision synthétique puis une analyse détaillée.

2.2.1. Vision d'ensemble de ces dépenses

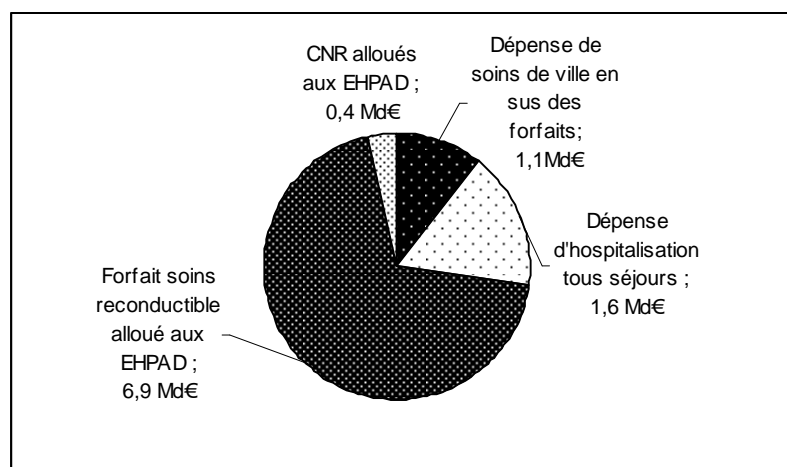
- [206] L'agrégation des soins délivrés à la population résidant en EHPAD sur la base de cette étude établit pour 2012 une dépense d'environ 9 Md€ pour l'Assurance maladie (dont 6,9 Md€ au titre des forfaits hors CNR, 1,1 Md€ pour les soins de ville en sus des forfaits et 1 Md€ pour les séjours MCO). Si l'on y ajoute les crédits non reconductibles alloués aux établissements, ce total passe à 9,4 Md€. Cela reste naturellement un minorant puisqu'il faudrait encore y ajouter les séjours en SSR et en psychiatrie.

[207] Le HCAAM, dans son rapport de 2011⁴⁰, avait situé autour de 10,1 Md€ la dépense totale, avec une estimation plus élevée pour les soins de ville⁴¹ (à 1,4 Md€) et une estimation également plus haute pour la dépense d'hospitalisation⁴² (à 1,7 Md€, tous types de séjours confondus, soit 700 M€ de plus que le chiffrage présenté ici pour le seul court séjour) ; ces chiffrages étaient fondés sur les taux de recours par tranche d'âge.

[208] La différence de périmètre explique naturellement une partie de l'écart s'agissant des hospitalisations, mais une autre partie tient probablement à des taux de recours aux soins (de ville notamment) plus faibles en EHPAD qu'à domicile – ce que les tout premiers résultats d'exploitation de l'enquête EHPA de la DREES tendent à montrer.

[209] Si l'on combine les présents calculs CNAMTS et CNSA et les précédentes estimations du HCAAM, **on peut situer autour de 10 Md€ la dépense d'Assurance maladie, tous types de soins confondus, en direction des personnes hébergées en EHPAD** (cf. graphique suivant).

Graphique 4 : Estimation de la dépense agrégée pour l'Assurance maladie au titre des soins de santé délivrés aux personnes hébergées en EHPAD (2012)

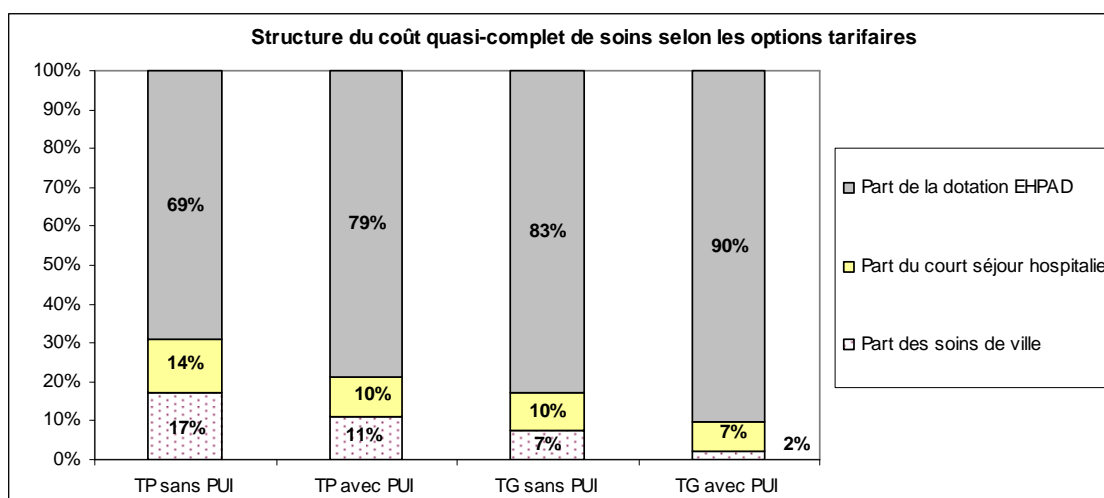


Source : Mission IGAS selon données CNAMTS et CNSA et HCAAM.

[210] Avant d'analyser finement les écarts de dépense individuelle moyenne selon les options tarifaires, il importe de garder en tête que, compte tenu de la répartition des capacités d'accueil, **ce sont les EHPAD en tarif partiel qui engendrent la dépense globale la plus élevée : 6,2 des 10 Md€.**

[211] Par ailleurs, la structure de la dépense diffère selon les options tarifaires (cf. graphique suivant), comme on peut s'y attendre puisque le budget de soins de l'EHPAD se substitue, sur son périmètre, aux consommations de soins extérieures.

Graphique 5 : Structure du coût quasi-complet de soins selon les options tarifaires : la place prééminente des dotations allouées aux EDHPAD



Source : Mission IGAS sur données CNAMTS et CNSA

2.2.2. Les caractéristiques médico-économiques des établissements retenus dans l'étude : confirmation de l'hétérogénéité des catégories tarifaires

[212] Sur ce point l'étude de 2013 de la CNAMTS confirme les résultats d'autres travaux, notamment ceux de l'IGAS de 2011 et ceux de la CNSA.

2.2.2.1. Confirmation des écarts de taille d'établissement entre catégories tarifaires

[213] Les EHPAD en TP sans PUI, qui constituent la catégorie d'établissements la plus nombreuse, ont en moyenne 74 lits d'hébergement permanent. Les établissements en TP avec PUI sont sensiblement plus grands avec une moyenne de presque de 111 lits - mais une médiane plus éloignée, à 85 lits, ce qui indique une plus grande hétérogénéité de cette catégorie ; il est vrai que l'association d'une PUI au tarif partiel n'est pas naturelle au regard du cadre tarifaire et résulte de l'histoire propre de ces établissements : petits établissements rattachés à un centre hospitalier, ex-USLD ou ex-hôpital local n'ayant pas saisi l'opportunité de passer au tarif global, établissements récemment créés et ayant installé une PUI du fait de leur possibilité d'en mutualiser les coûts au sein d'un groupe local, etc.

[214] Les EHPAD en TG sans PUI sont de taille moyenne un peu inférieure aux précédents : 91,6 lits (avec une médiane de 80). En revanche, les EHPAD en TG avec PUI sont nettement plus grands que tous les autres, avec 146 lits en moyenne (mais là encore une certaine hétérogénéité puisque la médiane n'est que de 119 lits) ; une grande partie d'entre eux sont rattachés à un établissement de santé.

[215] Les plus grands EHPAD étaient les mieux préparés en termes de capacités de gestion pour saisir l'opportunité d'un passage au tarif global dans un laps de temps assez court ; il existe néanmoins des EHPAD de petite taille fonctionnant de manière intéressante en tarif global.

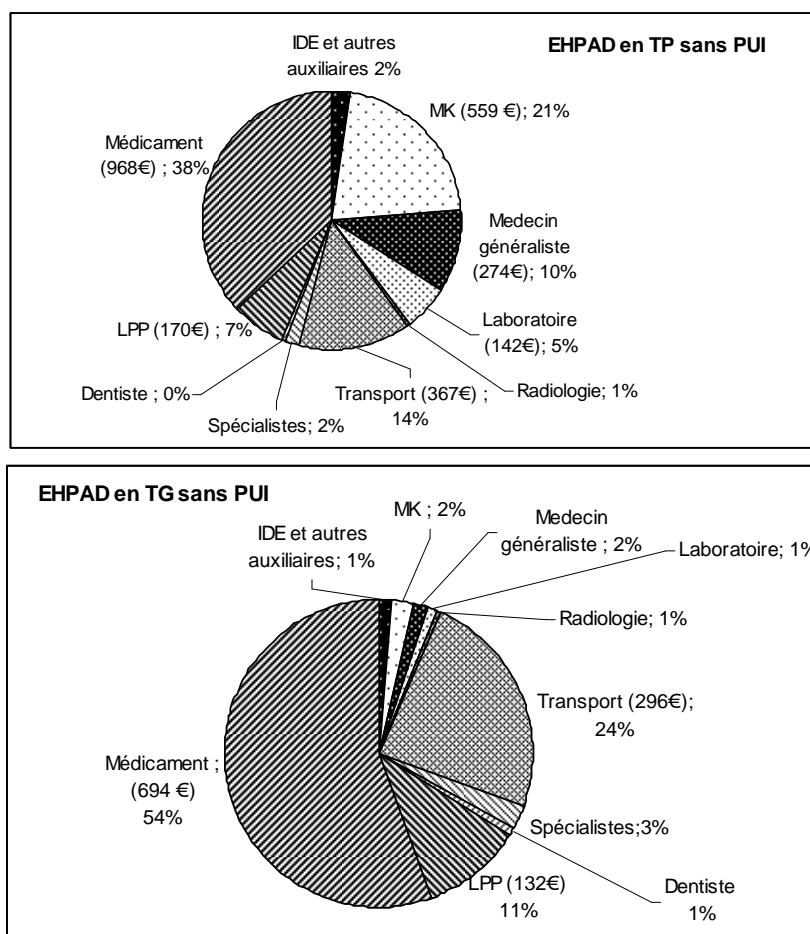
2.2.2.2. Confirmation des écarts de GMPS entre catégories tarifaires

- [216] Les PMP et GMP des établissements retenus dans l'étude montrent des niveaux combinés de dépendance et de soins requis plus élevés pour les EHPAD en tarif global, à hauteur de presque 6 % (63 points en moyenne) par rapport aux EHPAD en tarif partiel. Aux deux extrêmes, entre les établissements en TP sans PUI et ceux en TG avec PUI, l'écart de GMPS moyen atteint 90 points, soit 8 %. Cf. annexe n°5.
- [217] La causalité est à double sens :
- une grande partie des EHPAD aujourd'hui en TG sont rattachés à un établissement de santé ou sont issus de la transformation d'USLD ou d'hôpitaux locaux ; par conséquent leur filière d'adressage est un peu différente de celle d'un EHPAD plus classique en TP. Le profil plus sévère des résidents accueillis par ces établissements et leur mode habituel de fonctionnement (avec une organisation de soins intégrée) les ont fréquemment conduits à opter pour le tarif global. En outre, la présence plus fréquente de médecins traitants salariés dans les EHPAD en TG aboutit à une traçabilité des soins plus exhaustive et donc à des PMP plus élevés ;
 - en sens inverse, nombre d'établissements ainsi passés sous tarif global présentaient, pour des raisons historiques, des niveaux de dotation supérieurs aux plafonds, imposant des processus de convergence, dont les gestionnaires se sont acquittés en partie en accueillant volontairement des résidents aux profils plus lourds.
- [218] On peut penser que cet écart de GMPS est appelé à se réduire progressivement : en effet, les effets conjugués de l'équation tarifaire au GMPS, du mécanisme de convergence et des progrès continus du maintien à domicile des personnes très âgées, induisent un alourdissement du niveau de dépendance et de la morbidité des personnes lors de leur entrée en EHPAD, quelles que soient les options tarifaires.

2.2.3. Analyse comparée des principales dépenses de soins de ville

- [219] Les dépenses de soins de ville collectées par les services de la CNAMTS sont exprimées en base de remboursement (i.e. en dépense remboursable) annuelle. Il était prévu que des résultats complémentaires soient fournis en termes de dépense effectivement remboursée, mais ceux-ci n'ont pu être fournis.
- [220] La base remboursable est en soi pertinente dans une logique de comparaison de l'efficacité économique des différents modes de tarification ; elle l'est moins du point de vue du pilotage des dépenses d'Assurance maladie. Toutefois, l'écart entre dépenses remboursables et remboursées devrait être limité compte-tenu de la proportion très élevée des résidents en EHPAD exonérés du ticket modérateur au titre d'une ou plusieurs affections de longue durée (ALD) : cette proportion est de 84 % sur la base d'une étude des CPAM de la région Ile-de-France, sans écarts significatifs entre catégories tarifaires.

Graphique 6 : Structure des soins de ville remboursables (dépendance individuelle annuelle moyenne, 2012)



Source : IGAS sur données CNAMTS

[221] Les paragraphes qui suivent se rapportent aux principaux postes de dépenses, les résultats exhaustifs étant fournis en annexe n°5. Au regard des quatre régimes tarifaires disponibles, les comparaisons de coûts ont été généralement faites deux à deux, dans une recherche des configurations les plus efficaces, en essayant de bien distinguer les variations liées à la PUI et les variations liées au périmètre partiel ou global du budget de soins. Il en résulte une relative complexité d'analyse, accentuée par la nécessaire prise en compte d'effets de « structure » imputables à la non homogénéité de ces catégories d'établissements en termes de taille et de dotations historiques ou de proximité avec un établissement de santé.

2.2.3.1. Les médicaments

Tableau 6 : Dépense remboursable de médicaments par résident :

Dépense annuelle, 2012	TP sans PUI	TP avec PUI	TG sans PUI	TG avec PUI
Médicament	968 €	328 €	694 €	26 €
Indice	100	33,9	71,7	2,7

Source : IGAS sur la base des résultats de la CNAMTS

[222] Ces résultats font d'abord apparaître que, dans les établissements sans PUI, **la dépense remboursable de médicament est inférieure de près de 30 % dans le cadre du tarif global**. Ce résultat est à rapprocher des analyses qualitatives menées auprès des EHPAD, qui indiquent une plus grande propension des établissements en tarif global à s'appuyer sur leur responsabilité budgétaire et sur le contrat de coordination pour travailler de manière un peu plus concertée avec un nombre resserré de médecins traitants. Il y a certes des exceptions et certains établissements en tarif partiel ont la même démarche mais celle-ci dépend plus fortement des personnalités du directeur et du médecin coordonnateur. Parmi les établissements en tarif global, les plus grands travaillent en outre souvent avec des médecins traitants salariés et leurs dirigeants soulignent le bénéfice de cette organisation en termes de cohérence des soins et de maîtrise des prescriptions.

[223] Un autre résultat surprend : **le montant élevé de la dépense remboursable dans les établissements en tarif partiel avec PUI** (328 €, soit un tiers de la dépense constatée en l'absence de PUI), **alors que cette dépense résiduelle est négligeable dans les établissements en tarif global avec PUI** (26 €). Remarquons que les données collectées par la précédente mission de l'IGAS auprès de 10 CPAM montraient une dépense de médicament négligeable en cas de PUI quel que soit le régime tarifaire. Il en va d'ailleurs de même dans les données de remboursement des CPAM d'Ile-de-France⁴³. Et le bilan du dernier programme de contrôle de la CNAMTS sur les EHPAD (mené en 2011) ne mentionne pas les médicaments comme un motif spécifique d'indus. Le résultat de l'étude 2013 de la CNAMTS sur ce point **reste donc à éclaircir et à confirmer**, au-delà des premières hypothèses que l'on peut avancer à ce stade :

- un biais statistique en lien avec le petit effectif de cette catégorie dans la base (198 EHPAD seulement) : cet effectif reflète le fait que le tarif partiel, dont la surface budgétaire est étroite, combiné à une très faible valorisation de la PUI (cf. infra partie 4) n'offre pas un cadre budgétaire adéquat pour couvrir les frais fixes d'une pharmacie (sauf effet d'échelle important) et faire face aux aléas liés aux molécules onéreuses ;
- le remboursement en sus de molécules onéreuses à titre dérogatoire de la part de certaines CPAM – ce qui confirmerait le caractère peu viable d'une PUI associée au tarif partiel, selon les règles de tarification actuelles.

[224] Pour tenter d'apprécier la dynamique de ces coûts, on notera enfin que la dépense moyenne de médicament par résident dans le cadre du TG (sans PUI par définition) est passée d'environ 1000 € selon les précédents travaux de l'IGAS à 700€ deux ans plus tard. La dépense moyenne de médicament dans le cadre du TP (toujours sans PUI) est en revanche comparable à celle figurant dans le précédent rapport de l'IGAS. Ceci peut suggérer **un effet régulateur du tarif global dans la durée**.

2.2.3.2. Les dispositifs médicaux

[225] Depuis le 1er août 2008, quelle que soit l'option tarifaire, la dotation de soins des EHPAD couvre le petit matériel médical et le matériel médical amortissable tels qu'énumérés dans une liste établie par l'arrêté⁴⁴ du 30 mai 2008.

[226] Pour les autres dispositifs médicaux inscrits sur la « liste des produits et prestations remboursables par l'Assurance maladie » (LPP), une divergence d'interprétation existe quant à leur imputation ou non sur le forfait de soins, entre d'une part les administrations centrales, la CNAMTS et la CNSA et d'autre part certaines fédérations. Cette divergence provient du manque de cohérence entre l'article L. 314-8 et l'article R. 314-16 du CASF. La direction des affaires juridiques du ministère, saisie de ce sujet, doit apporter sa réponse prochainement.

Tableau 7 : Dépense remboursable de dispositifs médicaux (LPP) par résident :

Dépense annuelle, 2012	TP sans PUI	TP avec PUI	TG sans PUI	TG avec PUI
Dispositifs médicaux (LPP)	170 €	104 €	132 €	65 €
<i>Indice</i>	100	61,2	77,6	38,2

Source : IGAS sur la base des résultats de la CNAMTS

[227] On observe sur ce poste un double phénomène :

- **une moindre dépense dans les établissements en tarif global** : celle-ci est diminuée de 22 % indépendamment du rôle de la PUI ;
- **une moindre dépense en présence d'une PUI** au sein de chaque régime tarifaire : la présence d'une PUI divise cette dépense par 2 au sein du TG et la réduit de 40 % au sein du TP. Cela est imputable en partie à la prise en charge par les PUI de certaines dépenses de fournitures médicales (compresses et pansements, seringues, sondes naso-gastriques, nutriments pour supplémentation orale, par exemple) en raison non seulement des avantages de prix mais aussi de la meilleure qualité des fournitures ainsi obtenues.

[228] D'un « extrême » à l'autre, la dépense remboursable sur la LPP est **réduite de plus de 60 %** entre les établissements en TP sans PUI et les établissements en TG avec PUI.

2.2.3.3. Les soins inclus ou non au forfait selon l'option tarifaire

[229] Pour mémoire, il s'agit des quatre postes qui figurent dans le périmètre du tarif global et non dans celui du tarif partiel : médecins généralistes, masseurs-kinésithérapeutes et autres auxiliaires médicaux, biologie et radiologie courantes.

Tableau 8 : Dépense remboursable par résident sur les soins inclus ou non au forfait selon l'option tarifaire :

Dépense annuelle, 2012	TP sans PUI	TP avec PUI	TG sans PUI	TG avec PUI
Médecins généralistes	274 €	237 €	19 €	7 €
Masseurs-kinésithérapeutes	559 €	559 €	28 €	14 €
Autres auxiliaires médicaux	44 €	47 €	5 €	2 €
Biologie	142 €	119 €	11 €	4 €
Radiologie	16 €	14 €	9 €	5 €
Ensemble	1 035 €	976 €	72 €	32 €
<i>Indice</i>	100	94,3	7,0	3,1

Source : IGAS sur la base des résultats de la CNAMTS

[230] On note que **les remboursements résiduels en direction des EHPAD sous TG sur ces postes sont désormais négligeables**, ce qui confirme l'appropriation des circuits de facturation par les acteurs concernés (équipes de direction des établissements et professionnels de santé).

[231] On observe par ailleurs une légère modération de la dépense en présence d'une PUI pour les établissements en tarif partiel (-13 % en consultations de médecins généralistes et -16 % en biologie), avec les limites déjà évoquées pour cette catégorie statistique de faible effectif. Cela peut résulter d'une meilleure maîtrise des renouvellements d'ordonnances, d'une modération des effets secondaires de la médication ou encore d'un effet de structure lié au rattachement hospitalier fréquent des EHPAD dotés de PUI (accès facilité aux compétences gériatriques notamment).

[232] Signalons enfin que les moyennes nationales sur ces postes, dans le cadre du tarif partiel, dissimulent une forte **dispersion** des coûts moyens par résident entre établissements. Sur les soins de MK par exemple, qui montrent les plus fortes variations dans les EHPAD de la région Ile de France (dans un rapport de 1 à 8 – hors valeurs extrêmes), la moyenne dans cette région s'établit 915 € / résident ; le « profil EHPAD 2011 » transmis par la CPAM de Paris à un établissement affiche une dépense de 2 343 € / résident, en comparaison de laquelle la CPAM indique une dépense des EHPAD « de même catégorie » de 1 638 €/ résident.

2.2.4. Analyse comparée des autres dépenses : transports et court séjour hospitalier

[233] Bien que les remboursements de transports sanitaires relèvent de l'enveloppe des soins de ville, le choix a été fait ici de les analyser avec les hospitalisations, en raison du lien étroit entre ces deux prestations⁴⁵.

[234] Rappelons que les coûts d'hospitalisation présentés ci-après doivent être considérés comme des **minorants** des coûts totaux d'hospitalisation de la population résidant en EHPAD, puisque les séjours en SSR et en psychiatrie ne sont pas pris en compte.

Tableau 9 : Dépense par résident en transports sanitaires et court séjour hospitalier

Dépense annuelle, 2012	TP sans PUI	TP avec PUI	TG sans PUI	TG avec PUI
Transports	367 €	292 €	296 €	218 €
<i>Indice</i>	100	79,6	80,7	59,4
Hospitalisations court séjour	2 119 €	1 596 €	1 666 €	1 296 €
<i>Indice</i>	100	75,3	78,7	61,2
Total transports + hospitalisations	2 486 €	1 888 €	1 962 €	1 514 €
<i>Indice</i>	100	75,9	78,9	60,9
Accueil et traitement des urgences	0,65	0,63	0,4	0,16
<i>Indice</i>	100	96,9	61,5	24,6

Source : IGAS sur la base des résultats de la CNAMTS

[235] Les dépenses de transport et d'hospitalisation montrent des écarts substantiels :

- en cas de tarif global d'une part : **diminution de 20 % de ces dépenses** par rapport à leur niveau en tarif partiel ;
- en cas de PUI d'autre part : la dépense diminue de 20 % à 25 % sur ces postes à l'intérieur de chacune des deux grandes catégories tarifaires ;
- **la combinaison [TG avec PUI] maximise donc l'économie dans ce domaine** : aux deux « extrêmes », les dépenses d'hospitalisation et de transport sont **inférieures de 40 %** dans le cadre du TG avec PUI par rapport au niveau observé dans le cadre du TP sans PUI ;
- les forfaits d'accueil et de traitement des **urgences** (ATU), certes minimes en valeur, sont un indicateur de la fréquence des recours aux urgences non suivis d'hospitalisation ; or ils apparaissent **nettement plus faibles pour les établissements en tarif global**. Ils sont

même quatre fois plus faibles en TG avec PUI par rapport au niveau observé dans le cadre du TP sans PUI.

- [236] Le **rattachement hospitalier** de certains EHPAD n'est pas sans incidence, en particulier sur le recours aux urgences. Une enquête réalisée en Limousin en 2011 a montré que les hospitalisations d'urgence représentaient 8 % des hospitalisations recensées par les EHPAD rattachés à un établissement sanitaire contre 37 % des hospitalisations recensées par les autres EHPAD⁴⁶. Il n'est pas certain au demeurant que tous les flux entre les établissements de santé et leurs EHPAD rattachés (déplacements internes, interventions de personnels hospitaliers) soient intégralement retracés.

Les motifs d'hospitalisation

Plusieurs travaux produits notamment par le HCAAM, l'ATIH et certains CHU se sont penchés sur le recours à l'hôpital aux très grands âges.

On retiendra que les journées d'hospitalisation des *personnes âgées de 85 ans ou plus* sont fortement concentrées sur six états pathologiques (plus exactement, six Catégories Majeures de Diagnostics du PMSI) que sont : les affections du système nerveux (notamment les AVC), de l'appareil respiratoire (notamment les pneumopathies) et de l'appareil circulatoire (notamment l'insuffisance cardiaque et les troubles du rythme), les traitements médicaux et chirurgicaux de l'appareil musculo-squelettique (traumatismes divers et rhumatologie) et les troubles mentaux. Ces six catégories de « pathologies », fortement liées à des situations de perte d'autonomie, concentrent 60 % des journées d'hospitalisation des patients âgés de 85 ans ou plus (contre 37 % seulement des journées d'hospitalisation en population générale)⁴⁷.

S'agissant des séances, qui représentent plus du quart des séjours des patients à partir de 80 ans et en constituent un segment très dynamique, la moitié concerne des séances de dialyse ; mais les séances de chimiothérapie sont en progression rapide (+15 % entre 2009 et 2010) et contribuent fortement à la progression globale du volume des séances de cette population (+8 % par an entre 2007 et 2010)⁴⁸.

Les éventuelles spécificités des séjours hospitaliers des personnes résidant en EHPAD restent à approfondir. Tout au plus peut-on rappeler qu'une étude⁴⁹ nationale menée en 2010 montrait que les hospitalisations de ces résidents étaient décidées en journée et en urgence dans les deux tiers des cas, par le médecin traitant dans un tiers des cas (médecin de garde, médecin coordonnateur ou SAMU dans les autres cas). 60 % de ces patients sont entrés par un service d'urgence, pour rejoindre ensuite un autre service dans 90 % des cas ; urgences le plus souvent dues à une pathologie somatique. Seul 1 résident hospitalisé sur 5 est passé par un service spécialisé de gériatrie. La surconsommation de psychotropes chez les résidents hospitalisés (20 % d'entre eux étant traités par au moins 3 psychotropes à leur arrivée) a été aussi soulignée par cette étude.

- [237] L'identification des déterminants des dépenses d'hospitalisation est complexe.
- [238] Sur la base des informations collectées par la mission auprès des EHPAD interrogés (cf. annexe n°6), le **nombre moyen de journées d'hospitalisation par résident** (tous types de séjours confondus) se situe, en 2012, **autour de 4,4 pour les EHPAD en TG et autour de 5,9 pour les EHPAD en TP.**
- [239] Un nombre de journées d'hospitalisation peu élevé est généralement associé à une proportion de résidents hospitalisés au moins une fois de l'ordre de 25 %, cependant qu'un nombre de journées d'hospitalisation élevé est associé à une proportion de résidents hospitalisés au moins une fois de l'ordre de 40 %-50 % ; cette dernière proportion correspond au taux d'hospitalisation moyen des résidents en EHPAD retenu par le rapport du HCAAM de 2011 (42 %⁵⁰) et est proche du taux mesuré par l'ATIH (37 %) pour la population générale âgée de 80 ans ou plus en 2010⁵¹.
- [240] Ces monographies montrent également une structure des séjours hospitaliers différente entre les deux grandes catégories d'EHPAD, avec plus de séjours courts et moins de séjours longs en provenance des EHPAD en tarif global, ainsi qu'une moindre proportion de décès survenant à l'hôpital (une prudence de lecture s'impose eu égard au petit nombre d'observations).

[241] Ceci montre **les marges de progrès possible** : de l'ordre de 15 points de taux d'hospitalisation ou **quelque 500.000 journées d'hospitalisation** à l'échelle nationale. Ces bénéfices s'expriment non seulement en termes de coûts pour l'Assurance maladie (environ 350 M€ en première estimation⁵²) mais aussi en termes de confort de prise en charge pour les personnes concernées. De multiples facteurs entrent en jeu, tenant à l'organisation interne de l'EHPAD, à la qualité des coopérations établies avec les établissements de santé et l'accès à leurs ressources.

[242] La mission a examiné le lien éventuel entre la fréquence du recours à l'hôpital et quelques variables comme l'existence d'une astreinte infirmière de nuit, le rattachement hospitalier, ou encore le ratio d'encadrement soignant. Toutefois ces études de cas ne permettent pas d'entrevoir de corrélation ; signe de la complexité des déterminants du recours à l'hôpital et de la nécessité de poursuivre les analyses qualitatives et statistiques sur ce point.

2.2.5. Récapitulatif de l'ensemble des dépenses de soins hors forfait

2.2.5.1. Ecart de coûts, hors forfaits, entre régimes tarifaires

Tableau 10 : Ensemble des coûts par résident en sus des forfaits :

Coût annuel (2012)	TP sans PUI	TP avec PUI	TG sans PUI	TG avec PUI	Ecart TG-TP (sans PUI)	Ecart TG-TP (avec PUI)
Ensemble Soins de ville	2 611 €	1 763 €	1 251 €	376 €	-1 360 €	-1 387 €
<i>Indice</i>	<i>100</i>	<i>67,5</i>	<i>47,9</i>	<i>14,4</i>		
Ensemble Hospitalisation court séjour	2 118 €	1 597 €	1 667 €	1 296 €	-450 €	-300 €
<i>Indice</i>	<i>100</i>	<i>75,4</i>	<i>78,7</i>	<i>61,2</i>		
TOTAL SOINS HORS FORFAITS	4 729 €	3 360 €	2 918 €	1 672 €	-1 810 €	-1 687 €
<i>Indice</i>	<i>100</i>	<i>71,0</i>	<i>61,7</i>	<i>35,4</i>		

Source : Mission IGAS sur la base des résultats de la CNAMTS

[243] Si l'on considère l'ensemble des coûts individualisés des soins consommés par les résidents des EHPAD, on observe à nouveau un double phénomène :

- **Une moindre dépense en présence du tarif global**, malgré des profils de résidents plus sévères en termes de dépendance et de soins médico-techniques requis :
 - **le coût total des soins de ville remboursables est réduit de moitié** (en l'absence de PUI) ; cela représente une économie sur l'enveloppe des soins de ville de 1360 € par personne et par an ;
 - **quant aux dépenses d'hospitalisation** (avec les limites méthodologiques évoquées précédemment), **les coûts constatés sont inférieurs de plus de 20 %** pour les résidents d'EHPAD en TG par rapport aux coûts engendrés pour les résidents d'EHPAD en TP ; ceci représente une économie sur l'enveloppe de l'hôpital de 450 € par personne par an. S'y ajoute un moindre recours sensible aux urgences non suivies d'hospitalisation.
- **Une moindre dépense en présence d'une PUI**, à hauteur de 30 % environ sur les soins de ville (ce qui va au-delà de la seule internalisation du poste du médicament) et de près d'un quart sur l'hospitalisation.

2.2.5.2. Impact macro-économique du tarif global sur les enveloppes « soins de ville » et « hôpital » de l'ONDAM

[244] Compte-tenu du nombre de places recensées dans chaque catégorie tarifaire, on peut estimer, à partir des différentiels de dépenses individuelles présentés précédemment, quel est l'impact du tarif global sur les enveloppes concernées de l'ONDAM (cf. tableau suivant).

Tableau 11 : Impact du tarif global sur les enveloppes Soins de ville et Hôpital de l'ONDAM (2012) :

Moindre dépense annuelle associée au TG (2012)	EHPAD en TG sans PUI		EHPAD en TG avec PUI		Ensemble
	Par résident	Total	Par résident	Total	Total
Moindre dépense sur enveloppe Soins de ville	1 360 €	81,7 M€	1 387 €	186,2 M€	267,8 M€
Moindre dépense sur enveloppe Hôpital	450 €	27,0 M€	300 €	40,3 M€	67,3 M€
Nombre places en TG au 31/12/2012 (source : CNSA)	60 028		134 268		194 296

Source : Mission IGAS sur la base des résultats de la CNAMTS

[245] Ce simple calcul permet d'estimer à **268 M€ en 2012 la moindre dépense induite par le tarif global sur l'enveloppe de soins de ville de l'ONDAM** (soit 0,34 % de ladite enveloppe) ; et à **67 M€ la moindre dépense induite sur l'enveloppe hospitalière** (0,09 % de cette enveloppe), cette estimation devant être considérée comme un minorant pour les raisons évoquées plus haut. Il s'agit de **transferts de fait entre sous-enveloppes de l'ONDAM**. Ces montants représentent globalement **4,2 % de l'ONDAM médico-social Personnes âgées de 2012**.

2.2.6. Les coûts quasi-complets

[246] Cette dernière phase de l'analyse quantitative consiste à rapprocher les dépenses individualisables (vues aux points précédents) et les dotations de soins allouées aux EHPAD. Comme cela a été indiqué dans la présentation méthodologique, les dotations de soins ont été appréhendées, dans un premier temps, sur la base des notifications de 2012 pour leur part reconductible, puis dans un second temps, sur la base des dotations théoriques cibles.

2.2.6.1. Coûts quasi-complets sur la base des dotations reconductibles versées en 2012

[247] Deux séries de résultats sont présentées dans les tableaux suivants :

- les coûts complets calculés par la CNAMTS, toutefois fragilisés par les incertitudes entourant le périmètre des établissements et des dotations *effectivement* retenus (présence d'EHPAD non tarifés au GMPS notamment) ;
- les coûts complets recalculés à partir d'une base établissements recentrée sur les EHPAD tarifés au GMPS et des dotations de soins retraitées par la CNSA conformément aux principes convenus dans le groupe de travail.

[248] **La deuxième série de calculs, plus fiable, n'invalide pas la hiérarchie des coûts mais nuance et resserre sensiblement les écarts.**

Tableau 12 : Coût quasi-complet annuel par place en 2012, résultats CNAMTS

	TP sans PUI	TP avec PUI	TG sans PUI	TG avec PUI	Ecart TG-TP (sans PUI)	Ecart TG-TP (avec PUI)
Dépense remboursable soins de ville	2 611 €	1 763 €	1 251 €	376 €	-1 360 €	-1 387 €
Dépense court séjour hospitalier	2 118 €	1 597 €	1 667 €	1 296 €	-450 €	-300 €
Dotations de soins 2012	10 203 €	11 767 €	14 310 €	15 776 €	4 107 €	4 009 €
Coût quasi-complet	14 932 €	15 127 €	17 227 €	17 448 €	2 295 €	2 322 €
<i>Indice</i>	<i>100</i>	<i>101,3</i>	<i>115,4</i>	<i>116,9</i>		
Ecart propre à la PUI :						
* en TP		195 €				
* en TG				221 €		
GMPS moyen	1 128	1 157	1 170	1 218		
Coût quasi-complet rapporté au point de GMPS	13,24 €	13,07 €	14,72 €	14,33 €		
<i>Indice</i>	<i>100</i>	<i>98,7</i>	<i>111,2</i>	<i>108,2</i>		

Source : Calculs IGAS sur la base des résultats de la CNAMTS

Tableau 13 : Coût quasi-complet sur la base des seuls EHPAD tarifés au GMPS (2012) :

	TP sans PUI	TP avec PUI	TG sans PUI	TG avec PUI	Ecart TG-TP (sans PUI)	Ecart TG-TP (avec PUI)
Dépense remboursable soins de ville	2 611 €	1 763 €	1 251 €	376 €	-1 360 €	-1 387 €
Dépense court séjour hospitalier	2 118 €	1 597 €	1 667 €	1 296 €	-450 €	-300 €
Dotation de soins 2012	10 522 €	12 387 €	14 148 €	15 641 €	3 626 €	3 254 €
Coût quasi-complet	15 251 €	15 747 €	17 066 €	17 313 €	1 816 €	1 567 €
<i>Indice</i>	<i>100</i>	<i>103,3</i>	<i>111,9</i>	<i>113,5</i>		
Ecart propre à la PUI						
* en TP		496 €				
* en TG				247 €		
GMPS moyen	1 128	1 157	1 170	1 218		
Coût quasi-complet rapporté au point de GMPS	13,52 €	13,60 €	14,58 €	14,22 €		
<i>Indice</i>	<i>100</i>	<i>100,6</i>	<i>107,9</i>	<i>105,1</i>		

Source : Calculs IGAS sur la base des résultats de la CNAMTS et des chiffres de la CNSA pour les dotations de soins moyennes aux EHPAD tarifés au GMPS.

[249] On retire de ces résultats que :

- Le TG s'accompagne encore d'un **surcoût net pour l'Assurance maladie**, dont l'ampleur faciale est d'environ **1600-1800 € par place et par an sur la base des dotations moyennes fournies par la CNSA** (entre 4,40 € et 4,90 € par personne et par jour) ; le surcoût net affiché par la CNAMTS est de 2 300 €, probablement surestimé par des effets de champs statistique non maîtrisés.
- Ces coûts doivent être lus aussi à la lumière des profils de résidents pris en charge dans les différentes structures. Sur la base des PMP et GMP validés, on peut calculer un coût complet ramené au point de GMPS moyen dans chaque catégorie tarifaire. **Le surcoût net du tarif global pour l'Assurance maladie, ajusté au GMPS, et ainsi ramené à 1 243 € par place et par an hors PUI, et à 743 € en présence d'une PUI ; ce qui représente entre 5 % et 8 % des coûts de référence en tarif partiel.** Le chiffrage de la CNAMTS l'établit à un niveau un peu plus élevé, entre 8 % et 11 % des coûts de référence en tarif partiel.
- Quels que soient les chiffrages, ce surcoût net est **en diminution par rapport à celui qu'indiquait le précédent rapport de l'IGAS** sur le sujet, qui l'avait chiffré, sur la base d'un petit échantillon de départements, à 3000-3200 € par place pour l'année 2010 (valeur faciale). Si l'intégration des séjours hospitaliers aujourd'hui contribue à resserrer l'écart de coût, c'est aussi la moindre dépense associée au TG sur les soins de ville qui s'est accentuée puisqu'elle passe, pour les établissements dépourvus de PUI, de 1000 € dans les travaux de 2011 de l'IGAS, à 1400 € environ dans la présente étude. Cela tendrait à confirmer qu'une dynamique des coûts différente dans les deux grandes options les rapproche progressivement.
- **Au niveau macro-économique** (cf. tableau ci-dessous), le surcoût net lié au tarif global pour l'Assurance maladie, sur la base de l'actuelle capacité d'accueil des EHPAD, peut être ainsi estimé à **174 M€ pour l'année 2012** (0,1 % de l'ONDAM total ou 2,2 % de l'ONDAM médico-social Personnes âgées). Le chiffrage de la CNAMTS, avec les incertitudes de champ statistique déjà évoquées, l'établit à 310 M€.

Tableau 14 : Surcoût net du tarif global pour l'Assurance maladie au niveau macroéconomique (2012)

	EHPAD en TG sans PUI		EHPAD en TG avec PUI		Ensemble
	Par résident et par point de GMPS (a)	Total ((a) * (b) * (c))	Par résident et par point de GMPS (a')	Total ((a') * (b) * (c))	Total
Surcoût net (ajusté au GMPS), sur les EHPAD tarifés au GMPS, dotations fournies par la CNSA	1,06 €	74,6 M€	0,61 €	99,8 M€	174,4 M€
Surcoût net (ajusté au GMPS), calcul CNAMTS, champ élargi	1,48 €	104,1 M€	1,26 €	205,6 M€	309,7 M€
GMPS moyen de la catégorie (b)	1 170		1 218		
Nombre places (source: CNSA) (c)	60 028		134 268		194 296

Source : Calculs IGAS sur résultats CNAMTS et données CNSA pour les dotations de soins aux EHPAD tarifés au GMPS.

2.2.6.2. Coûts quasi-complets sur la base des dotations théoriques

- [250] Une dernière série de calculs a été réalisée en remplaçant les dotations effectives de 2012 par les dotations théoriques résultant de l'équation tarifaire, ce qui correspond à l'hypothèse selon laquelle *tous les EHPAD seraient à terme au plafond*. Cette hypothèse est théorique, étant plus généreuse que ce que permettent les pratiques tarifaires des ARS aujourd'hui.
- [251] En effet, si la convergence vers le plafond est bien programmée d'ici à 2016 pour les EHPAD dont les dotations sont situées au-dessus de celui-ci, le cheminement inverse, pour les établissements situés en-dessous du plafond, n'a rien d'automatique, ni au regard du droit en vigueur ni au regard des pratiques des ARS - variables sur ce point mais généralement prudentes et contraintes par les dotations régionales limitatives. Tout au plus peut-on dire que la convergence symétrique est conforme à *l'esprit initial* de la tarification au GMPS, mais beaucoup moins conforme à la notion même de « plafond », reprise dans les arrêtés tarifaires annuels. Il conviendrait désormais de clarifier ce point.
- [252] Cette dernière série de résultats (cf. tableaux ci-dessous), qui comporte peu d'écarts selon que les dotations sont établies par la CNAMTS ou la CNSA (ce qui est logique eu égard à leur caractère théorique), montre que le **niveau général de coût serait sensiblement plus élevé qu'aujourd'hui**, quelles que soient les options tarifaires. Cela s'explique par le fait que car les établissements en-dessous des plafonds sont plus nombreux que ceux situés au-dessus (55 % des EHPAD étaient en 2012 en-dessous de leur plafond tarifaire contre 14 % d'EHPAD au-dessus, cf. annexe n°4) et que les écarts au plafond sont de plus grande amplitude pour les EHPAD situés sous leur plafond (241,6 M€ d'écarts cumulés) que pour ceux qui le dépassent (63,8 M€ de dépassement cumulé)³. Le coût sur la base des dotations théoriques est davantage renchéri pour les EHPAD en TP que pour les EHPAD en TG puisque les établissements en processus de convergence tarifaire (dont les dotations diminuent progressivement) sont plus nombreux dans cette dernière catégorie tarifaire.
- [253] Le renchérissement *potentiel* pour l'Assurance maladie, dans l'hypothèse d'une convergence *symétrique* et d'une tarification « automatique », peut ainsi être estimé à près de 200 M€ en année pleine (si l'on retient les dotations corrigées fournies par la CNSA), ce qui représente **2 % l'OGD 2013**.
- [254] On soulignera que l'enjeu du devenir de la convergence est aussi important, pour la bonne gestion des ressources d'Assurance maladie et de la CNSA et la qualité des soins, que celui qui s'attache à la comparaison entre tarifs partiel et global.

Tableau 15 : Coûts quasi-complets sur la base des dotations théoriques

	TP sans PUI	TP avec PUI	TG sans PUI	TG avec PUI	Ecart TG-TP (sans PUI)	Ecart TG-TP (avec PUI)
Dépense remboursable soins de ville	2 611 €	1 763 €	1 251 €	376 €	-1 360 €	-1 387 €
Dépense court séjour hospitalier	2 118 €	1 597 €	1 667 €	1 296 €	-450 €	-300 €
Dotations EHPAD théoriques (données CNSA)	10 850 €	12 347 €	14 531 €	16 055 €	3 681 €	3 708 €
Coût quasi-complet théorique	15 579 €	15 707 €	17 449 €	17 727 €	1 871 €	2 021 €
<i>Indice</i>	<i>100</i>	<i>100,8</i>	<i>112,0</i>	<i>113,8</i>		
Ecart propre à la PUI : * en TP * en TG		128 €		278 €		
GMPS moyen	1 128	1 157	1 170	1 218		
Coût quasi-complet théorique rapporté au point de GMPS	13,81 €	13,57 €	14,91 €	14,56 €		
<i>Indice</i>	<i>100</i>	<i>98,2</i>	<i>108,0</i>	<i>105,4</i>		
Calculs CNAMTS (champ élargi) :						
Coût quasi-complet théorique	15 622 €	15 389 €	17 641 €	17 723 €	2 020 €	2 335 €
<i>Indice</i>	<i>100</i>	<i>98,5</i>	<i>112,9</i>	<i>113,5</i>		
Coût quasi-complet théorique rapporté au point de GMPS	13,85 €	13,30 €	15,07 €	14,55 €		
<i>Indice</i>	<i>100</i>	<i>96,0</i>	<i>108,8</i>	<i>105,1</i>		

Source : Calculs IGAS sur la base des résultats de la CNAMTS et des chiffres de la CNSA pour les dotations de soins moyennes aux EHPAD tarifés au GMPS.

2.2.6.3. Quelques éclairages sur le bilan économique de la PUI

[255] « L'effet » PUI appelle, en tant que tel, quelques commentaires.

[256] Rappelons que 29 % de l'ensemble des places d'EHPAD sont associées à une pharmacie à usage intérieur ; mais leur distribution est fortement dissymétrique puisque **83 % de ces places relèvent du régime du tarif global.**

[257] La CNAMTS, dans son rapport « charges et produits » pour 2014, affirme, s'agissant du coût des soins en EHPAD, que « le montant des dépenses de médicaments délivrés en officine pour les résidents en EHPAD sans PUI apparaît très inférieur à l'écart de tarif [entre EHPAD avec et sans PUI] »⁵⁴.

[258] Or cette affirmation ne reflète pas le bilan économique de la PUI.

- [259] D'abord parce que **c'est en coût complet qu'il faut apprécier l'incidence économique de la PUI**, et non en comparant des segments disparates de ce coût. Or, le coût complet rapporté au GMPS est renchéri par la PUI de l'ordre de 220 - 250 € par place et par an, au sein de la catégorie du tarif global ; un renchérissement dont l'ampleur ne saurait condamner l'option, dont les bénéfices qualitatifs par ailleurs sont importants (modération des polyprescriptions et de la iatrogénie, cf. infra 4.2.5.2). Les chiffrages apparaissent plus fragiles au sein de la catégorie du tarif partiel, avec des écarts importants entre les résultats de la CNAMTS et les recalculs de la CNSA sur une base établissements expurgée des EHPAD non tarifés au GMPS.
- [260] En effet les moindres dépenses associées à la PUI sont observées au-delà des remboursements de médicaments, sur l'ensemble des soins en ville et sur l'hôpital (de l'ordre de 1200-1300 €).
- [261] Ensuite, le saut de dotation retracé par les statistiques pour les EHPAD dotés de PUI (de l'ordre de 1500€ par place par an au sein du tarif global) reflète non la rémunération intrinsèque de ce dispositif (de l'ordre de 800 €, cf. encadré) mais **des caractéristiques exogènes des établissements concernés** : les EHPAD dotés de PUI sont souvent rattachés à un centre hospitalier ou issus de la transformation d'une structure hospitalière⁵⁵ -USLD ou hôpital local par exemple- et ont, de ce fait, généralement un taux d'encadrement et un niveau de dotation historiques qui les placent au-dessus des plafonds vers lesquels ces établissements doivent converger⁵⁶.
- [262] La valorisation théorique de la PUI dans l'équation tarifaire correspond à peu de choses près aux économies sur les remboursements de médicaments (environ 650 € par personne) mais reste donc bien en-deçà de l'économie globale sur l'ensemble des soins, laquelle se trouve compenser l'essentiel du surcroît de dotation alloué à ces établissements en 2012.

Quelques précisions sur les dotations de soins versées aux EHPAD dotés de PUI

Les EHPAD dotés de PUI reçoivent un supplément de dotation par rapport à ceux qui en sont dépourvus, toutes choses égales par ailleurs. Ce supplément de dotation est fixé par le supplément de valeur du point dans l'équation au GMPS : 56 centimes dans le cadre du tarif partiel et 66 centimes dans le cadre du tarif global - cette différence de traitement étant d'ailleurs difficilement justifiable.

La présente étude montre que, parmi les EHPAD en tarif global, ceux qui sont dotés de PUI ont reçu en 2012 des dotations reconductibles qui sont en moyenne supérieures de 1500 € par place à celles reçues par les EHPAD dépourvus de PUI. Or ce différentiel est sensiblement supérieur à ce qui résulterait de la stricte valorisation de la PUI dans l'équation tarifaire, de l'ordre 800 € par place sur la base des GMPS moyens observés (650 € dans le cadre du tarif partiel).

Effet de la PUI en termes de coûts pour l'Assurance maladie, dans le cadre du tarif global :

Montants annuels par place	Résultats CNAMTS	Résultats avec dotations fournies par la CNSA
Valorisation théorique de la PUI dans la dotation de soins (selon valeur du point et GMPS moyen des établissements)	804 €	804 €
Ecart de dotation versée en 2012 aux EHPAD avec PUI	1 466 €	1 493 €
Ecart de dotation sur la base des dotations plafonds	1 328 €	1524 €
Moindre dépense remboursable de médicament (a)	-668 €	-668 €
Moindre dépense remboursable sur autres soins de ville (b)	-185 €	-185 €
Moindre dépense sur les hospitalisations (c)	-370 €	-370 €
Moindre dépense totale ((a) + (b) + (c))	-1 223 €	-1 223 €

Source : Calculs IGAS sur données CNAMTS et CNSA.

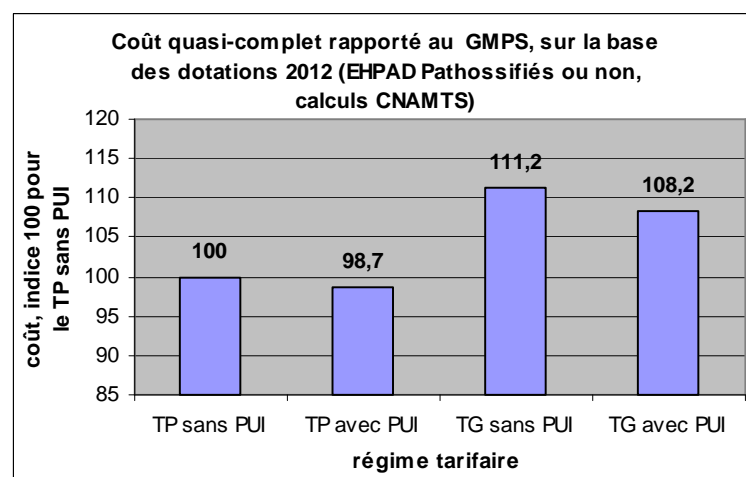
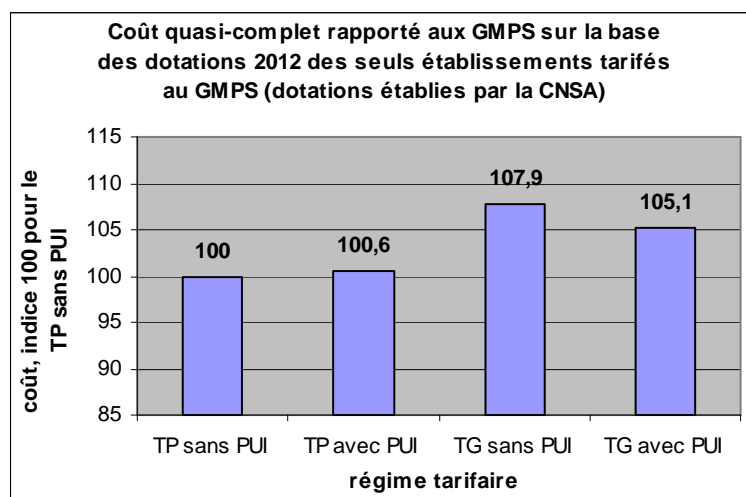
[263] La question de l'efficacité de la PUI en EHPAD doit donc être appréciée en tenant compte de l'ensemble des effets de ce mode de gestion du circuit du médicament à la fois sur les dépenses pour l'Assurance maladie et sur la qualité des prises en charge des résidents mais aussi en tenant compte des caractéristiques des EHPAD en termes de taille, d'outils de gestion, et de stratégie de soins dont la PUI n'est qu'une composante. Ce sujet sera repris en partie 4 du point de vue des établissements.

2.2.7. Conclusion : que signifient ces écarts de coûts

[264] Faute de pouvoir identifier *a priori* le « juste prix » de telle ou telle prise en charge, l'analyse est ici essentiellement différentielle. L'étude qui vient d'être réalisée indique ainsi des écarts de coûts qu'il convient de bien interpréter.

[265] Le financement des soins en tarif global coûte en 2012 plus cher à l'Assurance maladie que le financement par le tarif partiel, compte non tenu des hospitalisations en SSR, en long séjour et en psychiatrie. Si plus de la moitié de l'écart de coût apparent est imputable au profil des personnes accueillies, il reste en 2012 **un surcoût net** rapporté au GMPS de l'ordre de **5 % à 8 %** selon l'incidence de la PUI (la fourchette de 8-11 % affichée par l'étude de la CNAMTS est gonflée par l'inclusion, par erreur, d'établissements non tarifés au GMPS). Les graphiques ci-dessous récapitulent ces principaux résultats.

Graphique 7 : Récapitulatif des coûts quasi-complets des soins en EHPAD selon les régimes tarifaires



Source : Mission IGAS sur données CNAMTS et CNSA

- [266] Ce surcoût n'est pas exempt d'artefacts statistiques eu égard aux difficultés rencontrées dans la réalisation de ces appariements. L'imputation des consommations mensuelles de soins de ville au prorata des temps de présence des résidents pourrait ainsi avoir minoré ces dépenses et majoré l'écart entre tarifs partiel et global. En considération de ces fragilités statistiques, mais aussi de la de la grande dispersion des remboursements de soins de ville en EHPAD, **cet écart de coût quasi-complet doit être considéré comme modeste**. Le surcoût total estimé à l'échelle nationale, d'environ 174 M€ pour 2012, est **du même ordre de grandeur que la sous-consommation de l'OGD** « Personnes âgées » constatée cette même année (189 M€) et de celle escomptée pour 2013 (entre 130 et 150 M€)⁵⁷ ; il est bien inférieur aux économies qui pourraient être dégagées d'une modération du recours aux hospitalisations ou d'une gestion du risque réduisant la variabilité des dépenses de soins ambulatoires dans les EHPAD en tarif partiel.
- [267] Ce surcoût est en outre **un surcoût historique, faiblement prédictif de celui qui sera constaté dans quelques années à législation inchangée et du surcoût qui serait observé sur des établissements optant à l'avenir pour le tarif global**.
- [268] En effet, l'écart de coût complet entre tarifs global et partiel reflète les pratiques de tarification des ARS dans les années 2006-2010, avant la mise en place d'enveloppes régionales limitatives et dans le contexte d'une distribution importante de ressources dans ce secteur. Il est mécaniquement gonflé par la situation de nombreux établissements au-dessus des plafonds tarifaires, dont les dotations sont progressivement écrêtées ; pour mémoire, 30 % des EHPAD en tarif global se trouvaient en 2012 en convergence tarifaire contre à peine 9 % des établissements en tarif partiel. Cet écart de coût est aussi alimenté par le développement des unités Alzheimer (PASA et UHR), souvent associé aux modalités de résorption de la convergence tarifaire.
- [269] En termes **dynamiques**, le surcoût identifié, déjà resserré par rapport aux travaux de l'IGAS de 2011, est appelé à se réduire sous l'effet des stratégies des établissements utilisant progressivement leurs marges d'organisation (cf. partie 4) et surtout de la dynamique des remboursements de soins de ville (en progression de 2,3 % par an depuis 2010)⁵⁸.
- [270] Enfin, **le supplément de ressources reçu par les EHPAD passés au tarif global n'est pas une « fuite » dans le système de santé** : il a servi à renforcer l'**encadrement soignant** de ces établissements (cf. partie 4). Compte tenu de l'évolution de la population accueillie, ces établissements ont probablement devancé une évolution de l'ensemble du secteur. On remarquera d'ailleurs qu'au Royaume Uni, où a été engagée depuis les années 90 une politique déterminée de coopération entre médecins et infirmiers, les médecins gestionnaires de budget (*fundholders*) peuvent réinvestir les marges dégagées dans l'emploi de personnel infirmier⁵⁹.
- [271] Derrière ces questionnements sur le « juste prix » des soins en EHPAD est donc posée la question du taux d'encadrement soignant optimal dans ce type d'institutions, question qui reste à éclairer et documenter et qui appelle un vigoureux développement des travaux d'études et de recherche dans ce secteur. A cet égard, le caractère optimal et soutenable du niveau du tarif partiel peut être interrogé, autant que celui du tarif global.

2.3. Taux d'utilisation des dotations de soins et place des crédits non reductibles

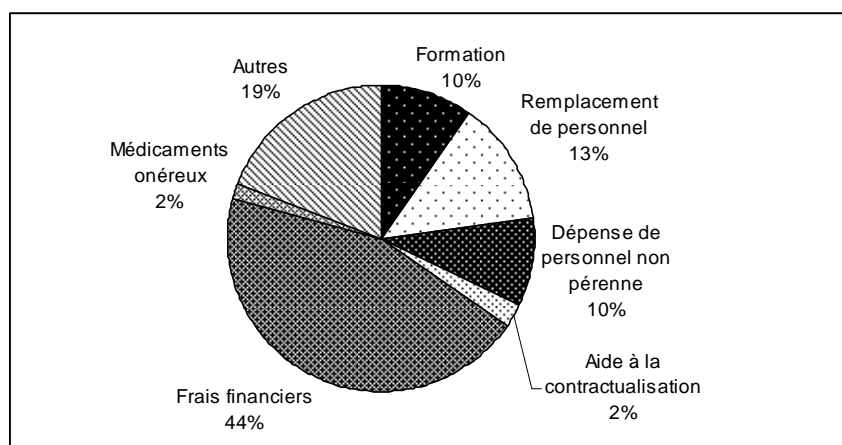
2.3.1. Des situations excédentaires plus fréquentes parmi les établissements en tarif partiel, mais une progression générale des taux de consommation des dotations de soins

- [272] Les ARS doivent arbitrer entre les incitations laissées aux établissements et la non stérilisation de ressources publiques pouvant être utiles par ailleurs. La circulaire budgétaire pour 2013 les invite ainsi à mener « *une réflexion sur la stratégie régionale de reprise et d'affectation des résultats des ESMS. Cette gestion active des résultats doit reposer autant sur l'appréciation des résultats des établissements et services eux-mêmes que sur l'analyse des marges de manœuvre et des priorités régionales (...)* ».
- [273] De fait, les ARS reprennent une grande partie des excédents constatés, en tenant également compte des causes de ces excédents (sous-activité structurelle ou conjoncturelle, vacance d'emploi, effectivité des efforts de recrutement de l'établissement, etc). Les montants repris viennent abonder l'enveloppe régionale de crédits non reductibles et sont ainsi réalloués aux établissements selon les critères propres aux CNR.
- [274] Le suivi des consommations par les ARS et la CNSA (cf. annexe n°7), notamment dans le cadre de la gestion du risque, montre que :
- le taux d'utilisation des dotations de soins au niveau national est proche de 98,5 % en 2011, en progression par rapport à l'année précédente (+ 3 points environ), parallèlement à une progression du taux d'occupation des EHPAD (passé de 94 % à 96 %) ; ce taux d'utilisation est un peu plus élevé pour les EHPAD en TP (98,7 % contre 97,2 % en TG) ;
 - globalement, 12 % des EHPAD ont un taux de consommation de leur dotation inférieur à 90 % en 2011 (contre 26 % sur la base des comptes administratifs 2010) ; les situations de sous-consommation semblent donc avoir diminué, ce que confirment, de façon qualitative, les entretiens de la mission en EHPAD ;
 - la proportion du secteur qui dégage un excédent sur la section de soins est, contrairement à ce que l'on aurait pu croire, plus élevée parmi les établissements en TP (19 %) que parmi les établissements en TG (15 %). Ce paradoxe n'est qu'apparent si l'on considère que 1°) l'une des causes fréquentes de la non consommation de crédits est, selon l'analyse des ARS, le non recrutement de personnels prévus dans la convention tripartite, les difficultés de recrutement étant plus grandes lorsque la taille de l'établissement et ses marges de manœuvre budgétaires ou manageriales sont plus faibles ; 2°) les nombreux établissements en convergence parmi les établissements en TG sont par construction peu susceptibles d'exécuter leur budget de soins en excédent ;
 - les taux moyens dissimulent de forts contrastes selon l'existence ou non d'une PUI : un tiers du secteur tarifé au TG sans PUI dégageait en 2010 des excédents contre moins de 7 % parmi les établissements en TG avec PUI ; parmi ces derniers, le taux de consommation des dotations de soins est proche de 98 % ;
 - la valeur moyenne de ces excédents est en revanche plus élevée au sein de la catégorie du tarif global (839 € par place excédentaire contre 592 € au sein du tarif partiel) même si, là encore, la présence d'une PUI amoindrit sensiblement l'excédent dégagé (611 € par place excédentaire en moyenne).

2.3.2. Des crédits non reconductibles attribués indépendamment des options tarifaires

- [275] En sus de la dotation reconductible, des crédits non reconductibles (CNR) peuvent être attribués par les ARS en fonction de priorités régionales. L'enveloppe des CNR est aujourd'hui constituée des crédits résiduels dégagés par la non installation effective de nouvelles places autorisées et des reprises d'excédents sur les comptes des établissements ; la mise en place de la logique AE/CP devrait donc en faire diminuer le volume.
- [276] Le montant des CNR distribués aux EHPAD en 2012, pour un total de **370 M€**, représente une proportion comparable des dotations reconductibles, à savoir un peu plus de **5 %**, quelle que soit l'option tarifaire. En revanche, le montant moyen alloué est mécaniquement plus élevé pour les EHPAD en TG (entre 750 et 850 € par place en moyenne pour ceux-ci, et de l'ordre de 600 € par place dans les EHPAD en TP). Cf. annexe n°8.
- [277] Du point de vue des ARS, ces crédits constituent des marges de manœuvre indispensables pour faire face à certaines situations conjoncturelles (comme le financement de médicaments onéreux, même si les montants engagés à ce titre sont modestes) ou pour promouvoir certaines démarches de qualité des soins (formation des personnels, recrutement temporaire en lien avec l'expérimentation de prises en charge innovantes, évaluation, etc).
- [278] Toutefois, le volume excessif de ces crédits autant que leur notification tardive ont pu poser problème dans les années récentes et conduire à des affectations peu encadrées.
- [279] En outre, on constate qu'une grande part des CNR est utilisée à la couverture de frais financiers liés à des investissements (médicaux ou non), afin de modérer l'incidence de ceux-ci sur les coûts d'hébergement. Ce type de choix renvoie à d'autres questions, qui ne relèvent pas de cette mission, concernant les déterminants des coûts d'hébergement, le poids des normes réglementaires en la matière et le financement des investissements.
- [280] Il semble important en tout cas d'assurer que les CNR soient circonscrits à un rôle de financement de projet ou d'amortissement de surcoûts ponctuels et circonstanciés.

Graphique 8 : Affectation des CNR (hors expérimentation médicament) en 2012



Source : Mission IGAS sur données de la CNSA. Voir détail des chiffres en annexe n°8.

2.4. Des options tarifaires qui ne sont pas neutres pour le résident et les organismes d'assurance maladie complémentaire

- [281] Les EHPAD gérant leur budget de soins en tarif global prennent généralement en charge les tickets modérateurs, contributions forfaitaires et franchises en lieu et place de leurs résidents. La raison en est essentiellement pratique, les textes étant silencieux sur ce point quant aux obligations des établissements.
- [282] Il s'agit incontestablement d'un bénéfice pour les résidents concernés, dont le reste à charge est réduit d'autant. Cette situation soulève néanmoins deux problèmes : i) la rupture d'égalité entre résidents selon le régime tarifaire de l'établissement ; ii) la charge supplémentaire pour les établissements concernés, non reconnue dans le calibrage des budgets. Sur ce point, l'article R.314-168 du CASF établit un principe de non compensation par l'Assurance maladie, conforme au partage de droit commun entre assurance obligatoire et assurance complémentaire⁶⁰. Les EHPAD concernés financent donc la prise en charge du ticket modérateur sur les marges dégagées dans leur budget de soins.
- [283] L'importance des exonérations de ticket modérateur au titre des ALD parmi les résidents en EHPAD limite la charge effective pour les établissements ; c'est bien pourquoi les considérations de simplification de la gestion des factures mais aussi la logique même du tarif global ont poussé à cette prise en charge intégrale⁶¹.
- [284] A tout le moins, il importe d'en tenir compte dans les comparaisons entre régimes tarifaires et de souligner la différence entre le coût du tarif global pour l'Assurance maladie et son coût social.
- [285] En l'absence d'informations nouvelles produites par l'étude de la CNAMTS en dépenses remboursées, la mission a procédé à l'estimation des sommes en jeu sur la base du précédent rapport de l'IGAS⁶² (cf. tableau suivant).

Tableau 16 : Estimation de l'impact de la prise en charge de la participation des assurés sociaux par les EHPAD en tarif global

	Dépense annuelle, base remboursable (TP sans PUI)	Part non remboursée par l'AMO (5,8 %) (1)	Nombre de résidents concernés	Economie pour les organismes complémentaires et les résidents
Soins de ville Hors médicament	1 205 €	70 €	194 296 places * Taux d'occupation de 95 %	12,8 M€
Participation forfaitaire de 1€ sur tout acte médical et actes de radiologie et biologie (2)				3,9 M€
Franchise de 0,5 € par acte paramédical (3)				7,4 M€

	Dépense annuelle, base remboursable (TG sans PUI)	Part non remboursée par l'AMO (15,1 %) (1)	Nombre de résidents concernés	Economie pour les organismes complémentaires et les résidents
Médicament	694 €	105 €	134 268 * Taux d'occupation de 95 %	13,3 M€

Source : Mission IGAS

(1) Sur la base du rapport IGAS 2011

(2) Hypothèse : 13 consultations de médecin généraliste + 3 consultations de spécialiste + 5 actes de biologie ou radiologie, par résident (source : DREES⁶³).

(3) Hypothèse : moyenne pondérée du nombre de séances de masseurs-kinésithérapeutes des personnes âgées en institution selon le GIR, soit 80,5 séances en moyenne par résident (source : DREES).

[286] Ces estimations doivent être considérées comme des majorants car la dépense de soins de ville tend à diminuer quand les établissements l'assument dans leurs budgets de soins. C'est encore plus vrai s'agissant du médicament dans la mesure où les volumes et les prix unitaires ne sont pas les mêmes dans le cadre d'une PUI et dans le cadre d'achats en officine ; le ticket modérateur théorique lié aux médicaments délivrés par une PUI reflète bien une économie pour les résidents ou leurs mutuelles mais pas à proprement parler une charge supplémentaire pour les EHPAD concernés.

3. LE MODELE ECONOMIQUE DES EHPAD DOIT ETRE REINTERROGE AU REGARD DES CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DE LA GRANDE DEPENDANCE

3.1. *Modèle ambulatoire et politique de soins des établissements ...*

[287] Les soins dispensés en EHPAD sont à l'intersection de deux logiques : le prolongement de la logique ambulatoire libérale et la formalisation d'une organisation propre à l'établissement. Il s'agit aujourd'hui de savoir s'il convient de privilégier l'une ou l'autre ou de quelle manière les combiner efficacement. Les enjeux ne sont pas seulement économiques.

[288] Le prolongement dans l'EHPAD de la logique ambulatoire libérale repose sur plusieurs principes :

- la conception d'un établissement « transparent » par rapport au patient et au professionnel de santé, le libre choix du médecin, voire du pharmacien, constituant un principe essentiel d'organisation des prises en charge ;
- le fait que l'information médicale suit le médecin et non le patient ou son établissement d'accueil ; d'où une transmission d'information aléatoire entre professionnels libéraux et personnel soignant de l'EHPAD, et une traçabilité des soins souvent limitée, qui dépend notamment du nombre de résidents suivis par le professionnel de santé concerné dans la structure ;
- la responsabilité des caisses d'Assurance maladie pour conduire, à partir de l'information collectée via les remboursements de soins, une « gestion du risque » dans ce secteur. La forte variabilité des dépenses moyennes entre établissements (cf. encadré ci-dessous) et l'ampleur des problèmes de surconsommation médicamenteuse dans ce secteur (cf. annexe n°9) montrent les limites de ce principe. Les « profils d'EHPAD » établis par les CPAM (cf. annexe n°11) constituent des miroirs intéressants et utiles des soins remboursés aux résidents ; leur portée est toutefois amoindrie par le caractère insuffisamment partagé de ce retour d'information (médecin coordonnateur pas toujours présent, médecins traitants généralement absents, ARS pas toujours associée, etc.) et par les difficultés rencontrées par beaucoup d'EHPAD pour infléchir les pratiques des professionnels extérieurs à l'établissement.

Une forte dispersion des dépenses remboursées aux résidents :

L'étude précitée réalisée par les CPAM d'Ile de France permet d'avoir une idée du degré d'hétérogénéité des niveaux de dépenses selon les établissements. Le tableau ci-dessous indique, pour les 452 EHPAD en tarif partiel sans PUI figurant dans cette base, l'amplitude de la dépense moyenne par tête (sur l'année 2011) pour les quatre principaux postes de soins de ville.

Il apparaît que la **dépense moyenne remboursée en pharmacie va du simple au triple selon les établissements** et du simple au double pour les consultations médicales, dont la dispersion est moindre ; **les remboursements moyens de transports sont dans un rapport de 1 à 6** selon les établissements ; mais ce

sont les dépenses relatives aux actes de masseurs-kinésithérapeutes qui montrent la plus grande dispersion, dans un rapport de 1 à 8 (sans tenir compte des valeurs extrêmes isolées, basses et hautes, qui pourraient refléter des situations très particulières) - cf. tableau ci-dessous.

Remboursement moyen par *consommant* en 2011 (452 EHPAD d'Ile-de-France en TP sans PUI) :

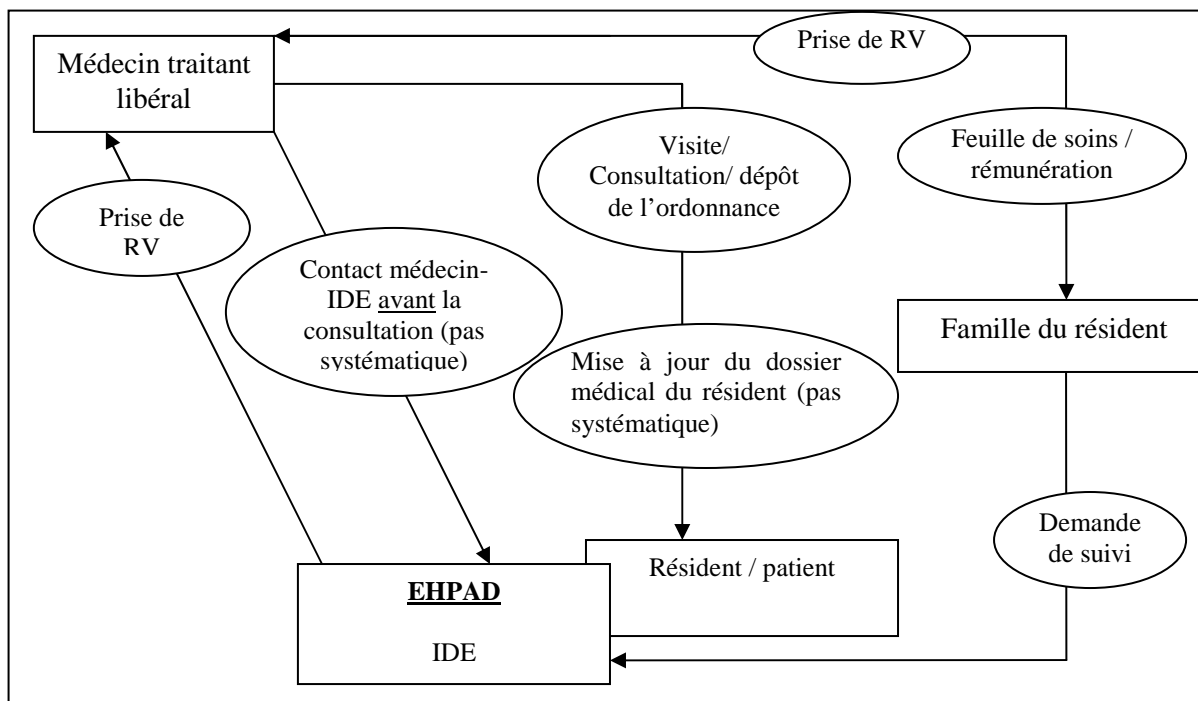
	Pharmacie	Actes MK	Médecins	Transport	Total soins de ville
Moyenne	912 €	915 €	335 €	306 €	2 794 €
Amplitude (hors points extrêmes)	400 - 1300 €	300 - 2500 €	200 - 500 €	100 - 650 €	1 200 - 4 500 €

Source : CPAM Essonne, Gestion du risque

Noter que les dépenses moyennes en valeur absolue ne peuvent être comparés aux résultats des calculs de la CNAMTS car celle-ci fournit une dépense par *résident*, alors que les CPAM ont indiqué une dépense par *consommant* (dépense relative à l'année 2011, avant déploiement de l'outil RESIDEHPAD) ; les valeurs sont donc plus élevées dans la base des CPAM.

[289] Ce mode de fonctionnement présente une indéniable souplesse pour l'EHPAD et une réactivité satisfaisante dès lors que la démographie médicale locale est suffisamment élevée. A l'inverse, il se traduit par une succession d'actes médicaux ou paramédicaux individuels, généralement peu coordonnés, selon l'initiative du résident, de sa famille (plus fréquemment) ou de l'IDE. Il entretient en outre de nombreuses disjonctions : le résident qui reçoit l'acte de soin n'est généralement pas la personne qui a sollicité la venue du professionnel de santé ni celle qui est présente au moment où il intervient, ni celle qui le rémunère - cf. graphique ci-dessous.

Graphique 9 : Circuit d'une consultation médicale dans un établissement en tarif partiel :



Source : Mission IGAS

[290] La logique, plus institutionnelle, d'organisation des soins par l'établissement gestionnaire d'un budget ne s'oppose assurément pas au recours aux professionnels libéraux, dont la plupart des EHPAD ont besoin pour fonctionner. Elle implique en revanche :

- le transfert sur l'équipe dirigeante (constituée du directeur, du médecin coordonnateur, du cadre de santé et du pharmacien de PUI s'il y en a un) de la responsabilité d'optimiser les ressources médicales et paramédicales, salariées, vacataires ou libérales, dans un territoire de santé donné, au regard des états pathologiques des résidents. Dans les zones de faible démographie médicale, les médecins libéraux peuvent être assez peu disponibles pour les sollicitations d'un EHPAD et rend précieuse la possibilité pour celui-ci de salarier un médecin traitant. En matière de rééducation, une véritable réflexion a été menée dans les EHPAD en tarif global sur la pertinence des actes au regard du profil des résidents (cf. partie 4) ;
- le transfert sur l'équipe dirigeante de la « gestion du risque », à travers la gestion du budget de soins et la recherche des soins « pertinents »⁶⁴ ;
- la disposition de l'information médicale là où le patient est pris en charge ;
- la mobilisation des professionnels de santé, qu'ils soient attachés à l'EHPAD ou libéraux, autour de projets de soins, de bonnes pratiques gériatriques et d'une traçabilité des soins rigoureuse. La gestion d'un budget de soins et la rémunération des professionnels par l'établissement constituent à cet égard des leviers non négligeables (le lien entre facturation et traçabilité des soins notamment est de plus en plus établi par les gestionnaires d'EHPAD en tarif global).

[291] Les difficultés rencontrées dans la mise en place du **contrat de coordination** prévu par l'article L. 314-2 du CASF⁶⁵ et précisé (neuf ans plus tard) par le décret du 30 décembre 2010 ainsi que l'arrêté du même jour, illustrent les tensions entre les deux logiques libérales et institutionnelles. A l'échelle nationale, un bilan fin 2012 indique que moins d'un quart des médecins libéraux intervenant en EHPAD et 38 % des masseurs-kinésithérapeutes ont signé ce contrat⁶⁶ qui a suscité de fortes oppositions...Oppositions portant sur le principe même de ce document plus que sur son contenu (peu contraignant) ou sur ses risques (le risque de requalification en salariat est explicitement écarté par l'article L. 314-12 précité⁶⁷.)

[292] Le 20 mars 2013, le Conseil d'Etat a rendu sa décision suite au recours pour excès de pouvoir déposé par le conseil national de l'ordre des médecins, le syndicat des médecins d'Aix et le conseil national de l'ordre des masseurs kinésithérapeutes contre le décret et l'arrêté précités.

[293] Le Conseil d'Etat y précise, et borne, la portée des principes de libre choix du médecin par le patient et de liberté de prescription médicale, dans un sens qui laisse place aux mesures d'organisation et de coordination des soins prises par les établissements (cf. encadré ci-après).

[294] Une collaboration apaisée des différents acteurs de soins, libéraux ou salariés, externes ou internes, est indispensable au bon fonctionnement des EHPAD ; certains médecins libéraux interviennent bien contractuellement dans les hôpitaux.

Décision du Conseil d'Etat du 20 mars 2013 relative au contrat de coordination prévu en application de l'article L. 314-12 du CASF (décision n°345885)

Le conseil d'Etat a réaffirmé le caractère légalement obligatoire de la signature de ce contrat pour les professionnels de santé libéraux intervenant en EHPAD, sans méconnaissance du principe de la liberté contractuelle.

Il a considéré que cette procédure de contractualisation ne méconnaissait pas non plus le principe de libre choix de son médecin par le patient puisqu'elle faisait seulement obstacle, conformément aux dispositions législatives qu'elle met en œuvre, à l'intervention d'un praticien choisi par un patient mais ayant refusé de signer ledit contrat, sans imposer aucunement un praticien particulier à ce patient – l'hypothèse dans laquelle un seul praticien aurait signé n'est cependant pas évoquée.

Il a considéré en troisième lieu que le décret du 30 décembre 2010 et le contrat-type établi par arrêté ne portaient pas atteinte à l'indépendance professionnelle (en particulier au principe de liberté des prescriptions) et aux règles d'exercice de l'activité de médecin ou de masseur kinésithérapeute, au-delà de ce qu'a prévu le législateur en vue d'assurer une meilleure coordination des soins pratiqués dans les établissements concernés. Le Conseil d'Etat avait déjà jugé, dans sa décision n°347098 du 20 mai 2011 relative à la question prioritaire de constitutionnalité soulevée par le conseil national de l'ordre des médecins, que cette atteinte était « *limitée et justifiée par l'intérêt général qui s'attache à ce que soit assurée la qualité du suivi médical des personnes âgées dépendantes* ».

Le Conseil d'Etat a en revanche annulé l'article du décret du 30 décembre 2010 énumérant les sujets devant être traités dans le contrat-type, en raison du terme « notamment » qui figure dans la formulation, alors que l'énumération devait être strictement limitative.

Enfin, les articles de l'arrêté relatifs aux conditions de rétractation et de résiliation par les deux parties ont également été annulés au motif qu'ils n'offraient pas les garanties nécessaires pour empêcher une rétractation ou résiliation unilatérale et arbitraire de la part de l'établissement, qui aurait alors méconnu le principe de libre choix de son médecin par le patient.

Le reste des deux textes a été maintenu.

- [295] De même, l'émergence de formes nouvelles d'organisation des soins de ville, plus collectives et pluridisciplinaires, certes encore expérimentales en France mais bien établies dans de nombreux autres pays, laisse entrevoir une possible convergence entre ce secteur de soins et la problématique des EHPAD.
- [296] Ainsi, le mouvement de création des maisons de santé, soutenu par les expérimentations de nouveaux modes de rémunération⁶⁸, sert aujourd'hui de base pour la promotion **d'équipes pluri-professionnelles de soins primaires** offrant des **lieux de soins intégrés**, plus adaptés aux aspirations de certains praticiens et à la prise en charge de pathologies chroniques.
- [297] La coordination et la coopération (délégation d'activité) entre médecins et auxiliaires médicaux sont au cœur de ces dispositifs ; en particulier le trinôme médecin-infirmier-pharmacien joue un rôle central. En fonction des choix qui seront arrêtés dans le cadre de la stratégie nationale de santé, des rémunérations forfaitaires pourraient être allouées aux structures concernées, en contrepartie de certains engagements.
- [298] L'idée, avancée par le Conseil d'analyse stratégique et la mission Cordier préparatoire à la stratégie nationale de santé, consistant à créer une qualification et un statut d'« infirmier clinicien⁶⁹ », va dans le même sens.
- [299] Enfin, l'unanimité concernant le nécessaire développement des parcours de soins pour les personnes âgées doit conduire à envisager le modèle économique des EHPAD de manière prospective et cohérente avec ces approches.

3.2. ...dans un contexte de prises en charge de plus en plus complexes

- [300] Les questions relatives aux formes d'organisation des soins en EHPAD s'inscrivent dans le contexte d'une sévérité croissante des niveaux de dépendance et des états pathologiques des personnes hébergées (sous l'effet notamment de la politique de maintien à domicile mais aussi des coûts d'hébergement dans ces établissements), que les auteurs de la réforme tarifaire de 1999 n'avaient probablement pu anticiper :
- 54,5 % des résidents en GIR 1 et 2 ;
 - 1 résident sur 7 (contre 1 sur 11 en 2008) requérant des « soins médico-techniques importants » c'est-à-dire une surveillance médicale rapprochée et une permanence infirmière 24h sur 24 - laquelle permanence infirmière est rarissime en EHPAD...
 - plus de la moitié des résidents présentant des pathologies démentielles.
- [301] Telles sont quelques caractéristiques des personnes âgées résidant en EHPAD aujourd'hui (cf. annexe n°12). Un gros établissement (264 places) a signalé à la mission que sur les 100 décès enregistrés en 2012, un tiers se sont produits dans les 6 mois suivant l'admission, signe d'une entrée en EHPAD de plus en plus proche de la fin de vie.
- [302] La mission des EHPAD s'accompagne également d'une exigence croissante, parfois revendicative, de la part des familles : effet du consumérisme ou de l'anxiété devant la fin de vie proche de leur parent ? Toujours est-il que le poids des entourages familiaux sur la consommation médicamenteuse des personnes âgées hébergées en EHPAD a été souligné par les cadres de santé des EHPAD à plusieurs reprises lors des entretiens de la mission (demande insistante pour que soit rétablie une prescription qui avait été supprimée suite à une hospitalisation par exemple ; ou difficulté de la famille à accepter l'état d'agitation de leur parent âgé, conduisant au recours excessif de psychotropes).
- [303] Or la prise en charge, complexe, de cette population apparaît non bornée. « Le directeur d'EHPAD est amené à gérer des demandes sur lesquelles la collectivité ne s'est pas prononcée »⁷⁰. Qui est légitime pour dire ce qu'il convient de faire, notamment lorsque l'on bascule vers la fin de vie : la personne âgée ? la famille ? le médecin traitant ? le médecin coordonnateur ?
- [304] Les grilles de plus en plus compliquées d'évaluation des besoins de soins, la recherche d'exhaustivité dans ce recensement, contribuent à reporter sur les professionnels au contact des résidents diverses pressions et **injonctions contradictoires** dans la réponse aux demandes des personnes âgées ou de leurs familles (injonction de concilier le libre choix du médecin par le patient par exemple, ou la liberté de prescription, avec la gestion efficiente d'un budget de soins).
- [305] Certes, l'article L. 162-2-1 du code de la Sécurité sociale prévoit d'ores et déjà que « *les médecins sont tenus, dans tous leurs actes et prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins* ». Mais cette tâche de conciliation médico-économique reste difficile et renvoie à l'organisation collective des soins autant qu'aux incitations financières.
- [306] **L'ambiguïté de la mission même des EHPAD**, entre substituts de domicile et établissements de soins, ajoute à cette difficulté. En effet, la fiction juridique d'une transparence de l'établissement par rapport au résident ne saurait faire disparaître sa responsabilité propre dans la qualité de prise en charge, explicitement requise d'ailleurs par la voie des normes et des évaluations.
- [307] « Le décalage est manifeste entre des idéaux-types (le soin pluridisciplinaire, le parcours coordonné, la continuité des soins) et la réalité (une évolution de l'état de ces personnes très âgées par crises et épisodes critiques, y compris dans l'entourage familial ; un désarroi forcément important à l'approche de la mort ; l'impossibilité de faire de la gériatrie aigüe dans tous les EHPAD ; le 'défilé' peu organisé des professionnels de santé dans ces établissements, etc.) »⁷¹.

3.3. *Quel est le modèle économique sous-jacent au tarif global de soins ?*

[308] Si l'on considère le choix d'une décentralisation partielle au niveau de l'établissement de la responsabilité financière et organisationnelle sur les soins dispensés dans ses murs, trois grands modèles de financement sont possibles :

- le financement d'une structure de soins, i.e. d'un encadrement soignant ;
- le financement d'une prise en charge, dont le contenu est non prédéterminée mais dont le coût est calibré a priori au regard du profil (« risque ») de la personne ou de la population concernées : c'est le principe de la capitation ;
- la rémunération *ex post* d'actes identifiables : formule à laquelle l'assurance maladie en France est très attachée. Mais de quels actes parle-t-on :
 - une consultation individuelle d'un médecin ou kinésithérapeute avec un patient ?
 - une prise en charge résumant une combinaison plus ou moins normalisée d'actes individuels réalisés par une équipe (exemple de la T2A⁷² pour le court séjour hospitalier ou du financement d'équipes de soins de premier recours en matière d'éducation thérapeutique) ?
 - non seulement le soin mais un investissement dans le partage de l'information s'agissant d'une population pour laquelle la coordination et la cohérence des soins sont capitales ?
 - un juste soin qui signifie dans bien des cas retrait ou abstention : vis-à-vis d'une population sur-consommatrice de médicaments et très exposée au risque iatrogénique, la non prescription (qui suppose hiérarchisation des pathologies, connaissance des rapports coûts-bénéfices des traitements et de leurs interactions) est un acte thérapeutique important et difficile.

[309] A partir de cette typologie, comment s'analyse le tarif global de soins ?

[310] Le tarif global de soins des EHPAD n'est pas une réplique de la dotation globale hospitalière des années 80 et 90, pour maintes raisons tenant aux modalités de calcul de ces dotations et à la sociologie de ces deux types d'organisations professionnelle.

[311] Le tarif global de soins des EHPAD s'analyse comme une formule hybride empruntant à la fois à la rémunération d'une activité collective, au financement d'une structure mais aussi comme une forme de capitation ajustée au « risque » (i.e. à la population prise en charge). Le rôle et la conception de l'outil PATHOS à cet égard sont importants.

[312] Si l'on considère que PATHOS offre une mesure *ex post* des soins réalisés, la dotation calculée sur cette base penche vers un financement d'activité collective – ce qui pose alors la question de la pertinence de cette activité et du degré de normalisation des soins.

[313] Si l'on considère que PATHOS présente une mesure *ex ante* du « risque santé » d'une population et qu'il valorise des soins requis (normés), la dotation établie sur cette base se rapproche d'une capitation ; est alors soulevée la double question de la mise en œuvre effective de ces soins et de la valorisation des efforts de prévention secondaire (ce dernier point étant précisément visé par les travaux en cours de rénovation du référentiel PATHOS).

[314] La notion de soins requis est clairement affirmée dans la conception du référentiel PATHOS ; dans la pratique, l'évaluation du PMP d'un établissement est un peu plus ambiguë (cf. encadré) et le modèle gagnerait en clarté si ces ambiguïtés étaient levées.

La notion de soins requis dans PATHOS.

Quelle charge en soins le référentiel PATHOS mesure-t-il ?

Pour le Professeur Novella, président du comité scientifique des référentiels AGGIR et PATHOS, ce dernier définit un soin requis : « c'est une théorie au regard d'un état pathologique ». La position des médecins en ARS est toutefois plus nuancée et montre que la cotation dépend i) de la qualité des diagnostics, ii) de l'environnement (architectural par exemple) et iii) de la formation et culture des personnels de soins de l'établissement.

Face à des troubles du comportement, par exemple, les soins requis ne seront pas les mêmes dans un EHPAD neuf adapté aux pathologies d'Alzheimer ou dans une USLD ancienne aux locaux peu adaptés et aux personnels moins formés à cette prise en charge ; ils seront différents dans une structure dont les personnels sont sensibilisés aux approches non médicamenteuses et dans une structure dont les personnels soignants ne sont pas prêts à opter pour ces thérapies 'alternatives'. Il s'agit donc, pour ainsi dire, d'un **soin requis circonstancié**, et non absolu. Il en va de même pour la prévention des chutes par exemple. A l'inverse, face à un besoin locomoteur identifié, des soins de kinésithérapie seront cotés même si l'établissement recourt à d'autres types d'interventions.

Par ailleurs, la question de la valorisation des alternatives à la médication est liée à la distinction entre **soins individualisables et prises en charge collectives** : PATHOS ne prend en compte que ce qui répond à un besoin *identifié et individuel*. Une médication est toujours individuelle, donc aisée à prendre en compte dans PATHOS. En revanche, un atelier équilibre, mémoire ou de musicothérapie n'est pas valorisé comme soin, quand bien même il a une incidence notamment en termes de prévention secondaire. Un PASA donne les moyens de ces prises en charge collectives ; PATHOS ne les donne pas...à moins qu'elles soient fondées sur des diagnostics individuels formellement posés, par une psychologue ou un médecin.

Enfin, **l'incomplétude des diagnostics** fragilise la mesure du soin requis (tel est le cas en particulier pour les démences débutantes, l'ostéoporose, le diabète, l'insuffisance rénale chronique ou encore la dénutrition, même si des évolutions sont en cours – la proportion d'EHPAD ne faisant aucun diagnostic de dénutrition est ainsi passée de 25 % à 15 %). « S'agissant des démences, les professionnels sont tellement habitués aux démences avancées qu'ils ne font guère attention aux démences débutantes qui pourtant sont un 'état pathologique constitué' et requièrent un soin, sous forme de temps de soignant plutôt que sous forme médicamenteuse, à des fins de prévention secondaire »⁷³. De même, si les troubles du comportement (agressivité par exemple) sont bien repérés par les personnels soignants et donc cotés en conséquence, les troubles cognitifs (trouble de mémoire ou d'orientation) sont mal repérés et ne donnent donc pas toujours lieu à la cotation des soins correspondants.

[315] Le tarif global de soins s'apparente aussi aux **nouveaux modes de rémunération des soins de ville expérimentés** depuis 2009 (ENMR) : rémunérations spécifiques de structures de soins intégrés (maisons et centres de santé), dispensés par des équipes pluri-professionnelles, médicales et para-médicales, dont la bonne coordination ou coopération sont au cœur de la prise en charge de pathologies chroniques et de cas complexes ; rémunérations d'équipes de soins de premier recours englobant le cas échéant des prestations généralement non couvertes par l'assurance maladie afin de susciter des pratiques et protocoles de soins innovants et de limiter les hospitalisations.

[316] Le tarif global de soins se rattache donc à cette logique émergente dans notre système de soins de ville. L'EHPAD gestionnaire de son budget de soin est en quelque sorte, au-delà du lieu de vie des personnes résidentes, **un centre de soins primaires pour personnes âgées (très) dépendantes**. La rémunération à la structure sous forme de tarif global de soins se substitue au remboursement direct des actes par l'Assurance maladie, la responsabilité du paiement des actes étant transférée du patient vers le gestionnaire de l'EHPAD (lequel rémunère les professionnels de santé libéraux aujourd'hui généralement à l'acte et sur la base des tarifs conventionnels, sans exclure d'éventuelles évolutions à l'avenir). En revanche, les processus de soins et les résultats sont moins explicités et moins évalués dans le cas des EHPAD en comparaison de ce que prévoient les expérimentations ENMR en cours. Sur ce point aussi une évolution des EHPAD est souhaitable.

3.4. *Un cadre de financement en pratique ambigu, affaibli par des évolutions inachevées*

[317] La sédimentation d'évolutions inachevées **impose aujourd'hui un profond toilettage de la réglementation** relative à la procédure budgétaire et au financement des soins en EHPAD.

[318] La réalité administrative du financement des soins en EHPAD est plus confuse que ce que dessinent les modèles évoqués précédemment, en raison de l'incohérence des textes du CASF en la matière ; **la sédimentation d'évolutions inachevées impose un profond toilettage de cette réglementation.**

3.4.1. **Quel degré de forfaitisation et d'automatisme des dotations ?**

[319] Le financement des EHPAD au titre des soins dispensés à leurs résidents apparaît à mi-chemin entre plusieurs conceptions qui renvoient aussi à différentes visions du rôle de l'autorité tarifaire : la logique de forfaitisation est affirmée par l'article L 314-2 CASF, alors que restent en vigueur les dispositions réglementaires antérieures prévoyant l'examen contradictoire d'un budget prévisionnel et l'approbation des charges par l'autorité administrative, contrepartie de sa faculté de couvrir des déficits ou de récupérer des excédents. Les articles R.314-158 et R.314-167 du CASF font référence à un tarif « journalier » de soins, qui n'a plus guère de sens aujourd'hui. On ne peut que reprendre la conclusion du précédent rapport de l'IGAS : « La concordance des textes législatifs et réglementaires en matière de calcul des dotations de soins des EHPAD reste à finaliser. »

[320] La dotation de soins aujourd'hui n'est donc ni établie sur la base des charges constatées, ni complètement forfaitisée.

[321] Une même ambiguïté entoure d'ailleurs les modalités de financement de la section dépendance par les conseils généraux : financement accordé au titre de l'APA en établissement (alors que son mode de calcul est radicalement différent de celui relatif à l'APA à domicile), calculé de façon à couvrir une partie conventionnelle des charges de l'EHPAD, le principe de forfaitisation inscrit dans la réglementation étant resté peu opératoire.

3.4.2. **La notion de convergence : symétrique ou asymétrique ?**

[322] S'agissant de la section budgétaire de soins, le décret du 8 janvier 2013 relatif à l'évaluation de la perte d'autonomie et des besoins en soins des personnes hébergées en EHPAD ainsi que la circulaire budgétaire pour 2013 confirment que l'équation tarifaire n'emporte pas un « droit ouvert » à crédits et qu'elle détermine une cible qui n'est opposable que pour les établissements dont les dotations sont situées au-dessus :

- « *Lors du renouvellement des évaluations (...), une décision budgétaire modificative prend en compte, le cas échéant, les nouvelles valeurs du groupe iso-ressources moyen pondéré et du pathos moyen pondéré, telles que déterminées aux articles (...)* » (article R. 314-173 du CASF modifié par le décret du 8 janvier 2013).
- « *Depuis 2010, la convergence tarifaire est entrée dans un rythme de mise en œuvre automatique visant à ramener, à l'issue de la période 2010-2016, tous les tarifs en dépassement au niveau des valeurs plafonds. Ce rythme peut toutefois être aménagé par voie contractuelle, afin de déterminer le phasage annuel des montants à récupérer, dans la limite d'une résorption du dépassement au plus tard le 31 décembre 2016* » (circulaire du 15 mars 2013 relative à la campagne budgétaire des ESMS).

[323] L'objectif général d'harmonisation des niveaux de dotation est à concilier avec la non automaticité des calculs et cette conciliation incombe aux ARS :

- « *La mise en œuvre des articles R.314-170 à R.314-171-3, R. 314-173 et R.314-184 du CASF vous conduira à consacrer une fraction de vos crédits de médicalisation à l'harmonisation des dotations des moyens en soins des EHPAD dans le cadre des renouvellements du GMPS conjointement avec les conseils généraux. Sur ce point, votre attention est attirée sur le fait que le décret précité [du 8 janvier 2013] ne met en aucun cas en place un 'droit ouvert' en crédits de médicalisation (...). Ainsi, la tarification au GMPS reste un plafond indépassable mais ne constitue pas un niveau opposable de dotation automatique. Toutefois, à la faveur du renouvellement des coupes, il vous appartient de poursuivre un objectif d'allocation de ressource homogène entre établissements, objectifé par leur niveau de GMPS.* » (cf. annexe 3 de la circulaire du 15 mars 2013 relative à la campagne budgétaire des ESMS).
- Cette même annexe 3 fait également référence à la valeur régionale du point GMPS pour l'harmonisation des dotations entre EHPAD : « *Ainsi, il vous est recommandé d'utiliser les crédits encore disponibles pour renforcer les moyens des structures dont le niveau de ressource, à la faveur de l'actualisation de leur GMPS, est à la fois inférieur à leur plafond de référence dans le respect des dispositions du décret du 8 janvier 2013 et inférieur au niveau moyen de financement de la région. Le calcul d'une 'valeur de point GMPS' régionale constitue ainsi un indicateur de nature à illustrer les écarts de dotation entre établissements à GMPS donné* ».

3.4.3. La délimitation peu opérationnelle des sections budgétaires

[324] Sans doute n'est-il pas étonnant que les troubles du comportement soient devenus un motif prédominant d'entrée en EHPAD, puisque la politique de maintien à domicile permet de plus en plus d'y prendre en charge les pertes d'autonomie physiques. Cela pose néanmoins la question de la nature des réponses que les EHPAD peuvent apporter à ce type de pathologies.

[325] A cet égard, les frontières entre sections budgétaires et les discontinuités opérées dans les financements sont préjudiciables à l'efficacité des prises en charge : non imputabilité des psychologues sur la section soins, même dans les PASA où la présence de psychologues est pourtant explicitement requise ; non imputabilité de formes de rééducation fonctionnelle légère exercées par des professionnels autres que les masseurs-kinésithérapeutes ; disjonction entre soins médicaux et animation pourtant susceptibles de contribuer utilement à la maîtrise de certains troubles cognitifs ou du comportement ; partage des coûts des aides-soignants et aides médico-psychologiques entre sections budgétaires « soins » et « dépendance » (selon la clé de répartition 70 %/30 %). Ajoutons que l'attention accordée à la mise en place d'unités spécifiques Alzheimer masque la nécessité d'une formation des personnels aux pathologies démentielles bien au-delà de ces unités, eu égard à la prévalence croissante des démences dans les EHPAD.

[326] La distinction entre les sections soins et dépendance contrarie l'utilisation maximale des capacités de gestion offertes par le tarif global. Elle freine l'intérêt pour des thérapies alternatives – ateliers mémoire, art thérapie, accompagnement par des psychologues, maintien de l'autonomie et incitation au mouvement – dont les coûts ne sont aujourd'hui pas imputables sur la dotation de soins des EHPAD, dont la dimension collective n'est pas encore bien appréhendée par PATHOS (la rénovation en cours pourrait y remédier) et pour lesquelles les qualifications requises correspondent mal à celles des professionnels de santé conventionnellement pris en charge par l'Assurance maladie.

- [327] Le caractère peu opérationnel des divisions budgétaires ressort bien, par exemple, de l'article L 313-26 du CASF : si la prescription d'un médicament est, comme on s'y attend, un acte de soin, l'aide à la prise de ce médicament relève, dans les conditions précisées par cet article, de l'aide à la vie courante, donc de la section budgétaire « dépendance ». Eu égard au profil des résidents en EHPAD aujourd'hui et à la nécessité de penser un soin global et efficace du point de vue du résident, une telle distinction manque, à tout le moins, de réalisme.

Un partage artificiel des charges entre les sections budgétaires soins et dépendance : illustration par l'article L. 313-26⁷⁴ du code de l'action sociale et des familles

« Au sein des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, lorsque les personnes ne disposent pas d'une autonomie suffisante pour prendre seules le traitement prescrit par un médecin à l'exclusion de tout autre, l'aide à la prise de ce traitement constitue une modalité d'accompagnement de la personne dans les actes de sa vie courante.

L'aide à la prise des médicaments peut, à ce titre, être assurée par toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante dès lors que, compte tenu de la nature du médicament, le mode de prise ne présente ni difficulté d'administration ni d'apprentissage particulier.

Le libellé de la prescription médicale permet, selon qu'il est fait ou non référence à la nécessité de l'intervention d'auxiliaires médicaux, de distinguer s'il s'agit ou non d'un acte de la vie courante.

Des protocoles de soins sont élaborés avec l'équipe soignante afin que les personnes chargées de l'aide à la prise des médicaments soient informées des doses prescrites et du moment de la prise. »

- [328] Il est non moins paradoxal que la circulaire budgétaire pour 2013 (dans son annexe 3) indique, à propos de l'utilisation des crédits de médicalisation des EHPAD : « *Un temps requis important de psychothérapie est lié à la présence de résidents atteints de pathologies démentielles et/ou psychiatriques stabilisées, et nécessite une prise en charge par un psychologue et une équipe soignante encadrée par ce professionnel* », alors même que le coût des psychologues n'est pas éligible au budget de soins. Cela souligne combien la distinction entre les sections « soins » et « dépendance » est désormais inadaptée ; les interlocuteurs rencontrés par la mission ont insisté sur ce point.

- [329] Il faut compter localement sur la coopération du Conseil général pour qu'un EHPAD puisse recruter une psychologue à temps partiel ou un professeur d'activité physique adaptée, en l'imputant sur la section dépendance comme le prévoit la réglementation actuelle.

- [330] En Allemagne, les soins dispensés aux personnes âgées dépendantes sont couverts, de manière forfaitaire, par l'assurance dépendance (que ce soit à domicile ou dans les 800.000 places de «Pfleheim») mais l'assurance maladie prend le relais pour des soins très onéreux (cancers, coma éveillé, etc.), avec un effort important de transparence sur les coûts⁷⁵ - par ailleurs, les investissements des établissements sont pris en charge par les Länder. Autrement dit, le partage des financements n'oppose pas les soins de santé à l'accompagnement de la perte d'autonomie mais suit une ligne qui distingue les soins courants à titre médical et au titre de l'accompagnement de la perte d'autonomie, d'une part, et les soins médicaux très onéreux, d'autre part.

3.4.4. La question de l'opposabilité du tableau des effectifs

- [331] Le degré d'opposabilité du tableau des effectifs inscrit dans la convention tripartite est particulièrement ambigu.

- [332] Des effectifs cibles, par types de qualification, sont établis par l'ARS sur la base des coupes PATHOS. Pour ce faire, « *L'interprétation des bilans PATHOS sera utilement complétée par l'expertise du médecin valideur de la coupe, grâce à son expérience de l'établissement et de la lecture des coupes* » (cf. annexe 3 de la circulaire du 15 mars 2013 relative à la campagne budgétaire des ESMS).

[333] Non formellement opposable, le tableau des effectifs figure néanmoins dans la convention tripartite, est actualisé en lien avec une nouvelle validation du PMP, et est modifié par avenant en cas de changement des projets de recrutement de la part de l'établissement. Les entretiens de la mission laissent penser que ce tableau limite les initiatives et capacités d'adaptation des gestionnaires d'EHPAD, indispensables au regard des difficultés de recrutement ou de l'évolution du profil de la population hébergée.

3.4.5. Les discordances entre le périmètre des charges valorisées par le référentiel PATHOS et le périmètre du budget de soins assumé par l'établissement

[334] Le périmètre des charges de soins valorisées par le référentiel PATHOS comporte plusieurs incohérences :

- PATHOS valorise financièrement certains soins alors que ceux-ci n'entraînent aucune dépense pour l'EHPAD : tel est le cas par exemple des consultations mémoires (faites à l'hôpital) ou d'actes de radiologie ou biologie lourde, ou encore des médicaments en l'absence de PUI ;
- PATHOS valorise financièrement certains actes qui relèvent bien du budget de l'EHPAD mais pas de son budget soins : ainsi des psychologues ou des nutritionnistes ;
- PATHOS ne valorise pas encore certaines prises en charge qui, sans correspondre aux approches curatives habituelles, contribuent pourtant bien (et contribueront de plus en plus) à l'état de santé, au sens large, du résident : ainsi de l'intervention des professeurs d'activités physiques adaptées par exemple. « Il y a une inadéquation potentielle entre les soins à mettre en place en EHPAD et les nomenclatures de l'Assurance maladie »⁷⁶ fondées sur des actes médicaux et médico-techniques individuels classiques. Le groupe de travail qui conduit la rénovation du référentiel abordera ce sujet ;
- PATHOS ne valorise pas le temps des aides-soignants, lesquels sont pris en compte dans la grille AGGIR ;
- le périmètre des soins valorisés dans PATHOS est déconnecté de l'option tarifaire de l'établissement, donc du périmètre effectif de son budget soins : les mêmes 8 postes de soins sont valorisés que l'établissement soit en tarif partiel ou global, le médicament est pris en compte y compris pour les établissements qui ne gèrent pas cette dépense... L'ajustement aux responsabilités budgétaires de l'établissement se fait donc exclusivement à travers la valeur du point de GMPS, ce qui fait peser une forte obligation de pertinence sur ce paramétrage... Une alternative consisterait à ce que la valorisation des soins par PATHOS reflète le périmètre des charges effectivement payées par l'EHPAD sur son budget ; la lisibilité de l'outil en serait sans doute accrue.

4. LA RECHERCHE DU JUSTE SOIN : QUELS SONT LES LEVIERS DE GESTION MOBILISES PAR LES EHPAD ?

[335] L'amplitude limitée des écarts de coûts complets entre tarif partiel et global légitime pleinement un questionnement, d'une part, sur les moyens de maîtriser les trajectoires budgétaires des établissements à court et moyen terme, d'autre part sur les effets des différentes options tarifaires au regard de critères plus qualitatifs : capacité à fournir des leviers d'organisations efficaces, incitation à délivrer des soins pertinents et cohérents et à optimiser les ressources collectives allouées à la santé de cette population, possibilités de suivi et de contrôle de la dépense.

- [336] Les éléments d'analyse et illustrations qui suivent proviennent des entretiens menés en EHPAD et en ARS. Ils n'ont pas de portée statistique mais permettent d'appréhender un *faisceau d'indices* quant aux conditions d'efficience des EHPAD en matière de soins de santé ; ils permettent également d'identifier les infléchissements de comportements induits par le tarif global de soins, dans certaines conditions, et la dynamique de moyen terme qui pourrait en résulter en termes de dépense et de qualité de prise en charge.
- [337] Les enseignements tirés de ces entretiens corroborent la lecture des résultats statistiques, à savoir que l'option tarifaire est un facteur important, combiné à d'autres paramètres (taille de l'établissement, positionnement du médecin coordonnateur et du cadre de santé, système d'information, rattachement à un établissement de santé, existence d'une PUI).
- [338] Le tarif global de soins incite en effet à une approche coordonnée entre l'équipe d'encadrement de l'EHPAD et un nombre modéré de médecins traitants autour de soins adaptés aux spécificités de la polyopathie et de la gériatrie et d'une meilleure traçabilité des soins.

4.1. Le tarif global élève la vigilance sur les coûts

- [339] Le juste soin résulte d'un ensemble de facteurs parmi lesquels le tarif global joue un rôle important (probablement encore plus important à l'avenir), sans être pour autant exclusif.
- [340] Le tarif global apparaît décisif en termes i) de prise de conscience et de vigilance quant aux dépenses de soins ; ii) d'initiatives prises pour les maîtriser tout en préservant la qualité des prises en charge.
- [341] En d'autres termes, le gestionnaire regarde ce qu'il paie et est incité à trouver des organisations localement pertinentes. « Erreurs » répétées de cotation des prestations délivrées par SOS médecin (identifiées lorsque le médecin coordonnateur connaît bien la nomenclature) et surcotation des prestations de masseurs kinésithérapeutes sont des observations régulièrement évoquées par les dirigeants gestionnaires de leur budget de soins. Le récapitulatif mensuel des prestations facturées à l'établissement par les médecins traitants fournit une vision d'ensemble de leurs interventions, que le médecin coordonnateur, dans certains cas, rapproche des soins retracés dans les dossiers des résidents pour assurer une traçabilité exhaustive. « Le tarif global pousse à penser autrement, à ne pas prendre la carte Vitale pour une carte de paiement » (un directeur d'un établissement passé au tarif global en 2010).
- [342] « L'enveloppe du tarif global offre une souplesse budgétaire appréciable même s'il faut surveiller les dépenses pour être sûr de rester dans le budget. Je sais par exemple que les dépenses de consultations médicales doivent rester autour de 3000 euros par mois ; alors on garde un œil dessus » (un directeur d'EHPAD de 80 places ayant opté pour le tarif global en 2007 dans le contexte d'une profonde restructuration de l'établissement).
- [343] « Le tarif global a permis de mieux savoir quand les médecins viennent et pour voir qui ; il y a une vraie amélioration de la traçabilité pour l'établissement » (directeur d'un EHPAD de 100 places passé au tarif global en 2010)...même s'il faut reconnaître que cette visibilité donnée à l'EHPAD s'accompagne, dans l'état actuel des systèmes d'information, d'une moindre visibilité pour l'Assurance maladie sur le contenu précis de la dépense de soin.
- [344] Le tarif global fournit surtout des leviers d'action pour modifier la combinaison de ressources médicales et paramédicales, avec une recherche axée sur l'adéquation des volumes et de la nature des soins dispensés.

4.2. Le tarif global fournit des leviers d'action lorsqu'il s'inscrit dans une stratégie de l'établissement

[345] Comme l'ont souligné les dirigeants d'un groupe d'EHPAD, « le tarif global est générateur d'effets vertueux sur la filière de soins. Pourtant, ces effets sont difficiles à objectiver, car l'information est dispersée – entre EHPAD, CPAM, hôpitaux, etc. – et les inspections des ARS n'ont pas – pas encore – ce point d'entrée ». La mission de l'IGAS s'est efforcée, à travers l'analyse qualitative de plusieurs cas d'EHPAD, d'identifier les traits communs et tendances fortes, malgré la grande diversité des situations.

4.2.1. Les soins de rééducation font l'objet d'une importante préoccupation

[346] Les soins de kinésithérapie tiennent une place très importante dans la prise en charge des personnes âgées résidant en EHPAD. Cependant, une double tension apparaît : entre les besoins et l'offre ; entre le volume de ces soins et la responsabilité budgétaire des EHPAD tarifés au TG.

[347] Sur le premier point, un médecin coordonnateur (gériatre), très impliqué au sein d'un EHPAD tarifé en tarif partiel, résume un constat largement partagé, avec ces mots : « les soins de kinésithérapie 'médicalement justifiés' correspondent à 10 % des séances - et pour ceux-ci les bilans doivent être à jour. Les 90 % restants correspondent plutôt à l'entretien du potentiel de motricité de la personne âgée ou à la prévention de la rupture d'autonomie, qui présentent un faible intérêt pour la plupart des kinésithérapeutes ; pour ce type d'interventions, d'autres professionnels disposent de compétences intéressantes ».

[348] D'où l'intérêt de certains établissements (quelle que soit leur option tarifaire d'ailleurs) pour des interventions de professeurs d'activité physique adaptée (P.A.P.A.) ou de titulaires de licences S.T.A.P.S. (à raison de quelques séances hebdomadaires « d'incitation au mouvement »). Des expérimentations sont en cours, par exemple en région Limousin, au niveau de plusieurs EHPAD avec un support associatif pour ces professionnels. Pour l'heure, une telle dépense n'est pas éligible au budget de la section soins, ni au remboursement par la CPAM. D'autres établissements s'appuient sur des aides-soignantes senior spécifiquement formées aux fonctions de maintien de la motricité, d'aide à la marche et de prévention des chutes.

[349] « L'intervention des masseurs-kinésithérapeutes a été recentrée sur certains besoins spécifiques pour lesquels leur compétence est indispensable, comme la kinésithérapie respiratoire ou la maladie de Parkinson » (un médecin coordonnateur, gériatre et praticien hospitalier). Les suites d'une fracture de hanche requièrent également une véritable rééducation : « Là c'est une question de marges budgétaires ; notre budget ne permet pas de rémunérer de tels soins de rééducation, aussi une fracture de hanche serait un motif de transfert du résident en SSR ».

[350] La nécessaire vigilance dans la gestion du budget de soins des EHPAD en tarif global, surtout s'ils sont de petite taille, les conduit à être plus discriminants selon le degré de pertinence des soins. Par exemple, un petit établissement de 37 places (GMP de 786, PMP de 215) passé au tarif global pour pouvoir conserver son taux d'encadrement soignant par ailleurs contraint par l'architecture des bâtiments, témoigne de cette préoccupation : « On a mis fin à la 'kinésithérapie de confort' et aux exigences inutiles en s'appuyant sur le médecin traitant de référence, qui ne renouvelle pas systématiquement toutes les prescriptions, et sur le médecin coordonnateur [praticien hospitalier gériatre]. Cela a été difficile pour tout le monde, parfois conflictuel. Le personnel soignant a été fortement mobilisé pour 'reverticaliser' les personnes et développer un atelier de marche ». La dépense de soins MK de cet établissement est désormais de 160 €/résident/an, à comparer à 908 € de remboursement moyen de kinésithérapie aux résidents des EHPAD en TP sur la région.

[351] D'autres directeurs d'EHPAD (pas seulement en tarif global) se sont attachés à obtenir, par l'intermédiaire des médecins prescripteurs, en début et en fin de séquence, les bilans de soins prévus par la réglementation en vigueur (quelque peu oubliée), en particulier par le décret du 27 juin 2000 relatif à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute. Ce texte dispose en effet, en son article 1, que *«Le masseur-kinésithérapeute communique au médecin toute information en sa possession susceptible de lui être utile pour l'établissement du diagnostic médical ou l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé de la personne et de son évolution. Dans le cadre de la prescription médicale, il établit un bilan qui comprend le diagnostic kinésithérapique et les objectifs de soins, ainsi que le choix des actes et des techniques qui lui paraissent les plus appropriés. Ce bilan est adressé au médecin prescripteur et, à l'issue de la dernière séance, complété par une fiche retraçant l'évolution du traitement kinésithérapique, également adressée au médecin prescripteur»*. Ce même texte affirme simultanément la marge d'autonomie et de responsabilité de ces professionnels de santé : *«Le masseur-kinésithérapeute est habilité à procéder à toutes évaluations utiles à la réalisation des traitements mentionnés à l'article 5 (...)»* et c'est bien l'équilibre de ces dispositions qu'il importe de respecter.

[352] Un groupe privé commercial, qui a promu en interne le passage au tarif global, a stabilisé les dépenses de rééducation (mixte salariée et libérale) et redéployé des ressources vers l'embauche d'ergothérapeutes et de psychomotriciens. Quant aux séances de kinésithérapie, un travail sur la pertinence du soin a conduit à développer, avec les masseurs-kinésithérapeutes parties prenantes, une conception plus collective des actes auprès de **«groupes homogènes de résidents»**, dont la fatigabilité est apparue ainsi diminuée, ce qui a permis à chaque participant de retirer un plus grand bénéfice de ces séances. La rémunération de ces séances collectives a été négociée avec les professionnels concernés (par exemple la prise en charge d'un groupe de 10 résidents est facturée sur la base de 5 actes individuels, s'agissant en toute hypothèse d'AMK faibles tournés vers le maintien de l'équilibre et les transferts).

[353] Une réflexion comparable peut s'appliquer à d'autres prestations paramédicales. Ainsi, des interventions de **l'orthophoniste** dans un établissement de 80 places en tarif global : devant le niveau très élevé de cette dépense pour des résultats difficiles à évaluer, la directrice de l'établissement et son médecin coordonnateur ont convenu avec l'orthophoniste de convertir une partie des séances individuelles en séances collectives, dont le tarif et le volume ont fait l'objet d'un accord (50 euros par séance, 2 fois par semaine).

4.2.2. Le tarif global permet souvent d'organiser un suivi médical resserré et plus continu

[354] Les EHPAD en tarif global disposent d'un **temps de présence du médecin coordonnateur** plus important que les EHPAD en TP (0,6 ETP en moyenne contre 0,3, sur la base des comptes administratifs⁷⁷) même si la conformité avec les temps prescrits par l'article D.312-156 du CASF reste un problème pour la plupart d'entre eux.

[355] Plusieurs établissements en tarif global considèrent en outre que **«le tarif global a conduit au renforcement du positionnement du médecin coordonnateur**, pleinement intégré à l'équipe de direction, chargé d'alimenter la réflexion sur le juste soin dans la structure et de suivre la dépense aux côtés du directeur». Dans les groupes d'EHPAD, publics ou privés, la direction médicale du siège anime le réseau des médecins coordonnateurs, considérés comme des relais des politiques de qualité et d'efficience.

- [356] Surtout, les établissements en tarif global peuvent disposer de **médecins traitants salariés** (à temps partiel) même si ce choix reste relativement rare. Il répond particulièrement à des situations où une faible démographie médicale rend les médecins libéraux peu disponibles pour se rendre en EHPAD. Ce choix répond aussi à la volonté d'établissements de grande taille de maîtriser complètement leur offre de soins, en s'appuyant sur une équipe constituée du médecin prescripteur, du pharmacien de PUI, du cadre infirmier et du médecin coordonnateur, qui permet de mettre en œuvre une prise en charge réellement concertée de la population hébergée. Les médecins traitants salariés sont parfois des praticiens hospitaliers, soit en vertu du rattachement hospitalier de l'EHPAD soit en vertu d'une convention passée avec un établissement de santé géographiquement proche ; ce type de configuration permet généralement de disposer de compétences de gériatrie au sein de l'équipe soignante de l'EHPAD.
- [357] Nombre d'EHPAD issus de la partition d'anciennes USLD et ayant adopté le tarif global pour conserver leur **organisation médicale très intégrée**, fonctionnent avec des médecins salariés, souvent praticiens hospitaliers ou médecins contractuels – qui assurent une permanence des soins la nuit et le week-end – ainsi qu'un kinésithérapeute salarié, mutualisé avec d'autres structures. Ces EHPAD, lorsqu'ils restent adossés à un établissement de santé, fonctionnent généralement avec une Commission médicale d'établissement (CME) et les comités issus de celle-ci : CLIN, COMEDIMS, CLUD, CLAN (afin de ne pas doubler les structures, le médecin coordonnateur peut alors être par exemple le président du CLAN). Ce fonctionnement favorise la mise en place d'une véritable politique médicale ainsi que l'harmonisation des pratiques sur divers sujets comme la prise en charge de la douleur, le bon usage du médicament, le dossier résident, la nutrition, etc. Les cadres d'EHPAD adossés à des établissements de santé (USLD, SSR ou court séjour) témoignent par ailleurs des retombées positives des démarches de certification ou d'évaluation des pratiques professionnelles conduites dans ceux-ci.
- [358] Les EHPAD concernés veillent à **informer les familles, en amont de l'admission**, de leur mode de fonctionnement intégré, tout en le conciliant autant que possible avec le principe du libre choix du médecin traitant par le patient. Le règlement d'un tel EHPAD peut-être ainsi formulé : *« En EHPAD, le libre choix du médecin vous est garanti. Les unités A0, A1, B2 du pavillon Fontaine ainsi que le pavillon Source ont à leur tête un médecin hospitalier qui assure le suivi médical du service, en passant tous les jours en semaine pour faire la visite des résidents s'ils l'ont choisi comme médecin traitant »*. De fait, aucun résident n'a fait connaître un autre choix de médecin traitant. Ce même règlement dispose d'ailleurs également : *« Si l'état de santé du résident le nécessite, il sera dirigé par le médecin du service vers un spécialiste hospitalier, la prise en charge financière incombant à l'établissement »* ; le directeur de cet EHPAD rattaché à un centre hospitalier, faute probablement d'un réexamen suffisant du fonctionnement de l'établissement suite à la partition de l'USLD, a pérennisé une prise en charge médicale étendue, sans avoir identifié que les consultations de médecins spécialistes étaient hors forfait.
- [359] L'annexe n°13 fournit un exemple de contrat de séjour, élaboré par le CAS de la Ville de Paris pour ses EHPAD en tarif global.
- [360] On notera d'ailleurs que ce compromis est cohérent avec l'article L. 1110-8 du code de la santé publique, selon lequel : *« Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire. Les limitations apportées à ce principe par les différents régimes de protection sociale ne peuvent être introduites qu'en considération des capacités techniques des établissements, de leur mode de tarification et des critères de l'autorisation à dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux »*.

- [361] Lorsque le recours aux médecins libéraux a été maintenu, **la combinaison du tarif global et du contrat de coordination a souvent permis de réduire le nombre de médecins traitants** ; avec des **bénéfices majeurs** constatés sur la circulation de l'information relative aux soins, la tenue du dossier médical et l'adoption du dossier résident informatisé, enfin sur la concertation autour de bonnes pratiques. Il est évident que le degré d'implication d'un médecin dans le fonctionnement de la structure ne peut être le même s'il suit un ou deux résidents ou s'il suit le tiers de la population hébergée. Plusieurs EHPAD fonctionnant en tarif global ont indiqué travailler avec une dizaine de médecins traitants dont 2 ou 3 suivent 80 % des résidents ; ce nombre est à comparer à la quarantaine de médecins intervenant classiquement dans un EHPAD en tarif partiel d'une capacité moyenne de 80 places. Cela suppose toutefois une action volontariste et diplomate de la part de la direction de l'établissement, notamment à travers la gestion des admissions (l'établissement recommande -sans imposer- quelques noms de médecins avec lesquels les habitudes de travail sont établies, cette recommandation ayant plus de poids pour les résidents éloignés de leur lieu de résidence initial).
- [362] L'annexe n°14 indique le nombre de médecins traitants et masseurs kinésithérapeutes intervenant dans les EHPAD étudiés par la mission. Il n'y pas de lien mécanique ou arithmétique entre l'option tarifaire et le nombre de professionnels libéraux intervenant, car des facteurs exogènes jouent fortement : le caractère plus ou moins local du « recrutement » de l'EHPAD (des résidents issus de la même ville voire du même quartier ont une propension beaucoup plus forte à conserver leur médecin traitant que des résidents venus de loin) ; la localisation socio-géographique de l'établissement et la densité médicale locale (une localisation rurale ou semi-rurale sur un territoire à faible densité médicale tend à réduire le nombre d'intervenants) ; son rattachement hospitalier éventuel (qui facilite grandement l'accès à un médecin salarié) ; enfin les valeurs et objectifs de la direction de l'EHPAD (place accordée aux choix individuels par rapport au projet de soins de l'établissement, fermeté du directeur sur la condition de signature du contrat de coordination, positionnement et légitimité du médecin coordonnateur). Malgré ces multiples nuances, les établissements en tarif global sont, beaucoup plus fréquemment que les établissements en tarif partiel, en relation avec un nombre limité de professionnels de santé libéraux.
- [363] A titre d'illustration, dans un établissement parisien de petite taille en tarif global, un médecin généraliste libéral suit la plupart des résidents (sans préjudice du choix maintenu par quelques-uns de leur médecin traitant initial). Ce praticien vient une journée par semaine, le jour de présence du médecin coordonnateur (lui-même PH gériatre) pour faciliter la transmission d'information ; la réflexion sur le juste soin est largement partagée entre ces deux professionnels ainsi que le cadre de santé. S'agissant d'un praticien en secteur II, le tarif des consultations a été négocié avec l'établissement (avec facturation d'un seul déplacement). A court terme, ce rythme de fonctionnement est appelé à évoluer, vers un passage du médecin traitant toutes les deux semaines seulement, un renouvellement des prescriptions trimestriel, le médecin coordonnateur prenant des vacances pour assurer le suivi médical dans l'intervalle.
- [364] Même lorsque l'EHPAD s'appuie sur l'intervention d'un nombre élevé de médecins traitants libéraux (zone urbaine à forte densité médicale, recrutement local des résidents), il s'efforce de **maîtriser le circuit et le volume des consultations**, avec au minimum le principe que toute demande de consultation est adressée par l'infirmière. La directrice d'un EHPAD de 80 lits passé au tarif global en 2009 évoque son entretien l'année dernière avec la famille d'un résident qui appelait son médecin traitant très fréquemment et à laquelle la directrice demande de respecter la procédure selon laquelle les appels doivent passer par l'IDE, en expliquant que cette régulation est d'autant plus justifiée que l'établissement paie ces consultations sur son budget ; la famille répond alors avec surprise : « *On est désolés, on ne savait pas que c'était vous qui deviez payer, on pensait que c'était la Sécu* ». La réponse est éloquent.

4.2.3. Le tarif global autorise un ratio d'encadrement soignant plus élevé et favorise le déploiement de prises en charge moins consommatrices de médicaments

- [365] La comparaison des taux d'encadrement en personnel soignant des EHPAD est un exercice difficile : le tarif de soins ne ressort pas comme un déterminant systématique et net du niveau d'encadrement, car plusieurs facteurs influent sur celui-ci : la présence d'un PASA ou d'une UHR pour l'accueil de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer qui renforce le taux d'encadrement, les niveaux de PMP et de GMP, les difficultés de recrutement de personnel soignant plus aigues sur certains territoires, les disparités de dotations historiques pas encore effacées et l'éventualité d'un processus de convergence en cours...
- [366] Néanmoins l'analyse des organisations de soins auxquelles la mission a procédé dans une vingtaine d'EHPAD montre que le ratio de personnel affecté aux soins dans les EHPAD en TG est souvent proche de **0,4 ETP par résident** (avec un maximum observé à 0,49) cependant qu'il se situe le plus souvent autour de **0,3 dans les EHPAD en TP** (avec un maximum à 0,45 dans le cas d'un établissement privé commercial de 45 places imputant le coût de 6 AS supplémentaires sur le tarif d'hébergement – par ailleurs très élevé – et sur une contribution du groupe auquel il appartient).
- [367] Cet écart moyen de 0,1 ETP par résident (autrement dit 1 ETP pour 10 résidents) est corroboré par l'exploitation du tableau de bord (encore en phase expérimentale) construit par l'ANAP, qui indique un ratio d'ETP médicaux et paramédicaux de 0,43 dans les EHPAD en TG avec PUI contre 0,28 dans les EHPAD sans PUI. Ces chiffres sont également cohérents avec les résultats de la gestion du risque de 2011.
- [368] Pour plusieurs des gestionnaires rencontrés, le ratio de 0,5 ETP de personnel paramédical par résident est nécessaire pour assurer les soins techniques et d'entretien nécessaires, conserver un temps d'échange entre personnels et résidents et mettre en place des approches personnalisées⁷⁸.
- [369] L'option tarifaire globale, par la possibilité qu'elle ouvre de financer des postes médicaux ou paramédicaux, est favorable aux coopérations et mutualisations entre établissements (pour des postes de médecin, de kinésithérapeute, d'ergothérapeute, de diététicien, etc.) : coopération entre EHPAD, entre EHPAD et hôpitaux, mais aussi entre EHPAD et établissements pour personnes handicapées.
- [370] L'importance capitale des IDE - au contact à la fois des résidents, de leurs familles et des médecins traitants - dans le bon fonctionnement d'un EHPAD a été soulignée maintes fois par leurs dirigeants. Leur rôle s'étend de la planification des consultations avec les médecins à la supervision de la tenue des dossiers médicaux en passant par la gestion des informations de soins et la promotion de certaines bonnes pratiques concernant par exemple le recours à la contention ou la réponse aux états de crise.
- [371] « Il faut valoriser les IDE en EHPAD, car ces agents doivent démontrer un grand professionnalisme alors même que leur recrutement souffre du manque d'attractivité de ce secteur par rapport au sanitaire: ils s'impliquent dans une relation longue avec les familles (beaucoup plus longue qu'en service hospitalier), ils sont en 'front line' auprès des patients avec moins d'effectifs autour d'eux qu'à l'hôpital, ils gèrent des crises fréquentes » (un cadre de santé en EHPAD).
- [372] Le dirigeant d'un EHPAD de 80 lits, situé en zone rurale et passé au tarif global en 2007, a souligné que l'amélioration du suivi infirmier rendue possible par une plage de présence étendue (de 7h à 21h) s'est accompagnée d'une nette diminution des journées d'hospitalisations, passées de 700 il y a 3-4 ans à 573 en 2012 (hors psychiatrie).

- [373] La mise en place des effectifs cibles prévus dans le cadre d'un passage au tarif global s'est souvent heurtée, d'une part, aux difficultés d'obtenir l'accompagnement budgétaire des conseils généraux sur les postes partagés (AS et AMP), d'autre part, aux difficultés de recrutement locales (même si le niveau d'effort des EHPAD à cet égard est variable). Certains établissements y ont fait face par un plus grand investissement en formation (aides-soignantes envoyées en institut de formation en soins infirmiers, infirmières à l'institut de formation des cadres de santé ou en formation d'ergothérapie, ASH envoyées en formation d'AS ou d'AMP, recours à la validation des acquis de l'expérience - VAE) ; d'autres enregistrent des postes vacants qui se traduisent par une sous-consommation des budgets de soins. Une forte tension en particulier est observée sur les métiers d'ergothérapeute ou de psychomotricien, pour lesquels le délai de recrutement atteint en plusieurs endroits 18 mois.
- [374] Par ailleurs, l'apport des assistants de soins en gérontologie (ASG), aujourd'hui lié à l'existence d'une unité Alzheimer spécifique, est très apprécié en tant que supplément de qualification répondant à une problématique (troubles cognitifs et troubles du comportement) aujourd'hui très répandue dans les EHPAD.
- [375] Le niveau d'encadrement en infirmiers et aides-soignants est déterminant dans la capacité du personnel à **entretenir le potentiel d'autonomie des résidents** (la surveillance d'une toilette réalisée au moins partiellement par le résident étant beaucoup plus longue que sa réalisation directe par l'aide-soignant) et à **réduire le recours à la médication**, notamment face aux démences.
- [376] Par exemple, un EHPAD en TG (sans PUI), fort d'une présence médicale resserrée et qualifiée en gériatrie, d'un ratio de personnel de soins de 0,45 et d'une infirmière cadre très impliquée dans la promotion de thérapies alternatives, affiche une consommation de 4,3 médicaments par résident, soit la moitié de ce qui est généralement observé dans les EHPAD (cf. annexe n°9) : les ordonnances ont été rationalisées, et ce, dès la visite de pré-admission ; un dialogue positif sur la prescription avec le médecin traitant de référence de l'établissement assure le respect des recommandations de bonnes pratiques et a conduit à éliminer la prescription de neuroleptiques sauf pour les malades psychiatriques ; la dépense remboursée de médicament ressort en conséquence à 1,60 € / résident / jour en 2011 (d'après le profil de dépense établi par la CPAM), montant inhabituellement faible. Selon le cadre de santé de cet établissement, « les effets d'une moindre médication sont tangibles : meilleur équilibre personnel, modération des troubles ; mais cela exige une réévaluation régulière des traitements et une 'surveillance humaine' poussée ».
- [377] L'étoffement des équipes soignantes rend encore plus important **le rôle du cadre de santé dans la recherche de qualité et d'efficience des soins**. Ce rôle deviendra de plus en plus important s'agissant des fonctions telles que :
- la coordination des soins auprès des résidents ;
 - la structuration et modernisation du système d'information lié aux soins (le cadre de santé a joué par exemple un rôle important dans le paramétrage et le déploiement du dossier informatisé du résident au sein des EHPAD qui ont franchi cette étape) ;
 - la mise en œuvre des garanties de qualité (recommandations de l'ANESM ou de la HAS, procédures d'évaluations des pratiques professionnelles et d'évaluations internes - dont la valeur ajoutée semble plus reconnue d'ailleurs que celle de l'évaluation externe des établissements médico-sociaux...).
- [378] Le niveau d'encadrement en personnel de soins pose aussi la question de l'organisation **la nuit et le week-end**. « En fait, un ratio global de personnel n'a pas de sens ; il faut raisonner en équipes de jour/de nuit/de week-end » (un directeur d'EHPAD).

- [379] Quelques établissements en TG (mais aussi parfois en tarif partiel, lorsque des PMP et GMP très élevés et une forte prévalence des pathologies Alzheimer permettent d'élever les ratios de personnel) disposent d'un effectif infirmier permettant une **présence d'IDE de 7h à 21h**, organisation jugée très efficace, permettant de contenir les difficultés la nuit ; cela correspond à un **ratio de 1 IDE pour 20 places**.
- [380] Le plus souvent, l'effectif présent de nuit est composé d'une AS et d'une ASH ; rares sont les établissements où une infirmière est présente toute la nuit, ce choix impliquant à lui seul 2,5 ETP pour couvrir l'année entière en tenant compte des congés légaux.
- [381] D'autres EHPAD en tarif global (ou parfois en tarif partiel quand sont réunies les mêmes circonstances particulières évoquées précédemment) ont mis en place un **système d'astreintes d'IDE la nuit**. L'encadré ci-après en fournit une illustration : dans ce cas, le suivi du dispositif a mis en évidence une forte diminution des appels au SAMU (leur nombre a été divisé par 5), avec une incidence sur le nombre d'hospitalisations qui n'a pas été chiffrée en tant que telle mais qui est très probable et qui contribue à la modération du nombre global de journées d'hospitalisation des 70 résidents concernés.

Système d'astreinte d'IDE de nuit mis en place en 2007 dans un EHPAD en tarif global de 70 places (GMPS de 1394) :

Ces astreintes ont pour but d'apporter une réponse soit par téléphone soit sur site aux problèmes imprévus rencontrés avec un résident par le personnel de nuit.

Les cas pour lesquels l'infirmière est appelée sont principalement les suivants :

- état d'un résident qui impose de se référer à un protocole
- état d'un résident qui se dégrade brusquement, pour avis et recours médical si besoin
- un suivi de perfusion
- réalisation d'une injection prescrite médicalement « en cas de besoin » (agitation par exemple)
- réaction médicamenteuse ou allergie
- chute avec perte de connaissance, saignement, plainte douloureuse,...
- apparition d'une douleur aiguë
- apparition d'une hyperthermie, d'une diarrhée, de vomissements (sauf gastro-entérite déclarée et connue).

Selon les procédures mises en place, le personnel de nuit doit, pour chaque appel à l'IDE d'astreinte, remplir une « fiche d'appel » sur laquelle figurent notamment les circonstances (date, heure, motif détaillé) et l'identité (du résident comme de l'agent demandeur) ainsi que la réponse apportée par l'infirmière et les suites de l'appel (déplacement sur site de l'infirmière, appel à un médecin, transfert vers un centre hospitalier...). L'infirmière qui se rend sur place consigne également la nature et la durée de son intervention. En cas de réponse uniquement téléphonique, celle-ci est validée par l'infirmière dès sa reprise d'activité sur site.

En termes quantitatifs, les appels adressés à l'IDE d'astreinte et leurs suites sont récapitulés ci-dessous : **les appels au SAMU ont été considérablement réduits** puisqu'ils sont passés d'une cinquantaine par an avant mise en place des astreintes (51 en 2006 ; 49 en 2005 - *source : SAMU du département*) à une dizaine aujourd'hui. L'incidence est probable sur le nombre final d'hospitalisations mais n'a pas été chiffrée en tant que telle ; tout au plus peut-on constater un nombre de journées d'hospitalisation pour les résidents de cet établissement relativement faible (3,28 jours d'hospitalisation par résident en moyenne en 2012, tous séjours confondus pour un total de 22 séjours, concernant 17 résidents), surtout au regard de la sévérité des profils accueillis.

	Nombre d'appels à IDE d'astreinte	Déplacements IDE	Appels SAMU	Appels médecin de garde	Hospitalisations
2010	78	6	4	5	3
2011	54	6	6	1	4
2012	46	4	10	3	6

Ce système d'astreintes a été étendu à un nouvel établissement ouvert par le même gestionnaire, de 72 places, dans le cadre du tarif partiel mais avec un GMPS très élevé et une importante population Alzheimer.

- [382] A l'échelle nationale toutefois, à l'issue de diverses expérimentations du système d'astreintes de nuit, le modèle organisationnel optimal n'apparaît pas encore avec évidence. La recherche du 'bon modèle' se poursuit.
- [383] Ainsi, l'ARS des Pays de la Loire a mis en place en 2013 une modalité expérimentale d'astreinte opérationnelle d'infirmier(ère) la nuit, mutualisée entre plusieurs EHPAD avec appui sur un établissement de santé mettant à disposition son personnel infirmier à cette fin. Il s'agit par cette expérimentation d'améliorer la pertinence des hospitalisations nocturnes non programmées et d'améliorer la qualité et la sécurité de prise en charge en EHPAD.
- [384] Les EHPAD rattachés à un établissement de santé sont à cet égard dans une situation plus favorable en ce qu'ils bénéficient de la plate-forme organisationnelle qu'offre ce dernier : en termes d'encadrement paramédical et de permanence d'IDE la nuit susceptibles d'apporter des conseils, d'intervenir ponctuellement dans l'EHPAD (pour un changement de perfusion par exemple, mais l'expérience montre que le nombre de déplacements sur site rendus nécessaires pour l'IDE de garde est en réalité très limité) ou d'échanger avec le SAMU, et de limiter notablement les hospitalisations.

Présence infirmière de nuit et taux d'hospitalisation en fin de vie : premiers résultats d'une étude nationale menée par l'Observatoire de la fin de vie

Cette étude⁷⁹ que vient de publier l'Observatoire national de la fin de vie souligne la rareté d'une présence infirmière de nuit en EHPAD : cette présence n'existe que dans 14 % des EHPAD, à savoir 22 % des EHPAD publics – en particulier lorsqu'ils sont rattachés à un établissement de santé – et seulement 4 % des établissements privés commerciaux ; 75 % des EHPAD n'ont aucune possibilité de joindre un professionnel infirmier la nuit (ni physiquement ni téléphoniquement). Toutefois 80 % de ces établissements ont formé leurs personnels soignants aux soins palliatifs, chiffre qui contraste avec l'absence de sensibilisation à la fin de vie en direction des médecins traitants dans 92 % des EHPAD.

23,6 % des résidents qui décèdent en EHPAD de façon non soudaine sont hospitalisés en urgence au moins une fois au cours des deux semaines précédant leur décès : 17 % sont transférés une seule fois, 6,6 % le sont deux fois ou plus.

Or, lorsque l'établissement dispose d'un(e) infirmier(e) la nuit, **ce taux d'hospitalisation dans les dernières semaines de vie diminue sensiblement** : seuls 16 % des résidents dans ce cas sont hospitalisés en urgence au cours des 15 derniers jours de vie, contre 25 % des résidents vivant dans un EHPAD sans IDE la nuit.

« A ces hospitalisations en urgence de résidents qui décèdent au sein même d'un EHPAD, il faut ajouter les transferts des résidents qui décèdent finalement à l'hôpital. Or là aussi la présence d'un(e) infirmier(e) la nuit à une influence décisive : elle permet de réduire de 32 % la proportion de résidents qui décèdent à l'hôpital. » Ainsi la proportion de résidents qui décède à l'hôpital s'établit à 18,5 % dans les EHPAD disposant d'une présence infirmière de nuit et de 27 % dans ceux qui n'en ont pas ; d'autres facteurs jouent également comme la qualification du médecin-coordonnateur en matière de soins palliatifs.

« Si l'on extrapole ces résultats à l'ensemble des maisons de retraite médicalisées de France métropolitaine, la simple présence d'un(e) infirmier(e) la nuit dans tous les EHPAD permettrait d'éviter 18 000 hospitalisations de résidents en fin de vie chaque année ».

[385] Au total, la combinaison de la politique de médicalisation des EHPAD et du tarif global est cohérente avec le constat selon lequel les soins des résidents en EHPAD, eu égard à leur niveau de dépendance et de pathologie, requièrent du temps de la part des personnels et de la continuité dans les approches (approches médicales, paramédicales et animation, soins médico-techniques et d'entretien). Les règles d'imputation des charges aux différentes sections budgétaires mais aussi les difficultés à associer en complémentarité acteurs libéraux et salariés, logiques ambulatoire et institutionnelle, pèsent sur cette recherche de continuité. Il y a donc un lien étroit entre modalités de financement des soins en EHPAD, efficacité des prises en charge et souplesse d'organisation et d'innovation laissée aux gestionnaires d'EHPAD.

4.2.4. Dans le cadre du tarif global, certaines expérimentations sont en cours portant sur l'élargissement du périmètre de la responsabilité budgétaire des établissements

[386] Un GCSMS d'EHPAD publics dans le Val de Marne expérimente sur la période 2012-2014 la gestion des transports sanitaires pour les quelque 616 résidents de 3 EHPAD, dans le cadre d'une dotation de 700 000 € pour les trois années, calculée sur la base de la dépense remboursée antérieurement par l'Assurance maladie.

[387] Cette initiative s'est traduite par un triple effet : sur les prix, sur les procédures de gestion et sur la structure des transports effectivement facturés – à comportements de prescription inchangés.

[388] La procédure d'appel d'offres mise en œuvre (par le GCSMS) a permis d'obtenir des réductions tarifaires du groupement d'ambulances retenu (-12 %). Parallèlement, les établissements concernés ont procédé à une formalisation et à un contrôle plus rigoureux des procédures de facturation en interne. Enfin, la nature des transports facturés correspond à ce qui est prescrit (véhicule sanitaire léger ou ambulance par exemple) sans déport vers l'ambulance quand celle-ci n'est pas justifiée (notons que ce mode de transport s'impose en particulier pour tous les résidents « déments déambulants » en raison du besoin d'accompagnement).

[389] Au terme de la première année d'application, l'ambulance reste le moyen privilégié de transport (82 % des trajets, soit 10 points en dessous de la moyenne départementale), la qualité des prestations est jugée satisfaisante et la dépense de l'année (178 000 €) représente 25 % de la dotation triennale allouée. Le caractère récent de cette expérimentation et l'effet d'échelle singulier dont elle bénéficie ne permettent pas de tirer des conclusions hâtives mais elle illustre les leviers de gestion des dépenses de soins que peuvent mobiliser les EHPAD.

[390] Les trois établissements impliqués enregistrent en moyenne entre 2,9 et 3,5 transports par résident sur l'année 2012, à comparer à une moyenne de 7,7 constatée par les CPAM d'Ile de France. L'évaluation mérite d'être cependant d'être réalisée de façon plus complète au terme de l'expérience.

4.2.5. Le tarif global offre un cadre budgétaire et institutionnel favorable à la mise en place de PUI dont les bénéfices sont importants en termes de bon usage du médicament

[391] Quand la taille de l'EHPAD ainsi que ses outils de gestion s'y prêtent, le tarif global offre un cadre budgétaire et institutionnel beaucoup plus favorable que le tarif partiel à la mise en place de PUI, dont les bénéfices pour la maîtrise du circuit et de la dépense de médicaments sont importants.

[392] Le sujet de la PUI avait été abordé dans le rapport de l'IGAS de 2011 relatif au tarif global. La présente mission n'a pas approfondi ce point, sachant que la thématique du médicament est parallèlement traitée par une autre mission (confiée à M. Verger) dont les conclusions sont attendues à l'automne 2013.

[393] Ce sujet apparaît néanmoins incontournable dans toute analyse du financement et de l'organisation des soins en EHPAD. A cet égard l'option tarifaire n'est pas neutre. Il est en effet clair que compte tenu de la très faible valorisation du point de GMPS au titre de la PUI, seul le tarif global (conjugué à une capacité d'accueil de l'établissement relativement importante) permet de soutenir financièrement les coûts de cette structure : la surface budgétaire offerte à un EHPAD par le TG et le surplus de ressources dégagé au-delà du paiement des actes médicaux et paramédicaux considérés, sert de facto à financer en partie les coûts fixes de la PUI et à absorber les aléas liés à certains traitements médicamenteux individuels très coûteux. Le tarif partiel ne permet pas une telle compensation. Aussi les cas d'EHPAD en TP avec PUI résultent-ils de circonstances spécifiques (rattachement hospitalier, création récente) et posent des problèmes de soutenabilité budgétaire, que viennent pallier ponctuellement les crédits non reconductibles des ARS ou les prises en charge dérogatoires par les CPAM.

4.2.5.1. La problématique de la maîtrise des volumes de prescriptions médicamenteuses en EHPAD

[394] L'annexe n°9 illustre dans deux régions, sur la base des analyses réalisées par les OMEDIT et par les ARS dans le cadre de leurs actions de gestion du risque, l'ampleur des prescriptions médicamenteuses en EHPAD et des problèmes de iatrogénie médicamenteuse et de prescriptions inappropriées ou inutiles qui les accompagnent. Ces problèmes sont bien connus. Il demeure que leur résorption ou modération se révèle difficile, particulièrement dans un contexte d'informations et de responsabilités éclatées.

[395] Certes, selon les observations des personnels soignants en EHPAD, les comportements de prescription des médecins évoluent, sous l'effet du renouvellement de génération et des campagnes de communication des autorités sanitaires ciblées sur certains médicaments (les neuroleptiques en EHPAD notamment). Les recommandations de bonnes pratiques produisent aussi leurs effets ; ainsi des recommandations de la HAS publiées fin 2011 sur le diagnostic et la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées : « On a constaté sur nos établissements une nette régression des prescriptions d'anti-démence par les médecins traitants à la suite de ces recommandations. Cela va même trop loin : il y a une démobilité sur l'utilité du dépistage des démences, alors que ce dépistage est très important, même en l'absence de médicament efficace, pour bien interpréter certains comportements (des cris par exemple) et permettre l'adaptation des équipes de soins. En revanche, la procédure prévue par la HAS dans ce domaine (par ex. le bilan régulier avec un neurologue) est beaucoup trop lourde et inapplicable en EHPAD. » (Un cadre de santé.

[396] Si « la communauté des soignants est en train de changer de paradigme sur les neuroleptiques », cette évolution doit être confortée par l'évolution des équipes soignantes en interne, avec notamment la nécessité de qualifier plus rigoureusement l'agitation ou les troubles du sommeil ; le cadre de santé a une responsabilité (de sensibilisation et de vigilance) à cet égard.

[397] Reste la difficulté de persuader les familles qui acceptent souvent mal la moindre médication et l'agitation de leur parent.

- [398] Certains établissements fonctionnant en tarif partiel sans PUI, forts de la légitimité et de la volonté de leur médecin coordonnateur, ont engagé une démarche de modération des prescriptions médicamenteuses et de sensibilisation aux bonnes pratiques (sur les neuroleptiques surtout), soutenue par les actions précédemment évoquées de communication et de gestion du risque de la part des caisses d'assurance maladie et des ARS. Ils en soulignent toutefois eux-mêmes les difficultés et les limites (cf. encadré).

La difficile maîtrise des volumes de prescriptions médicamenteuses : l'exemple d'un EHPAD en tarif partiel sans PUI, très engagé sur ce sujet

Cet établissement compte 168 places, tarifées en tarif partiel sans PUI, sur la base d'un PMP et d'un GMP élevés (respectivement 251 et 683). Il dispose d'un médecin coordonnateur pour 0,6 ETP, ce qui représente une assez grande disponibilité par rapport au reste du secteur ; son implication dans l'établissement et sa légitimité auprès de ses confrères libéraux sont fortes. L'établissement est approvisionné par deux pharmacies d'officine, dont l'une est conventionnée pour la préparation des doses à administrer pour l'ensemble des résidents.

Un bilan réalisé par le médecin coordonnateur et le cadre de santé en 2011 a fait apparaître que 85 % des résidents prenaient des benzodiazépines et que la prescription de neuroleptiques était très répandue parmi les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Le médecin coordonnateur et le directeur de l'EHPAD ont alerté les médecins libéraux intervenant dans la structure (soit une dizaine) en leur demandant de bien vouloir reconsidérer leurs prescriptions.

Des modifications de prescriptions se sont effectivement produites : report sur des médicaments à demi-vie courte, suppression des neuroleptiques dans plusieurs cas.

Un nouveau bilan réalisé fin 2012 constate les améliorations : la moitié des résidents consomme des benzodiazépines (dont 50 % de molécules dans la liste préférentielle) ; un seul patient Alzheimer est sous neuroleptique. « Toutefois, il faut être vigilant ; à chaque nouvelle admission, il est nécessaire de refaire le même travail de sensibilisation. »

A noter aussi : « Le réajustement de prescription s'opère plus naturellement à l'occasion des hospitalisations, par l'intervention du praticien hospitalier; reste ensuite à maintenir la 'discipline' : il est parfois difficile d'éviter la résurgence des anciennes habitudes de prescription des médecins traitants libéraux, sous l'effet, entre autres facteurs, des demandes des familles. »

- [399] Le discours cependant le plus souvent entendu par la mission, dans des EHPAD où interviennent une quarantaine de médecins traitants libéraux et où les dossiers des résidents en interne sont incomplets, est celui d'une impuissance sur la question des prescriptions.
- [400] Par ailleurs, la maîtrise du circuit du médicament est aussi liée à la capacité des établissements à se doter d'outils performants de gestion de l'information (transmission automatisée des feuilles de soins à la pharmacie d'officine par exemple, ou dossier du résident informatisé) et ce, quelle que soit l'option tarifaire.
- [401] En l'absence de PUI, elle dépend enfin de la capacité des établissements à contractualiser avec une officine pour la fourniture de médicaments à l'ensemble des résidents, assortie de la préparation (gratuite pour l'instant) des doses à administrer. A cet égard, l'aide apportée par le siège d'un groupe peut être déterminante.

4.2.5.2. Effets de la PUI sur le bon usage du médicament en EHPAD

[402] Si elle est assortie d'un cadre économique cohérent, permettant notamment un temps de présence suffisant du pharmacien et du (des) préparateur(s), la PUI offre des avantages notables, soulignés par tous les gestionnaires ayant adopté ce mode de fonctionnement :

- sécurisation des conditions de préparation et de dispensation du médicament (préparation nominative par un personnel dédié, moins d'erreurs dans les piluliers, meilleures conditions de stockage) ;
- préparation des doses à administrer prise en charge par un préparateur en pharmacie sous le contrôle du pharmacien, libérant à due concurrence un temps infirmier précieux pour d'autres fonctions (la préparation des doses à administrer, dans un EHPAD moyen de 80 lits, mobilise une IDE environ 2 heures par jour sur les 7 jours de la semaine, ou 3 heures par jour hors week-end) ;
- maîtrise de la iatrogénie médicamenteuse et des prescriptions inappropriées ou inutiles, dont l'ampleur en EHPAD est considérable (cf. annexe n°9) : cet effort de maîtrise résulte de l'analyse et validation systématiques des prescriptions par le pharmacien, de l'emploi d'indicateurs d'alerte et du dialogue mené par ce dernier avec les médecins prescripteurs vis-à-vis desquels le positionnement professionnel du pharmacien de PUI est plus clair et moins contestable que ne l'est celui du médecin coordonnateur : « **il existe une véritable écoute des médecins qui respectent le discours du pharmacien** » (directeur d'EHPAD alsacien).

L'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription (qui n'est pas l'apanage des seuls EHPAD disposant de PUI) ainsi que la mise en place d'une liste préférentielle des médicaments (qui permet notamment d'exclure les médicaments potentiellement inappropriés en gériatrie et précise les possibilités d'adaptation posologique comme l'écrasement) sont des outils complémentaires à l'appui de cette recherche de bon usage du médicament. En Auvergne par exemple, la quasi-totalité des EHPAD disposant de PUI ont établi une liste préférentielle, tandis que seulement 3 % des EHPAD sans PUI en ont une. Il est vrai que ces outils d'encadrement des prescriptions en eux-mêmes, sans la cohérence institutionnelle qu'offre l'intervention du pharmacien, montrent leurs limites : ainsi, en région Pays de la Loire, « la liste préférentielle de médicaments a une portée encore incertaine. Cette liste passe mal auprès des médecins libéraux. Elle est théoriquement obligatoire mais n'est disponible que dans 14 % des EHPAD de la région ; encore est-elle très hétérogène, comptant de 100 à 900 médicaments » ;

- maîtrise de la dépense de médicament par un double effet prix et volume ;
- meilleure adéquation des approvisionnements, qu'il s'agisse des conditionnements des médicaments ou de la qualité du petit matériel médical (seringues, compresses, sondes naso-gastriques, etc) ;
- meilleure traçabilité des médicaments, de la commande à la dispensation – cette traçabilité pour l'établissement a pour contrepartie, là encore, dans l'état actuel des systèmes d'information, une perte d'information pour l'Assurance maladie.

[403] La portée des efforts de maîtrise des prescriptions médicamenteuses est d'autant plus grande que les médecins traitants sont en nombre resserré avec des relations suivies ou qu'ils sont salariés de l'établissement.

Retour d'expérience sur les bénéfices de la PUI pour l'EHPAD d'un centre hospitalier (EHPAD en tarif global, dont les 65 résidents sont suivis pour l'essentiel par cinq médecins libéraux) :

- Consommation de médicaments : moins d'1 euro / résident / jour (0,96 € en 2012 ; 0,97 € en 2011 ; 0,87 € en 2010).
- Nombre moyen de lignes par ordonnance : 6,8.
- Une attention particulière est accordée au choix des conditionnements, autant qu'à l'utilisation de génériques.
- Des prescriptions inutiles, d'inhibiteurs de la pompe à protons, ou d'hypnotiques, par exemple, ont été arrêtées (avec report parfois sur d'autres traitements offrant des demi-doses), en collaboration avec les médecins traitants et les IDE.
- Un travail spécifique, interne à l'EHPAD, sur les démences et les maladies de Parkinson a conduit à revaloriser les thérapies non médicamenteuses – le cadre de santé de l'EHPAD joue à cet égard un rôle clé pour concrétiser cette démarche et contrer, au cas par cas, la tentation d'une contention physique ou chimique face aux problèmes d'agitation ou d'agressivité de certains résidents.
- Les pratiques d'écrasement des médicaments ont été sécurisées (mise en place d'un 'permis d'écraser') sur la base de travaux de l'OMEDIT et d'une évaluation de pratiques professionnelles (EPP) qui avait révélé une médiocre connaissance des règles de la part des prescripteurs (en dehors des cas d'utilisation de sonde naso-gastrique).
- L'organisation est sécurisée le week-end avec une infirmière présente le samedi matin et des infirmières libérales présentes ponctuellement le reste du week-end pour préparer et superviser la médication.
- Finalement, « la PUI donne un cadre » : son responsable est une personne ressource ; elle fournit à l'EHPAD un retour d'information utile (taux de consommation mensuelle de Benzodiazépines par exemple) ; l'analyse des prescriptions et la validation pharmaceutique systématiques confortent les bonnes pratiques, réduisent les accidents, et, au-delà, visent à permettre aux résidents de « mieux vivre avec leurs pathologies ».
- Par ailleurs, dans un EHPAD rattaché à un établissement de santé, « le bénéfice lié à la présence du personnel pharmaceutique est important en termes d'investissement dans les groupes de travail de la CME ».

[404] Certes le problème des **médicaments onéreux** (EPO, traitements des cancers ou de la dégénérescence maculaire liée à l'âge - DMLA) se pose ponctuellement aux EHPAD gestionnaires d'une PUI mais il reste rare et aucun des interlocuteurs de la mission ne redoute un « *rationnement* » de ces soins à moyen terme, dans la mesure où peuvent être mobilisées des solutions de financement ad hoc et ponctuelles. « En septembre 2011, l'établissement a admis une résidente nécessitant un traitement très coûteux (SPRYCEL®, pour 4115 € par bimestre, représentant en année pleine 8 % du budget de médicaments de la structure). Cette dépense a été couverte par des crédits non reconductibles de l'ARS pour éviter la sélection des patients ». La mobilisation de CNR permet généralement de compenser au moins en partie la charge de traitements unitaires très onéreux.

[405] Les marges de manœuvre en termes de rationalisation du médicament en EHPAD demeurent cependant notablement larges (cf. encadré ci-dessous) ; leur concrétisation dépend de la capacité des organisations de soins à faire évoluer de façon conjointe les pratiques des acteurs médicaux et paramédicaux, internes et externes à la structure, dans le sens voulu.

Illustration des possibilités de rationalisation de la consommation médicamenteuse en EHPAD menée sous l'impulsion d'une PUI (EHPAD rattaché à un centre hospitalier gériatrique) :

Extrait de l'entretien de la mission avec le directeur et le cadre de santé de l'EHPAD : « Le pharmacien établit chaque année le « Top 30 » des médicaments les plus coûteux pour la PUI, document présenté en CME. Le médicament « anti-Alzheimer » EBIXA® est apparu en n°1. Il en est résulté une action de sensibilisation des médecins traitants, en prenant appui sur les recommandations de la HAS et sur les échanges au sein de la CME. Le praticien hospitalier chargé du suivi des résidents de l'unité sécurisée Alzheimer était déjà sceptique sur l'utilité de ce médicament pour la population considérée et a donc pesé dans le sens d'une révision des pratiques. »

Résultat : la consommation d'EBIXA® -10 mg a été divisée par 2 entre 2011 et 2012 :

2011 : volume de 9 202 unités pour 12 589 €

2012 : volume de 4 308 unités pour 5 894 €.

- [406] Par comparaison, le passage par une pharmacie d'officine présente une souplesse et une réactivité appréciées des équipes en EHPAD, avec lesquelles un partenariat a parfois été développé, portant sur la préparation des doses à administrer (PDA) et sur la transmission électronique d'informations mais pas sur la revue des prescriptions ; ce qu'un médecin coordonnateur résume ainsi : « **un bon fonctionnement logistique mais aucun fonctionnement institutionnel** ». Or il faut reconnaître la complexité particulière de la prise en charge médicamenteuse en gériatrie, eu égard à la prévalence des polyopathologies et aux règles en matière de iatrogénie.

4.2.5.3. Problématique micro-économique de la PUI

- [407] Le coût d'une PUI pour l'établissement et son coût pour l'Assurance maladie doivent être bien distingués si l'on veut comprendre la problématique économique de ce dispositif.
- [408] Le tableau figurant en annexe n°10 illustre ce constat, en s'appuyant sur quelques cas d'EHPAD pour lesquels la mission a obtenu des données détaillées.
- [409] Il ressort que le coût variable des médicaments fournis par la PUI apparaît, selon les cas, soit proche soit nettement en-dessous du niveau moyen de la dépense remboursable de médicament hors PUI, en tarif global. Ce coût variable est aussi sensiblement inférieur à la dépense remboursable de médicament hors PUI en tarif partiel.
- [410] Cependant, le fonctionnement d'une PUI induit des coûts fixes. Or ceux-ci ne sont aujourd'hui supportés par l'Assurance maladie qu'à travers le niveau général du forfait de soin : en effet, **le supplément de valeur du point de GMPS lié à la PUI représente à peine plus de la moitié du coût total (fixe et variable) de la PUI pour les établissements en TG, et moins de la moitié pour les établissements en TP.**
- [411] Dans le cadre du tarif partiel, la contribution de l'équation tarifaire à la couverture des coûts d'une PUI apparaît même sensiblement inférieure aux seuls remboursements de médicaments constatés pour les EHPAD approvisionnés en officine (cf. encadré ci-dessous).

Contribution de l'équation tarifaire à la couverture des frais de fonctionnement d'une PUI :

- En tarif partiel⁸⁰ : 1,77 € / résident / jour (sur la base du GMPS moyen des EHPAD en TP avec PUI, soit 1157).

A comparer à une dépense de médicament remboursable par l'Assurance maladie dans les EHPAD en TP sans PUI de 2,65 € / résident / jour.

- En tarif global⁸¹ : 2,20 € / résident / jour (sur la base du GMPS moyen des EHPAD en TG avec PUI, soit 1218).

A comparer à une dépense de médicament remboursable par l'Assurance maladie dans les EHPAD en TG sans PUI de 1,90 € / résident / jour, mais avec un GMPS un peu plus faible dans ce dernier cas.

[412] Ces calculs recourent à une simulation réalisée par un EHPAD de 64 lits en tarif partiel, candidat à un passage au tarif global et au rattachement à la PUI du centre hospitalier dont il partage la direction commune : le supplément de dotation lié à l'intégration de la PUI, soit 40 000 €, aurait représenté un peu plus de la moitié du chiffre d'affaires généré aujourd'hui pour la pharmacie de référence (65.000 €).

[413] Les développements qui précèdent visent à souligner les effets et conditions de financement des PUI dans les établissements qui ont fait ce choix.

[414] On a vu que c'est le relatif « surcalibrage » du tarif global qui finance aujourd'hui le fonctionnement d'une PUI. L'éventualité d'une meilleure couverture de ce coût soulève, du point de vue de l'Assurance maladie, un dilemme entre le financement des seuls achats de médicaments à raison de 2,65 € (en TP) ou 1,90 € (en TG) par résident et par jour, ou le financement d'une PUI dont le coût total est probablement proche 4 € (avec une substitution partielle de coûts fixes à des coûts variables), mais offrant une meilleure maîtrise des volumes consommés et des effets iatrogéniques, avec des effets vertueux sur l'ensemble de la filière de soins (disponibilité des personnels soignants, moindres dépenses sur d'autres soins en ville et à l'hôpital). C'est cette dynamique globale qu'il conviendrait de conforter, tout en poursuivant les évaluations quantitatives et qualitatives sur ce sujet.

[415] Il demeure que tous les EHPAD ne sont pas susceptibles de fonctionner avec une PUI, ne serait-ce que du fait de leur taille (rappelons que 80 % des EHPAD ont moins de 100 places).

4.3. D'autres facteurs d'efficience se combinent à l'option tarifaire

[416] La capacité des EHPAD à se saisir de leurs marges de manœuvre pour aboutir à des soins plus pertinents et plus efficaces est réelle et peut s'illustrer de diverses manières selon leurs contextes. Cette dynamique s'inscrit nécessairement dans la durée ; d'où la nécessité de stabiliser le cadre économique et réglementaire du secteur. Sont concernés des établissements en tarif partiel aussi bien qu'en tarif global, même si ce dernier offre plus de leviers.

[417] Ces leviers sont d'autant plus opérants que d'autres conditions sont réunies :

- médecin coordonnateur présent, impliqué et légitime – si possible avec une qualification en gériatrie ;
- cadre de santé impliqué, pleinement partie prenante de l'équipe de direction ;
- démographie médicale ou paramédicale localement modérée ;
- utilisation à bon escient du contrat de coordination ;

- configuration des lieux propice à une organisation des soins efficiente et à une cohabitation apaisée entre les résidents (notamment entre « déments déambulants » et personnes affaiblies mais non démentes) ;
- informatisation du dossier du résident, avec, dans l'idéal, un accès possible aux médecins traitants à distance (depuis leur propre cabinet) comme cela a été fait par certains EHPAD, et un système d'échanges automatisés avec la pharmacie d'officine de référence ;
- taille critique : celle-ci s'élève sous l'effet de l'intensification des soins et du renforcement tendanciel du taux d'encadrement, en particulier la nuit, qui suppose de répartir les coûts fixes sur une plus grande échelle. Selon certains observateurs du secteur, la taille critique des EHPAD passerait ainsi de 75 à 120 lits environ ;
- organisation des relations avec les établissements de santé (cf. infra).

[418] La mise en place des outils adéquats est nécessaire à l'amélioration de l'information de santé en EHPAD (et beaucoup de progrès restent à faire) : l'alimentation systématique du dossier médical par les médecins traitants, et du dossier de soins par les professionnels paramédicaux, reste à faire; l'information du médecin coordonnateur sur les examens ou consultations complémentaires demandés par le médecin traitant est loin d'être systématique ; si la transmission électronique des résultats d'analyses biomédicales se développe, la transmission électronique des informations relatives aux actes et examens réalisés lors des séjours hospitaliers n'est en place dans aucun des EHPAD contactés par la mission.

[419] Signalons que dans le cas des EHPAD en tarif partiel, dont 31 % sont des établissements privés commerciaux, **l'organisation propre aux groupes** fournit des leviers de gestion et des gains d'efficacité exogènes pour ainsi dire au régime tarifaire, compensant certaines de ses faiblesses :

- déploiement d'outils au service de la qualité des soins : livret du médicament élaboré au niveau du groupe, promotion des bonnes pratiques par la direction médicale du siège, relayée dans le cadre de réunions décentralisées entre directions régionales-médecins coordonnateur-cadres de santé, formation des médecins coordonnateurs et des personnels soignants, appui aux évaluations internes et externes ;
- appui technique et financier à la gestion médico-économique des soins : pour la mise en place d'outils informatiques au service de la traçabilité des soins et du suivi des dépenses, pour la passation d'appels d'offre avec les pharmacies d'officine (contractualisation du marché de fourniture en médicaments d'un établissement en échange de la préparation des traitements nominatifs journaliers) ;
- actions en direction des professionnels de santé libéraux afin de les associer à la logique de projet de soins des établissements (« Quand les professionnels libéraux se désintéressent de l'établissement, c'est aussi parce que l'établissement se désintéresse des professionnels libéraux » - le directeur médical d'un groupe) : mise à disposition des masseurs kinésithérapeutes d'outils pratiques par exemple (bilans-types, fiches de suivi des actes et d'évaluation mensuelle des résidents).

[420] Or la « part de marché » des groupes privés commerciaux tend à s'accroître sous l'effet d'opérations de croissance externe qui contribuent à une relative concentration du secteur (encore très émietté toutefois) et au développement de filières gérontologiques⁸².

[421] Si l'effet « groupe » modifie l'économie intrinsèque du tarif partiel, ses fragilités demeurent pour la plupart des établissements concernés.

[422] La multitude d'intervenants pèse sur la cohérence de l'accompagnement de la personne âgée (interventions tardives, manque de disponibilité de l'infirmière lors de la consultation...) et est en décalage croissant avec les « normes » de soins (prise en charge de la douleur et de la fin de vie, réévaluation de l'antibiothérapie à 48-72 H, maîtrise du risque iatrogénique, etc.). « Le médecin traitant libéral est à côté de l'équipe soignante et non pas dans l'équipe soignante » (un directeur d'EHPAD en tarif partiel). La commission de coordination gérontologique se réunit rarement ou pas du tout ; « seules fonctionnent celles qui ont été mises en place il y a une quinzaine d'années en vertu d'une dynamique locale spécifique ; l'antériorité compte » (ARS Pays de la Loire). D'autres réunions, comme celles organisées par la CPAM sur les benzodiazépines à demi-vie longue ou sur l'analyse des dépenses prescrites, peinent à rassembler un nombre critique de médecins traitants.

[423] Un directeur ayant en charge deux EHPAD respectivement en TG et en TP observe que le pavillon qui est en TP et qui compte le plus grand nombre de médecins libéraux intervenants génère plus d'hospitalisations :

- dans le pavillon de 80 places, en TP, où interviennent le plus grand nombre de médecins traitants : 28 résidents ont été hospitalisés en 2012, pour 39 séjours et 581 journées ; soit une moyenne de 0,5 séjours et 7,3 journées par résident ; et ce, en dépit de la présence d'une IDE de nuit sur le site ;
- dans la structure de 110 lits en TG, fonctionnant avec des médecins salariés, on compte 14 résidents hospitalisés, pour 14 séjours (pas de réhospitalisation dans l'année) et 194 journées, soit une moyenne de 1,8 journées par résident ; alors même que le PMP de ce groupe est nettement plus élevé (329) que celui du groupe précédent (148).

[424] Divers facteurs peuvent naturellement jouer, mais le directeur et le cadre de santé de cet établissement considèrent que la régularité du suivi médical et le degré de coordination expliquent une grande partie de cet écart.

[425] Selon un autre directeur d'EHPAD situé dans une zone semi-rurale, « les médecins libéraux sont à présent demandeurs d'une présence salariée dans l'EHPAD pour assurer un relais et une continuité des soins ; c'est une évolution récente ».

4.4. *La recherche d'une bonne articulation entre EHPAD et établissements de santé montre les progrès possibles*

[426] Un autre facteur d'efficacité mobilisé par certains EHPAD, avec encore d'importants développements possibles, réside dans l'articulation avec les établissements de santé.

[427] De nombreux rapports⁸³ ont été remis ces dernières années sur la problématique des hospitalisations pour le 4^{ème} âge. Ils décrivent l'importance de ces flux d'activité et soulignent à la fois la difficulté pour les établissements de santé de prendre en charge ces personnes selon une approche gériatrique globale et la fragilisation de l'état général qui en découle souvent pour les patients concernés (désorientation accrue, dénutrition, escarres, contention, etc) ; l'aggravation de l'état de dépendance est nette pour les résidents souffrant de maladie d'Alzheimer. Seulement 30 % des résidents hospitalisés ont récupéré, deux mois après leur retour en EHPAD, leur état antérieur⁸⁴.

[428] Il est établi également que le taux de passage par un service d'urgences avant admission à l'hôpital s'élève fortement après 85 ans, signe de besoins de soins qui n'ont pu être anticipés, ni précisément identifiés ni pris en charge au sein de l'EHPAD (il va de soi qu'il existe une part incompressible de recours aux urgences, comme les cas de décompensation). Un résident sur 4 décède à l'hôpital⁸⁵.

[429] Les entretiens que la mission a conduits en EHPAD permettent de présenter ici quelques illustrations des coopérations EHPAD - hôpital engagées et des progrès possibles.

- [430] Dans la plupart des cas observés, une relation avec l'unité mobile de soins palliatifs des établissements de santé proches a été organisée, permettant une intervention ponctuelle de celle-ci à la demande de l'EHPAD. La relation avec les équipes mobiles de gériatrie est plus variable, selon leur degré de « mobilité » et leur capacité à intervenir en EHPAD ; dans certains cas, ces équipes fournissent conseil et avis aux équipes soignantes des EHPAD en cas de difficulté et délivrent plusieurs formations chaque année (sur les démences ou les troubles de la déglutition par exemple) : « cela n'évite pas les passages aux urgences pour les résidents mais cela permet un contact privilégié avec les équipes hospitalières » (un cadre de santé en EHPAD).
- [431] L'intérêt de conventionnements avec l'hôpital de jour gériatrique (unités cognitivo-comportementales en particulier) a également été souligné pour les consultations mémoire, les bilans cognitifs et les réévaluations notamment.
- [432] Si chaque EHPAD est signataire d'un nombre important de conventions avec les établissements de santé, ces conventions sont cependant plus ou moins actives et certaines sommeillent véritablement. Le CAS de la Ville de Paris a ainsi entrepris, sur la base d'un bilan de ces conventions réalisé en 2012, de relancer certaines coopérations avec un double objectif d'amélioration du parcours de soins des résidents (diminution des passages aux urgences, amélioration des procédures d'entrées/sorties) et de positionnement des EHPAD en aval des services gériatriques. La filière gériatrique de la Creuse (18 EHPAD signataires) a engagé un ensemble de réflexions d'éthique au niveau des cadres de santé, portant notamment sur la question de la poursuite des traitements et de la fin de vie.
- [433] La prévention des hospitalisations en urgence repose aussi sur le médecin coordonnateur : en travaillant avec les équipes soignantes sur des indicateurs de rupture d'autonomie (en termes de nutrition, d'autonomie, de mémoire, de vie sociale, d'assiduité aux ateliers, etc.), en développant le recours à l'hôpital de jour (notamment pour améliorer le dépistage et la prévention de pathologies gériatriques handicapantes comme l'insuffisance cardiaque, les risque neuro-vasculaires ou encore les troubles cognitifs débutants), en organisant avec les établissements de santé concernés des voies d'admission spécifiques à l'hôpital, le médecin coordonnateur peut jouer un rôle essentiel.
- [434] **L'Unité de Recours et de Soins Gériatriques (URSG)** du CHU de Limoges illustre un mode de coopération hôpital-EHPAD visant à la fois un moindre recours aux urgences et surtout une meilleure complémentarité des positionnements de chacun dans la prise en charge thérapeutique, selon le niveau de technicité des soins paramédicaux requis (cf. encadré).

Accessibilité de l'hôpital hors urgences : la contribution de l'Unité de Recours et de Soins Gériatriques du CHU de Limoges

Un partenariat a été formalisé entre les EHPAD de la Haute-Vienne et le CHU de Limoges autour de l'unité de Recours et de Soins Gériatriques (URSG) rattachée aux soins de suite du CHU. Cette structure permet une hospitalisation des résidents d'EHPAD sans passage par les urgences, **pour la réalisation de soins paramédicaux trop complexes pour l'EHPAD** (perfusion d'antibiotique par exemple, ou administration d'oxygène ou soins requérant une surveillance infirmière 24h/24) dans le cadre des traitements prescrits par le médecin traitant et en assurant la continuité du projet de soins gériatriques. Il ne s'agit donc pas de poser un diagnostic suite à un accident ou à une détérioration inattendue de l'état de santé de la personne. Cela suppose l'engagement de l'EHPAD de reprendre la personne après la réalisation du protocole de soins convenu. A l'inverse, l'hôpital réserve chaque jour jusqu'à 15H (hors week-end) quelques places pour les EHPAD de la Haute-Vienne, qui disposent d'un numéro d'appel dédié ; la réponse du responsable de l'unité vaut admission dans l'URSG.

L'extension de ce dispositif, très apprécié de ses utilisateurs, est en cours dans les deux autres départements de la région.

Le suivi des hospitalisations effectué par l'un des EHPAD impliqués dans ce partenariat (établissement de 79 lits en hébergement permanent et 5 places d'hébergement temporaire) montre la part non négligeable de cette voie de recours dans l'ensemble des hospitalisations, même si l'établissement reste dépendant des urgences pour les hospitalisations la nuit ou le week-end (en nombre atypique en 2012).

Recours à l'hôpital d'un EHPAD dans le cadre de l'URSG	1 ^{er} semestre 2013	2012	2011	2010
Hospitalisations des résidents de l'EHPAD en URSG	5 séjours	3 séjours 28 jours	10 séjours 222 jours	11 séjours 307 jours
Nombre total d'hospitalisations des résidents ...	26	57	58	56
.....dont urgences....	10	32	21	23
.....dont la nuit ou le week-end		18	5	5

[435] De nombreux EHPAD ont également renforcé leur attention aux conditions de retour d'hospitalisation de leurs résidents, en s'appuyant sur la communication directe entre médecin coordonnateur et services hospitaliers, sur la « fiche de retour d'hospitalisation » utilisée par une grande majorité d'établissements de santé et validée par le médecin coordonnateur avant la sortie du résident hospitalisé: l'enjeu est à la fois d'éviter des inadéquations liées à une prise en charge sanitaire trop lourde en post-hospitalisation, mais aussi d'assurer à l'établissement de santé la souplesse nécessaire en aval (possibilité d'accueil en EHPAD en pleine nuit si aucun soin technique n'est requis, par exemple).

[436] Toutefois, la transmission électronique entre hôpital et EHPAD des informations relatives aux patients et aux actes et examens réalisés lors des séjours hospitaliers reste extrêmement rare. A cet égard, l'utilité potentielle du DMP pour cette population apparaît très importante, comme le souligne le rapport du « comité des sages » relatif à la stratégie nationale de santé⁸⁶. Plus généralement, la gestion des flux d'information en lien avec les hospitalisations reste très perfectible. On ne peut que rappeler les recommandations élaborées par l'ANESM sur ce point (cf. annexe n°15).

[437] S'agissant des pathologies psychiatriques, les témoignages sont très variables selon les lieux d'implantation des EHPAD.

- [438] **L'Equipe Mobile d'Evaluation et de Suivi de la Personne Agée (EMESPA)** mise en place depuis 18 mois par le pôle de psychiatrie (filière ambulatoire) du centre hospitalier Esquirol de Limoges est une expérience jugée très positive. Cette équipe, composée d'un médecin compétent en psycho-gériatrie, d'infirmiers spécialisés dans la prise en charge des troubles psychiatriques de la personne âgée, d'un(e) psychologue clinicien(ne), d'un(e) assistant(e) des services sociaux et d'un secrétariat, propose à tous les EHPAD de la Haute-Vienne, sur demande du médecin traitant ou du médecin coordonnateur, une intervention à visée diagnostique – expertise, aide au diagnostic, éventuelle consultation en urgence – ou à visée thérapeutique – préconisations thérapeutiques adressées au médecin traitant et suivi des patients dans le cadre des prescriptions du psychiatre référent. Il s'agit d'un appui apporté aux équipes soignantes **en cas de crise d'agitation aiguë ou de crise psychotique d'un résident**. Ce faisant, l'objectif est aussi d'éviter aux personnes concernées des déplacements inutiles en consultation et de rationaliser les hospitalisations. Ces interventions sont gratuites pour les EHPAD, leur coût étant supposé par l'hôpital - exemple intéressant de décloisonnement entre secteurs sanitaire et médico-social.
- [439] Si l'EHPAD dispose d'un système informatisé de tenue des dossiers médicaux et de gestion du circuit du médicament, les comptes-rendus d'intervention de ces équipes sont saisis directement dans le système. Parmi les axes d'évolution identifiés figure d'ailleurs la centralisation des données pour un même patient entre l'EHPAD, l'équipe EMESPA, le psychiatre référent et les unités d'hospitalisation complète.

L'Equipe Mobile d'Evaluation et de Suivi de la Personne Agée (EMESPA): quelques résultats

Un premier bilan⁸⁷ du dispositif EMESPA indique que la quasi-totalité des EHPAD de Haute-Vienne ont passé convention avec le CH à ce titre et que l'équipe EMESPA est intervenue dans 35 des 39 EHPAD du département, pour 236 patients en file active au printemps 2012. Les principaux motifs d'intervention sont les cris, l'agitation psychomotrice, la déambulation, le syndrome de glissement et l'agressivité.

Dans 7 % des cas, la première visite a eu pour conséquence immédiate une hospitalisation, dans 24 % des cas une consultation en urgence (pôle « psychiatrie de la personne âgée » du centre hospitalier) ; dans près de 70 % des cas, la première visite a permis un ajustement thérapeutique sur place. Un peu plus de la moitié des résidents bénéficient ainsi d'un suivi infirmier spécifique, généralement en quinzaine.

L'utilité de telles interventions pour les équipes soignantes des EHPAD et pour les résidents dont elles réduisent très sensiblement les hospitalisations en psychiatrie a été soulignée par les interlocuteurs de la mission. Ainsi, le responsable d'un EHPAD (d'environ 80 résidents) utilisateur du dispositif a indiqué que les hospitalisations en psychiatrie sont passées de 6 séjours en 2010 représentant 225 jours (ce type de séjour étant souvent long) à un seul séjour en 2011 (37 jours) pour aboutir à aucune hospitalisation en 2012.

- [443] Une autre forme de partenariat entre un EHPAD et le pôle psychiatrique d'un centre hospitalier consiste pour l'EHPAD à accueillir prioritairement les patients âgés en sortie d'hospitalisation et, en contrepartie, pour le CH, à intervenir en soutien au sein de l'EHPAD, et à faciliter, si nécessaire, les démarches d'hospitalisation de résidents relevant de sa spécialité. Si les médecins psychiatres ne sont généralement plus en mesure de se déplacer, ils apportent néanmoins expertise et conseil, cependant que l'équipe d'infirmiers de secteur se déplace dans l'EHPAD. Un EHPAD de 105 lits proche de Clermont-Ferrand ayant passé une telle convention a indiqué à la mission contenir ainsi autour de 3 ou 4 chaque année le nombre d'hospitalisations pour motif psychiatrique (plusieurs résidents ayant pourtant un passé psychiatrique) ; 3 des résidents étaient suivis par le secteur au moment de notre entretien.

- [444] La prise en charge des troubles du comportement des résidents dans un autre EHPAD est facilitée par une convention signée avec le CHS, qui assure le passage d'un psychiatre de liaison – trois interventions dans l'EHPAD sur les quatre premiers mois de 2013. C'est un appui apprécié même si cela ne couvre pas tous les besoins de consultations psychiatriques. Ce dispositif était, jusqu'à récemment, complété par une IDE de liaison, qui faisait chaque semaine l'interface entre les IDE de l'EHPAD et le psychiatre de liaison ; le non remplacement de l'IDE de liaison, à son départ en retraite, a laissé un vide dans la chaîne de soins.
- [445] De manière générale, la question de l'articulation entre services psychiatriques hospitaliers et EHPAD est d'une réelle acuité eu égard à la prévalence croissante des pathologies démentielles dans ces établissements, auxquelles s'ajoute parfois la prise en charge de patients psychiatriques vieillissants.
- [446] Il vrai qu'un historique d'accueil de patients psychiatriques vieillissants a souvent enraciné un partenariat avec le CHS qui peut prendre la forme d'interventions de l'unité mobile psychiatrique pour ces personnes mais également pour d'autres résidents en crise.
- [447] Pour répondre à des problématiques plus larges, la formalisation de procédures entre secteurs sanitaire et médico-social se matérialise aussi par une **fédération gériatrique**, comme celle créée récemment dans le Puy-de-Dôme entre 13 EHPAD et le centre hospitalier de Thiers, avec pour objectifs :
- améliorer les entrées et sorties d'hôpital : désignation de référents hospitaliers (pour les consultations gériatriques et pour le court séjour gériatrique) et de référents au sein des EHPAD ; accès prioritaire des résidents des EHPAD signataires de la convention au court séjour gériatrique sans passage par les urgences - en pratique cela suppose aussi plus de communication directe entre le médecin coordonnateur (ou le cadre de santé de l'EHPAD) et les praticiens hospitaliers, sans préjudice d'une communication entre les cadres de santé concernés ;
 - développer les consultations de psychiatrie au sein des EHPAD dans le cadre de l'activité de secteur, pour traiter des situations de crise ou assurer un suivi de résidents difficiles à équilibrer, et ce afin d'éviter un certain nombre d'hospitalisations en psychiatrie. « Cela donne une sécurité pour la prise en charge de certaines personnes et fournit une alternative à des hospitalisations qui de toutes façons deviennent vraiment difficiles lorsqu'il s'agit de personnes très âgées connaissant d'importants troubles du comportement » ;
 - mettre en place des formations conjointes entre EHPAD et hôpital en s'appuyant sur l'expertise de celui-ci ;
 - garantir une permanence des soins dans l'EHPAD en mutualisant davantage les ressources médicales : appui de l'hôpital pendant les congés du médecin coordonnateur par exemple ; en contrepartie, une réflexion est en cours pour que certains médecins-coordonnateurs puissent exercer des vacances au sein de l'hôpital.
- [448] La plateforme de ressources que les établissements de santé sont susceptibles de constituer pour les EHPAD peut aussi prendre la voie de la **télémédecine**. Quelques EHPAD visités par la mission ont fait état de projets dans ce domaine : par exemple en relais des interventions d'équipes mobiles de psychiatrie (projet parfois commun à des établissements accueillant des personnes handicapées) ou pour l'accès à des avis spécialisés, voire la consultation directe d'un médecin spécialiste sans déplacement du résident⁸⁸.

- [449] Un EHPAD du Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris (établissement de 325 lits au GMP de 743 et au PMP de 222) expérimente un dispositif de télé-médecine en lien avec l'Hôpital Européen Georges Pompidou : téléconsultations de spécialistes en présence du médecin coordonnateur ou de l'IDE avec échange simultané de données médicales. Alors que le nombre de ces téléconsultations est passé de 4 en 2011 à 36 en 2012 et 41 sur les neuf premiers mois de l'année 2013, on observe dans cet EHPAD une sensible diminution du nombre d'hospitalisations (de 173 séjours ou 1 993 journées en 2011 à 132 séjours ou 1 492 journées en 2012, soit une réduction d'un quart, chiffre toutefois remonté en 2013 avec 132 séjours pour 1 647 journées sur les neuf premiers mois de l'année) ainsi qu'une diminution concomitante des passages aux urgences (de 127 passages en 2011 à 47 en 2012 et 36 sur les neuf premiers mois de 2013). Le bénéfice s'exprime avant tout en termes de confort de prise en charge pour les résidents mais il représente aussi une économie pour le système de soins - que l'on peut chiffrer sommairement sur la base du coût de 500 € facturé à l'EHPAD pour tout passage aux urgences non suivi d'hospitalisation, du coût moyen d'une journée d'hospitalisation⁸⁹, de 700 € environ en médecine, et des transports en ambulance évités ; soit une économie totale d'environ 400 000 € pour l'EHPAD concerné. Le dispositif, financé sur des CNR et sur les crédits du FIR, doit être prochainement étendu à plusieurs EHPAD d'Ile-de-France, dans le cadre d'un partenariat impliquant l'ARS, l'AP-HP et l'UHRIF (via un GCSMS constitué pour ce faire). Il sera d'autant plus essentiel de piloter ses résultats *dans la durée* et d'asseoir solidement son financement ainsi que la répartition des charges afférentes entre l'hôpital et les EHPAD.
- [450] En région Limousin, huit établissements médico-sociaux, accueillant des personnes âgées ou handicapées, constitués en GCSMS, ont présenté un projet de télé-médecine en lien avec le CHS afin de faire face aux besoins de suivi psychiatrique : une équipe mobile du CHS (un psychiatre et une IDE) interviendrait en EHPAD, le relais étant pris en télé-médecine une fois la pathologie stabilisée. Seraient ainsi étendu et adapté le dispositif EMESPA en vigueur en Haute-Vienne (cf. supra). S'il est admis que les deux plus gros utilisateurs financeraient l'investissement requis, le financement de la prestation du CHS reste en revanche en discussion, dépassant largement les capacités et l'horizon temporel du FIR au titre du champ médico-social.
- [451] Le rapport du comité des sages, dit rapport Cordier, relatif à la stratégie nationale de santé, souligne d'une part que l'usage à bon escient de la télé-médecine suppose un travail de fond sur les organisations, et d'autre part que « le modèle économique de la télé-médecine n'est pas pleinement défini » : « le flou entourant la politique tarifaire des actes de télé-médecine et le mode de financement des équipements freine l'investissement des industriels en recherche & développement et l'engagement des professionnels dans certaines projets ».
- [452] Qu'il s'agisse de la prestation de service fournie par l'établissement de santé ou de l'investissement matériel et immatériel requis, la capacité des instruments de financement et notamment du FIR⁹⁰ (dans sa conception actuelle ou future) à répondre localement à ces enjeux de déclouisonnement reste à confirmer.
- [453] Quant à l'hospitalisation à domicile, force est de constater, comme l'avait fait le précédent rapport de l'IGAS, qu'elle est très peu utilisée en EHPAD. On relève quelques cas ponctuels, par exemple pour de grosses plaies en post-hospitalisation ou pour le recours à certains gestes et équipements très spécifiques comme l'usage d'une pompe à morphine. Mais les protocoles de travail entre les équipes de l'HAD et celle de EHPAD sont jugées complexes à mettre en place et souvent sources de tensions.
- [454] Autre composante de l'environnement sanitaire, les réseaux de soins sont mobilisés par certains EHPAD avec satisfaction, notamment :
- en matière de nutrition : formation régulière du personnel hôtelier de l'EHPAD, intervention hebdomadaire de diététiciennes ;
 - pour la prise en charge de patients Alzheimer : formation des IDE et des aides-soignants ;

- pour les soins dentaires : intervention sur place d'un dentiste pour la réalisation de bilans dentaires à l'entrée des résidents, organisation de visites sur place ou en cabinet sur prescription médicale, formation des AS aux soins de bouche, etc. Une appréciation très positive est portée sur l'utilité de ces interventions, parfois payées par les EHPAD sur leur forfait de soins lorsqu'ils sont en tarif global ; s'ils n'y sont pas tenus réglementairement, le financement de ces interventions apparaît comme le prolongement normal de la prise en charge des résidents, cependant que les volumes et dépenses en cause restent modestes au regard du budget de soins d'un gros établissement.

5. PRECONISATIONS

- [455] La modélisation conçue à la fin des années 90 de la maison de retraite médicalisée - substitut de domicile, fondée sur une convention et un financement tripartites, tend à s'épuiser aujourd'hui.
- [456] La réussite de la politique de maintien à domicile (aides publiques, domotique et gérontotechnologies) et les règles de tarification des soins en EHPAD (rôle du GMPS et de la convergence) poussent à « l'alourdissement » du profil des résidents accueillis, en termes de dépendance et d'états pathologiques.
- [457] Les EHPAD sont des lieux d'hébergement et de soins. L'aller-retour avec l'hôpital doit être exceptionnel ; en revanche l'articulation avec les ressources gériatriques hospitalières et avec les équipes mobiles est capitale. La combinaison de ressources internes et externes, de professionnels attachés à l'établissement et de professionnels exerçant en mode libéral, ainsi que le degré de mutualisation avec d'autres structures, varient nécessairement, en fonction de la stratégie d'organisation de l'EHPAD, de sa taille, du profil de la population prise en charge et de son environnement sanitaire. Cette souplesse doit être maintenue. En certains endroits, les médecins libéraux eux-mêmes appellent à un renforcement de la présence médicale en EHPAD afin que soit assurée une continuité de soins quand eux peinent à répondre à toutes les sollicitations. Les modalités de financement des soins en EHPAD doivent accompagner et favoriser la définition de combinaisons localement optimales. Elles doivent ouvrir des choix pour ce faire.
- [458] L'EHPAD s'apparentera de plus en plus à un centre de soins primaires pour personnes âgées dépendantes approchant de leur fin de vie. La conception de l'organisation et du financement des soins doivent être cohérents avec cette tendance lourde qui, entre la logique ambulatoire libérale et la logique de politique de soins de l'établissement donne plus de poids à la deuxième.
- [459] Par ailleurs, la partition du budget des EHPAD reflète le compromis entre financeurs publics institué il y a près de 15 ans, dans un contexte de grande incertitude collective sur les coûts ; elle n'offre plus un cadre de financement adapté à la mission des EHPAD aujourd'hui, à l'optimisation de leurs ressources et des capacités de contrôle des autorités tarifaires. S'agissant de la prise en charge de populations polypathologiques, parmi lesquelles la prévalence des démences est devenue très importante et toujours croissante, un continuum s'impose entre les soins de santé classiques, répertoriés dans la nomenclature de l'Assurance maladie, et des approches spécifiques ciblées sur les capacités cognitives individuelles.
- [460] La tendance à une sévérité croissante du profil des résidents en EHPAD suscite des interrogations quant aux limites des ressources humaines de ces établissements. Le développement des recommandations de bonnes pratiques est susceptible de borner quelque peu les exigences adressées aux professionnels soignants. L'évaluation interne est susceptible d'offrir un miroir et un temps de concertation sur les modalités de fonctionnement. Mais le développement de dynamiques d'équipes pluridisciplinaires et la préservation d'un temps relationnel entre soignants et résidents seront essentiels pour soutenir la motivation des personnels et la pertinence des réponses apportées aux résidents.

[461] Le cadre économique des soins en EHPAD doit donc répondre à ces enjeux. Il doit être :

- stable et cohérent ;
- incitatif à la recherche du « juste soin » en termes de qualité et de quantité ;
- incitatif à la coordination des soins dispensés à cette population ;
- propice à la maîtrise des dépenses d'Assurance maladie à court et moyen terme.

[462] Les préconisations qui suivent reflètent la position du responsable de la mission de l'IGAS mais tiennent naturellement compte des échanges qui ont eu lieu avec la CNAMTS, la CNSA, les administrations centrales, les établissements ou leurs fédérations, les ARS ainsi que des personnalités qualifiées.

[463] Il est en toute hypothèse nécessaire de trancher la question de la réouverture du tarif global. La décision du Conseil d'Etat du 12 décembre 2012 n'empêche pas de considérer comme fragiles juridiquement les circulaires prises en 2012 et 2013 suspendant l'application du droit d'option prévu par la réglementation. Même si certains pans des soins (SSR et psychiatrie) manquent à l'analyse, une masse critique d'informations est désormais disponible pour fonder une décision en la matière.

Recommandation n°1 : Rouvrir l'option du tarif global de soins, dans des conditions assurant la maîtrise des flux et l'efficience de l'option

[464] Si la CNAMTS dans son rapport *Charges et produits* pour 2014 continue à défendre le gel de l'option du tarif global, sa réouverture est, pour la mission, justifiée en considérant :

- le caractère modéré du surcoût présenté aujourd'hui par le tarif global, qui reflète un historique beaucoup plus qu'il n'est prédictif de coûts futurs ;
- le caractère maîtrisable de ce coût à l'avenir compte tenu des expériences passées et des progrès dans la connaissance médico-économique du secteur ;
- l'intérêt de ce cadre tarifaire (dans les conditions qui vont être précisées plus loin) pour inciter aux innovations et à l'efficience dans les soins dispensés à la population concernée.

[465] Le problème, souligné par la CNAMTS, de la perte d'information sur les actes payés par l'EHPAD, n'est pas un argument définitif, d'abord parce que le but des soins n'est pas d'alimenter un système d'information mais de répondre de manière pertinente à un état de santé ; ensuite parce que la notion d'acte individuel et ponctuel n'est plus la référence exclusive pour répondre aux situations de poly-pathologies empreintes d'une forte chronicité, telles qu'on les rencontre en EHPAD ; enfin parce qu'il est possible d'améliorer les flux d'informations dans le cadre du tarif global (cf. infra).

[466] La vraie difficulté tient naturellement au calibrage des dotations. Il importe que celles-ci soient suffisamment larges pour que les EHPAD acceptent la charge de gestion correspondante et pour que puissent jouer les effets positifs du renforcement de la structure soignante ; il importe aussi qu'elles soient suffisamment rigoureuses pour pousser à la recherche d'une plus grande efficience.

[467] A l'inverse, la poursuite du moratoire sur le tarif global aurait aussi un coût, caché mais non moins réel : organisations de soins non optimales au regard de l'évolution des populations hébergées (avec le risque de devoir débloquer plus tard des moyens importants de rattrapage en urgence), non utilisation des capacités de régulation des gestionnaires d'établissement, faible disponibilité des caisses d'Assurance maladie pour la gestion du risque dans ce secteur.

[468] Au total, il apparaît souhaitable et raisonnable d'autoriser à nouveau le passage au tarif global.

- [469] Une telle décision serait d'ailleurs conforme à la recommandation figurant dans la dernière note du Conseil d'analyse économique, relative au système de santé, selon laquelle « *l'ARS déléguerait la mission de santé publique à des structures de soins qu'elle financerait par une capitation en fonction du nombre et des caractéristiques des individus sous sa responsabilité (...); liberté ensuite à chaque structure de soins de s'organiser pour remplir au mieux cette mission de santé publique* »⁹¹.
- [470] L'EHPAD gestionnaire d'un budget de soins courants devance d'une certaine manière les formes expérimentales d'organisation de soins de ville autour des soins primaires, sur la base de regroupements pluridisciplinaires de professionnels de santé et de financements plus collectifs. Cependant le TG doit être utilisé comme levier dans la recherche de l'efficacité plus encore qu'aujourd'hui, avec un suivi plus exigeant (cf. infra).
- [471] **Précisons qu'il s'agit bien de rouvrir l'option et non de généraliser le tarif global :** certains établissements en tarif partiel fonctionnent de manière satisfaisante (effet du groupe dont ils dépendent, effet de la personnalité du directeur et du médecin coordonnateur, effet du territoire de santé et de la démographie médicale locale, etc). A l'inverse, le tarif global fournit des leviers de gestion intéressants quand il accompagne une volonté et une stratégie de l'équipe soignante et dirigeante de l'établissement ; à défaut, ses effets sont plus limités. Le maintien des deux cadres tarifaires est donc nécessaire pour adapter les cadres économiques à la diversité des situations des établissements, tout en donnant autant que possible aux gestionnaires les ressources et les marges de manœuvre susceptibles de faire émerger des formes de prises en charge innovantes et cohérentes.
- [472] Le passage au tarif global ne résulterait plus de la demande unilatérale de l'établissement mais **devrait faire l'objet d'un accord entre l'ARS et l'établissement** dans le cadre des possibilités offertes par la dotation régionale limitative, et en fonction de plusieurs considérations : la répartition territoriale de l'offre sanitaire et médico-sociale, la taille critique et la structure soignante des établissements, leur stratégie d'organisation des soins... L'avis de la CPAM pivot pourrait être sollicité s'agissant du changement d'option d'un établissement. Les ARS pourraient intégrer ce choix tarifaire dans leurs prochains appels à projets. L'article R. 314-167 du CASF devrait être modifié en conséquence (cf. encadré ci-dessous).
- [473] Le tarif global devrait être un paramètre actif des stratégies de régulation des ARS, et non une simple donnée de la situation administrative d'un établissement. Ce faisant, il s'agit, pour l'Etat comme pour l'Assurance maladie, d'être plus attentif au « rendement » de ce régime tarifaire et pas seulement à son coût.
- [474] A ce titre, des **objectifs de qualité et d'efficacité** doivent être inscrits dans les conventions, et activement suivis par les ARS et les CPAM conjointement (cf. infra) : nombre moyen de journées d'hospitalisation par résident, nombre de résidents hospitalisés au moins une fois, dépense moyenne de médicaments par résident (que l'EHPAD dispose d'une PUI ou non), proportion de résidents sous neuroleptiques ou sous benzodiazépines, analyse systématique des causes des chutes, proportion de résidents faisant l'objet d'une pesée mensuelle, etc. Afin de ne pas multiplier les objectifs, l'accent pourrait d'abord être mis sur la maîtrise du recours aux hospitalisations, qui pourrait même conditionner l'attribution d'une part des dotations aux EHPAD sur la durée de la convention ; cela rejoint la préconisation du HCAAM dans son rapport de 2011 en faveur d'une « contractualisation entre ARS et EHPAD sur un objectif de réduction des hospitalisations complètes ».

Proposition de nouvelle rédaction de l'article R. 314-167 du CASF :

Cette proposition tient compte du cadre posé par l'article L. 314-2⁹² même si celui-ci n'a toujours pas reçu ses propres textes d'application. En toute hypothèse, un nouvel article R. 314-167 devrait être correctement articulé avec ces dispositions législatives ou leur modification.

Nouvel article R. 314-167 :

« Le forfait de soins des établissements⁹³ mentionnés à l'article L. 314-2 est établi selon un principe de tarification partielle ou globale. La convention prévue à l'article L. 313-12, dont la durée est fixée à cinq ans, mentionne l'option tarifaire de l'établissement.

Au renouvellement de la convention ou au cours de celle-ci par avenant, les parties peuvent convenir d'un changement de cette option tarifaire, dans le respect des dotations régionales limitatives mentionnées à l'article L. 314-3 et des objectifs des ARS en matière de qualité et d'efficience du système de santé.

Déduction faite des éléments mentionnés à l'article R. 314-168 et sous réserve des conditions prévues à l'article L. 314-8, les périmètres de ces deux tarifications sont les suivants :

1° Le forfait de soins établi selon le principe de tarification globale comprend [notamment] les rémunérations versées aux médecins généralistes et aux auxiliaires médicaux libéraux exerçant dans l'établissement, ainsi que les examens de biologie et de radiologie dont les caractéristiques sont fixées par arrêté.

2° Le forfait de soins établi selon le principe de tarification partielle ne comprend ni les examens ni les charges de personnel mentionnées au 1°, à l'exception de celles relatives au médecin coordonnateur mentionné au premier alinéa de l'article R. 314-170 et de celles relatives aux personnels infirmiers, libéraux ou salariés de l'établissement.

Les médicaments sont intégrés dans les forfaits de soins si l'établissement dispose d'une pharmacie à usage intérieur.

Les dispositifs médicaux [figurant sur la liste des produits et prestations remboursables par l'Assurance maladie] sont intégrés dans les forfaits de soins lorsque [conditions à préciser sur la base des travaux de clarification juridique engagés par la DSS sur ce point⁹⁴].

Un arrêté des ministres chargés des affaires sociales, de l'agriculture et du budget précise la nature des examens [et dispositifs médicaux] mentionnés aux alinéas précédents. »

[475] **Seraient prioritaires pour le passage au tarif global :**

- **les EHPAD en tarif partiel dotés de PUI, ou présentant un projet de rattachement à une PUI existante ou de création de PUI** : cette préconisation résulte directement des avantages en termes économiques et qualitatifs apportés par la combinaison du tarif global et de la PUI ; elle tire également les conséquences de la non viabilité économique d'une PUI dans le cadre du tarif partiel⁹⁵. L'alternative envisagée par la mission, consistant à revaloriser substantiellement la valeur du point de GMPS correspondant au tarif partiel avec PUI, a été écartée car l'organisation des soins sous-jacentes n'a pas la cohérence que permet le tarif global assorti de la PUI ;
- **les EHPAD en tarif partiel engagés dans un projet de fusion ou de mutualisation avec d'autres établissements** : la mission a rencontré quelques cas d'établissements dont les projets de mutualisation ou de fusion sont entravés par la discordance de leurs options tarifaires. Cette situation est sous-optimale du point de vue de la gestion des établissements et de la maîtrise des dépenses de soins et de la qualité des prestations dispensées ;
- **les EHPAD qui cumulent les deux tarifications** (par exemple des établissements en TG ayant eu une extension récente de places sous le régime du TP) ;
- les EHPAD présentant **une stratégie de soins** cohérente, pertinente au regard du bassin de population et de l'offre sanitaire ou médico-sociale locale, nécessitant un tarif global.

[476] Les deux premières catégories représentent un peu plus de 7 % des places tarifées en TP.

- [477] L'impact financier de cette réouverture est estimé dans les tableaux suivants, qui concernent d'abord un premier « bloc » constitué des EHPAD aujourd'hui en TP avec PUI ; puis un deuxième ensemble constitué d'une partie des EHPAD aujourd'hui en TP sans PUI (20 % de leur capacité, à titre d'hypothèse). Ces passages pourraient s'étaler sur plusieurs années.
- [478] Pour chaque sous-ensemble, deux hypothèses de calcul des dotations de soins ont été testées :
- dotation de soins égale au plafond ;
 - dotation de soins égale à 90 % du plafond (conformément aux pratiques développées par certaines ARS dans le cadre de la gestion de leurs dotations régionales limitatives).
- [479] Il importe cependant de conserver un niveau de dotation cohérent avec les effets positifs attendus du tarif global, lesquels sont en partie liés au renforcement de la structure médicale et paramédicale des EHPAD.
- [480] Les estimations ci-après illustrent des scénarios de réouverture qui s'accompagnent soit de surcoûts nets extrêmement ténus (au maximum 0,05 % de l'ONDAM) soit de légères économies nettes pour l'Assurance maladie ; l'idée d'une neutralité globale pour les comptes de l'Assurance maladie peut donc être retenue.

Tableau 17 : Impact du passage des EHPAD en TP avec PUI vers le TG avec PUI :

Hypothèse n°1 : dotations fixées au niveau du tarif plafond

Nb places en TP avec PUI (n)	27 142
GMPS moyen de la catégorie	1 157
Dotation <i>théorique</i> par place en TG avec PUI (selon valeur du point 2013) (1)	15 162 €
Dotation actuelle par place en TP avec PUI (2)	12 387 €
Surcroît de dotation par place (1) - (2)	2 775 €
Surcroît de dotation total [n*((1)-(2))]	75 328 088 €
En % de l'OGD 2013	0,8 %
Coût des soins hors forfait pour l'AM en TG avec PUI, par place (3)	1 672 € dont SV : 376 € dont hôpital: 1 296 €
Coût des soins hors forfait pour l'AM en TP avec PUI, par place (4)	3 360 € dont SV : 1 764 € dont hôpital: 1 596 €
Economie pour l'AM sur soins hors forfait, par place (3) - (4)	-1 688 €
Economie totale pour l'AM sur soins hors forfait [n*((3)-(4))]	-45 815 696 €
<i>dont économie sur soins de ville</i>	-37 687 481 € <i>soit 0,05 % de l'ONDAM SV 2013</i>
<i>dont économie sur hôpital</i>	-8 128 215 € <i>soit 0,01 % de l'ONDAM hôpital T2A</i>
Surcoût net total sur ONDAM	29 512 392 €
En % de l'ONDAM 2013	0,02 %

Source : mission IGAS sur données CNAMTS et CNSA

[481] Dans cette hypothèse, le surcroît de dotation distribué aux EHPAD, de 75 M€, serait compensé à hauteur de 46 M€, sous forme de moindres dépenses en soins de ville ou à l'hôpital, et se traduirait par un renchérissement net immédiat de l'ONDAM de 29 M€ (soit 0,02 % de celui-ci). En termes de dynamique de la dépense, l'effet du tarif global devrait ensuite être modérateur.

Tableau 18 : Impact du passage des EHPAD en TP avec PUI vers le TG avec PUI

Hypothèse n°2 : dotations fixées à 90 % du tarif plafond

Nb places en TP avec PUI (n)	27 142
GMPS moyen de la catégorie	1 157
Dotation par place en TG avec PUI : 90 % du plafond (valeur du point 2013) (1)	13 646 €
Dotation actuelle par place en TP avec PUI (2)	12 387 €
Surcroît de dotation par place (1) - (2)	1 259 €
Surcroît de dotation total [n*((1)-(2))]	34 174 484 €
En % de l'OGD 2013	0,4 %
Coût des soins hors forfait pour l'AM en TG avec PUI, par place (3)	1 672 € dont SV : 376 € dont hôpital: 1 296 €
Coût des soins hors forfait pour l'AM en TP avec PUI, par place (4)	3 360 € dont SV : 1 764 € dont hôpital: 1 596 €
Economie pour l'AM sur soins hors forfait, par place (3) - (4)	-1 688 €
Economie totale pour l'AM sur soins hors forfait [n*((3)-(4))]	-45 815 696 €
<i>dont économie sur soins de ville</i>	<i>-37 687 481 € soit 0,05 % de l'ONDAM SV 2013</i>
<i>dont économie sur hôpital</i>	<i>-8 128 215 € soit 0,01 % de l'ONDAM hôpital T2A</i>
Surcoût net total sur ONDAM	-11 641 212 €
En % de l'ONDAM 2013	-0,01 %

Source : mission IGAS sur données CNAMTS et CNSA

[482] Dans ce cas, le surcroît de dotation distribué aux EHPAD, ramené à 34M€, serait **plus que compensé** par les moindres dépenses en soins de ville et à l'hôpital, et **l'Assurance maladie enregistrerait une économie nette**. Cette 2^{ème} hypothèse est probablement une borne basse.

Tableau 19 : Impact du passage d'une partie des EHPAD en TP **sans** PUI vers le TG **sans** PUI

Hypothèse n°1 : dotations fixées au niveau du tarif plafond

Nb places en TP sans PUI (p)	340 609
Proportion de places susceptibles de passer au TG à terme (q)	20 %
GMPS moyen de la catégorie	1 128
Dotation <i>théorique</i> par place en TG sans PUI (selon valeur du point 2013) (5)	14 031 €
Dotation actuelle par place en TP sans PUI (6)	10 522 €
Surcroît de dotation par place (5) - (6)	3 509 €
Surcroît de dotation total [p*q*((1)-(2))]	239 036 099 €
En % de l'OGD 2013	2,6 %
Coût des soins hors forfait pour l'AM en TG sans PUI, par place (7)	2 918 € dont SV : 1 252 € dont hôpital: 1 666 €
Coût des soins hors forfait pour l'AM en TP sans PUI, par place (8)	4 729 € dont SV : 2 610 € dont hôpital: 2 119 €
Economie pour l'AM sur soins hors forfait, par place (7) - (8)	-1 811 €
Economie totale pour l'AM sur soins hors forfait [p*q*((7)-(8))]	-123 368 580 €
<i>dont économie sur soins de ville</i>	<i>-92 560 496 € soit 0,11 % de l'ONDAM SV 2013</i>
<i>dont économie sur hôpital</i>	<i>-30 808 084 € soit 0,05 % de l'ONDAM hôpital T2A</i>
Surcoût net total sur ONDAM	115 667 519 €
En % de l'ONDAM 2013	0,07 %

Source : mission IGAS sur données CNAMTS et CNSA

[483] Ce deuxième chiffrage suppose de faire une hypothèse quant aux flux de passage au TG. L'hypothèse retenue ici, de 20 % des places aujourd'hui tarifées au TP sans PUI, est fondée notamment sur une considération de taille : 20 % de l'ensemble des établissements du secteur comptent 100 places ou plus ; la catégorie du TP comptant davantage d'établissements de taille petite ou moyenne, on peut considérer que 20 % d'entre eux présenteraient a priori la taille critique pour gérer un budget de soins plus important. Il va de soi que le calibrage du forfait global influera aussi sur l'intérêt marqué par les gestionnaires d'EHPAD pour ce régime.

[484] Si les dotations allouées sont égales au plafond, ce scénario se traduit par un supplément de dotations de l'ordre de 239 M€, compensé à hauteur de 123 M€ par de moindres dépenses en soins de ville et à l'hôpital, avec un renchérissement immédiat de l'ONDAM de 116 M€ (soit 0,07 % de celui-ci) ; impact qui serait en toute hypothèse étalé sur plusieurs années.

Tableau 20 : Impact du passage d'une partie des EHPAD en TP **sans** PUI vers le TG **sans** PUIHypothèse n°2 : dotations fixées à 90 % du tarif plafond

Nb places en TP sans PUI (p)	340 609
Proportion de places susceptibles de passer au TG à terme (q)	20 %
GMPS moyen de la catégorie	1 128
Dotations par place en TG sans PUI : 90 % du plafond (valeur du point 2013) (5)	12 628 €
Dotations actuelles par place en TP sans PUI (6)	10 522 €
Surcroît de dotation par place (5) - (6)	2 106 €
Surcroît de dotation total [p*q*((1)-(2))]	143 454 731 €
En % de l'OGD 2013	1,5 %
Coût des soins hors forfait pour l'AM en TG sans PUI, par place (7)	2 918 € dont SV : 1 252 € dont hôpital: 1 666 €
Coût des soins hors forfait pour l'AM en TP sans PUI, par place (8)	4 729 € dont SV : 2 610 € dont hôpital: 2 119 €
Economie pour l'AM sur soins hors forfait, par place (7) - (8)	-1 811 €
Economie totale pour l'AM sur soins hors forfait [p*q*((7)-(8))]	-123 368 580 €
<i>dont économie sur soins de ville</i>	<i>-92 560 496 € soit 0,11 % de l'ONDAM SV 2013</i>
<i>dont économie sur hôpital</i>	<i>-30 808 084 € soit 0,05 % de l'ONDAM hôpital T2A</i>
Surcoût net total sur ONDAM	20 086 151 €
En % de l'ONDAM 2013	0,01 %

Source : Calculs mission IGAS sur données physiques transmises par la CNSA et sur données de coûts résultant de l'étude de la CNAMTS.

[485] Si les dotations de soins en tarif global sans PUI sont fixées à 90 % du plafond, le passage de 20 % du secteur sous ce régime tarifaire **se traduirait par un surcoût net de 20 M€**, soit 0,01 % de l'ONDAM de 2013.

Recommandation n°2 : Accompagner les changements tarifaires des transferts correspondants entre sous-enveloppes de l'ONDAM

[486] Les passages au tarif global au cours de la précédente décennie n'ont pas été accompagnés d'une traduction, dans les sous-enveloppes de l'ONDAM, des déplacements de charges opérés. Il est souhaitable que cette traduction soit faite à l'avenir. Les sommes déplacées représentent de faibles proportions des enveloppes de départ (au total, selon les hypothèses précédentes, 0,16 % et 0,07 % respectivement des enveloppes « soins de ville » et « hôpitaux tarifés à l'activité ») mais environ 2 % de l'enveloppe médico-sociale « personnes âgées ».

[487] Les tableaux qui précèdent fournissent une estimation de ces transferts :

- de l'ordre de 46 M€ pour le passage des EHPAD en TPavec PUI...
...dont 38 M€ en provenance des soins de ville et 8 M€ en provenance des hôpitaux tarifés à l'activité,
- de l'ordre de 124 M€ pour le passage de 20 % des places d'EHPAD en TP sans PUI...
...dont 93 M€ en provenance des soins de ville et 31 M€ en provenance des hôpitaux tarifés à l'activité.

[488] Il faut signaler que les transferts entre sous-objectifs ne sont pas totalement étrangers à la construction de l'ONDAM : ainsi l'ONDAM 2013 avait opéré un transfert de 18 M€ des établissements médico-sociaux pour personnes âgées vers l'enveloppe de soins de ville au titre de la fin de l'expérimentation « médicaments » en EHPAD, ainsi qu'un transfert de 45 M€ de l'enveloppe soins de ville vers le sous-objectif relatif aux « autres prises en charges » au titre des soins à l'étranger, et un transfert plus limité de 10 M€ des établissements médico-sociaux vers ce même 6^{ème} sous-objectif.

[489] Un abondement de l'OGD par les organismes complémentaires d'assurance maladie serait par ailleurs justifié, au titre de l'économie dont ils bénéficient via le tarif global, mais l'opportunité et la faisabilité d'une telle disposition apparaissent actuellement très limitées.

[490] Enfin, à l'échelle régionale, le financement des passages au tarif global pourrait aussi être complété par les ressources que permettrait de dégager un assouplissement des règles de fongibilité, par ailleurs envisagé dans le cadre de la gestion de l'ONDAM.

Recommandation n°3 : Revoir les modalités de calcul des dotations de soins

[491] Cette recommandation poursuit un objectif de cohérence et de simplification des règles.

[492] Elle accompagne la recommandation n°1 pour faire jouer pleinement au tarif global son rôle d'incitation à l'efficacité, en tablant sur les capacités de « gestion du risque » des équipes de direction des EHPAD.

[493] Plusieurs voies pouvaient être envisagées. L'une d'elles consisterait à caler le périmètre des charges valorisées dans PATHOS sur le périmètre des budgets de soins effectivement gérés par les EHPAD. Cela supposerait de disposer d'une évaluation des soins requis à géométrie variable (un PATHOS par module en quelque sorte), reflétant l'éventail des options tarifaires (lequel serait réduit de 4 à 3 si l'on suit la recommandation n°1). Dans ce cas, il n'y aurait plus qu'une seule valeur du point, qui serait arrêtée sur la base des études de coûts (à poursuivre) de la CNAMTS et de la CNSA et des travaux de l'ATIH. Ce scénario présente des avantages en termes de lisibilité des instruments de tarification mais il paraît complexe à mettre en œuvre. Il peut constituer une cible à moyen terme.

[494] Une voie plus simple et plus immédiate de rationalisation consisterait à :

- **élargir les critères retenus dans le calcul des dotations** : laisser explicitement aux ARS la responsabilité d'établir ces dotations de soins, en proportion des tarifs de référence, sur la base de plusieurs critères : le GMP et le PMP, mais aussi le ratio d'encadrement soignant visé et, pour les établissements optant à l'avenir pour le tarif global, le montant moyen (régional ou national) des dépenses remboursées par les régimes d'Assurance maladie sur les postes correspondants. Il conviendrait également de tenir compte du taux d'occupation (établi sur deux ou trois années consécutives) des établissements, ce qui inciterait d'ailleurs indirectement à une modération des tarifs d'hébergement. Reste la question du ticket modérateur, avec plusieurs options possibles : interdire sa prise en charge par les EHPAD ; laisser les EHPAD le financer grâce aux marges dégagées ; reconnaître sa prise en charge sur le budget des EHPAD et mettre en place une compensation macroéconomique avec les organismes complémentaires (option qui semble lourde au regard des enjeux) ;
- **progressivement, différencier davantage les tarifs de référence selon la présence ou non d'une PUI** (dans le cadre du tarif global). A cet égard, les futurs résultats de la rénovation du référentiel PATHOS et de l'étude de coûts de l'ATIH devraient permettre de fiabiliser la fixation des tarifs de référence ;
- aller au bout du principe de **détermination pluriannuelle des dotations de soins** : une réelle pluriannualité donnerait plus de visibilité aux gestionnaires d'EHPAD et correspond à l'horizon nécessaire pour faire évoluer une organisation de soins et recruter les personnels nécessaires ; elle permettrait également, au niveau des ARS, de compenser les effets de tarifications moins automatiques sur la charge de travail des services concernés. Les dotations de soins des EHPAD, quelle que soit leur option tarifaire, seraient ainsi établies pour la durée de la convention (cinq ans), avec révision éventuelle à mi-parcours en cas de variation importante du GMPS (conformément aux dispositions du décret du 8 janvier 2013 sur les nouvelles modalités de validation des GMP et PMP).

Ceci implique notamment de mettre fin à l'exercice consistant à recalculer chaque année la situation de chaque EHPAD au regard des plafonds tarifaires : sa portée économique (cf. supra 1.4.2.3) ne justifie ni le temps qu'y consacrent les services tarification des ARS ni l'instabilité budgétaire qui en résulte pour les gestionnaires d'établissements.

[495] Ces évolutions supposent de modifier l'article L.314-2 du CASF, afin de préciser les critères pris en compte ainsi que la place des tarifs de référence. Ce serait l'occasion de lever les ambiguïtés de la rédaction actuelle. Ce pourrait être aussi l'occasion de supprimer les incohérences entre dispositions législatives et réglementaires, issues de la superposition des règles budgétaires successives ; on rappellera en particulier l'incohérence entre cet article L.314-2 d'une part, et d'autre part, l'article R. 314-158 qui traite des tarifs journalier ou l'article R 314-166 qui continue à prévoir une tarification fondée sur les budgets prévisionnels des EHPAD.

[496] Ajoutons que le maintien de marges budgétaires régionales est important pour faire face à des surcoûts ponctuels et spécifiques ou pour soutenir des projets innovants, visant notamment au décloisonnement des prises en charge. A cet égard le FIR a naturellement vocation à jouer un rôle important.

Recommandation n°4 : Réviser la procédure de convergence tarifaire

[497] En l'absence de connaissance certaine du juste coût des soins, et en l'absence d'adéquation parfaite entre le périmètre de l'outil PATHOS et le périmètre de la responsabilité budgétaire des EHPAD, il semble prudent de ne pas faire des « tarifs plafonds » l'alpha et l'oméga de la politique de financement des soins dans ce secteur. Les calculs de coûts complets des soins ont montré le caractère potentiellement inflationniste⁹⁶ d'une convergence consistant à allouer la dotation plafond à tous les établissements (cf. partie 2.2.6.) ; ce n'est pas ce que font les ARS aujourd'hui mais l'ambiguïté demeure autour de cette notion de convergence.

[498] De plus, on peut difficilement justifier de faire porter la convergence sur les seules dotations de soins aux établissements, alors que des reports de charges importants sont possibles vers les soins de ville ou le secteur hospitalier.

[499] Trois orientations différentes sont envisageables :

- Orientation n°1 : mettre fin à la convergence tarifaire, qui est chronophage pour les ARS, source d'incompréhensions pour les EHPAD et de faible rendement budgétaire. Les tarifs de référence seraient néanmoins conservés pour le calibrage des dotations régionales limitatives et pour la détermination des forfaits de soins par les ARS. Cette orientation a le mérite d'offrir une importante simplification ; on peut néanmoins lui reprocher de faire disparaître une « force de rappel » vis-à-vis des établissements dont les coûts seraient très supérieurs au reste du secteur.
- Orientation n°2 : clarifier la portée du principe de convergence tarifaire en assumant son caractère asymétrique. La convergence deviendrait en quelque sorte une mesure de sauvegarde pour l'Assurance maladie. Ce faisant, le droit serait mis en accord avec les faits. Cela implique de modifier à la marge l'article L. 314-3-II du CASF. Les dispositions réglementaires relatives aux tarifs plafonds (notamment les arrêtés du 26 février 2009 et du 6 février 2012) n'auraient pas besoin d'être modifiées.
- Orientation n°3 : **fonder la convergence sur un coût complet de soins, ou tout au moins sur un coût élargi par rapport aux règles actuelles.** Le choix consistant à fonder la convergence sur le coût complet des soins délivrés aux résidents d'un EHPAD (qui serait rapproché d'un coût complet de référence) est le plus rationnel en termes médico-économiques ; il est toutefois difficile à mettre en place à court terme, la production des coûts complets de soins en EHPAD n'étant pas encore possible en routine au niveau local⁹⁷ ; l'amélioration des systèmes d'information de l'assurance maladie *au niveau local* doit permettre de viser cet objectif à moyen terme. Dans l'immédiat, une variante plus simple à mettre en œuvre consisterait à fonder la convergence sur un coût élargi combinant forfaits et soins de ville : cet agrégat couvre entre 86 % et 92 % du coût complet des soins (selon les régimes tarifaires) et devrait être calculable de manière courante en s'appuyant sur RESIDEHPAD. Les autorités tarifaires disposeraient ainsi de coûts de référence plus pertinents. Cette formule aurait en outre le mérite de resserrer la coopération entre ARS et CPAM dans le pilotage des dépenses de ce secteur. C'est celle que préconise le présent rapport.

Cette orientation est de surcroît conforme à la nécessité de mieux appréhender la dépense globale de soins dans chaque région, soulignée par le groupe de travail inter-administratif réuni sous l'égide de la DSS fin 2012 - début 2013 au sujet de l'évolution de l'ONDAM.

Elle prolonge enfin un des objectifs du contrat Etat-UNCAM 2010-2013 consistant à « avoir une tarification objective et équitable, prenant en compte les besoins réels des résidents, regroupant l'ensemble des dépenses de soins rattachables aux résidents des EHPAD ».

Recommandation n°5 : Aménager le périmètre de la section budgétaire « soins » afin de donner des marges de manœuvre aux établissements dans l'organisation des soins et de simplifier la gestion.

[500] Cette recommandation découle des analyses présentées en partie 3 et 4. Elle se traduit de deux façons :

- **A minima, élargir les possibilités d'imputation sur la section de soins, de professionnels qui, sans être des professionnels de santé au sens conventionnel du terme, concourent de fait à la prise en charge de la santé des résidents en EHPAD, en particulier sous l'angle de la prévention (secondaire).** Citons par exemple les psychologues ou les professeurs d'activité physique adaptée. Il s'agit d'autoriser l'imputation de ces dépenses sur le budget de soins de l'établissement, sans augmentation de celui-ci, pour favoriser des stratégies de soins cohérentes et innovantes, et surmonter à cet égard les décalages d'objectifs ou de calendrier des Conseils généraux.
- **Une réforme plus ambitieuse, qui recevrait un fort soutien du secteur, consisterait à fusionner les sections budgétaires relatives au soin et à la dépendance.**

[501] Il n'y aurait, dans ce cas, plus que deux sections budgétaires : **une grande section « soins de santé et d'accompagnement »** à côté de la section « hébergement »⁹⁸.

[502] Cette recommandation, que la mission soutient fortement, appelle un travail d'expertise sur le plan juridique et financier ainsi qu'une concertation avec les Conseils généraux. Il s'agirait de conserver, au niveau macroéconomique, le niveau de participation financière de ceux-ci (qui s'établit en 2011 à environ 2 Md€ au titre de l'APA versée aux établissements⁹⁹) : un mécanisme de remontée des contributions des départements (ou d'une fraction correspondante de la CSG) vers la CNSA pourrait être utilisé, afin d'abonder à due concurrence l'OGD, sur la base duquel sont calculées les dotations régionales transférées aux ARS. Rappelons qu'une fraction de l'APA versée par les conseils généraux est couverte par un concours de la CNSA (à hauteur de 30,8 % en 2011¹⁰⁰).

[503] Par ailleurs, un « ticket modérateur » payé par les quelque 478 000 résidents bénéficiaires de l'APA en établissement abonde la section dépendance, à hauteur de 987 M€ en 2011¹⁰¹ – à vrai dire, cette notion de ticket modérateur a un sens très relatif s'agissant de l'APA en établissement puisque son montant comme celui de l'allocation sont établis en fonction des coûts et tarifs de l'établissement beaucoup plus que du profil du bénéficiaire. Quoi qu'il en soit, les contributions des bénéficiaires de l'APA devraient aussi être conservées au bénéfice de la nouvelle section « soins de santé et d'accompagnement » – en revenant éventuellement à un mode de calcul fondé sur les caractéristiques personnelles du bénéficiaire comme pour l'APA à domicile.

[504] Cette réforme est certes compliquée mais ses bénéfices seraient considérables en termes de :

- simplification des relations financières entre EHPAD et autorités tarifaires ;
- résolution des blocages suscités localement par la prise en charge partagée des postes d'aides-soignants et d'aides médico-psychologiques entre les deux sections (selon la clé de répartition 70/30) dans le contexte de la médicalisation des EHPAD : cette clé de répartition est unanimement décriée par les professionnels. Elle retarde ou fausse les recrutements (recrutement d'IDE plutôt que d'AS) et pèse sur le taux d'exécution des budgets de soins. On rappellera que cette clé de répartition et la structure budgétaire tripartite avaient été conçues en 1999 alors que les coûts des soins en EHPAD étaient très mal connus et afin de partager les risques entre Etat et Conseils généraux. Quinze ans plus tard, les inconvénients de ces compartiments budgétaires dépassent leurs avantages. On notera d'ailleurs que les assistants de soins en gérontologie, c'est-à-dire les aides-soignants

et aides médico-psychologiques formés dans le cadre du plan Alzheimer depuis 2009, sont imputés à 100 % sur la section de soins ;

- visibilité financière pour les établissements : le financement de cette section soins-dépendance serait dégagé des discordances de calendrier ou de priorités entre Etat et Conseils généraux et sa programmation pluriannuelle serait nettement plus aisée ;
- renforcement des leviers de gestion des EHPAD sur la combinaison de leurs ressources de soins et d'accompagnement ;
- repositionnement des deux autorités tarifaires sur des champs cohérents et sur des interventions à plus forte valeur ajoutée, qu'il s'agisse de contractualisation (qui deviendrait alors bipartite), d'évaluation ou de contrôle sur place ; le temps consacré actuellement par les agents des ARS (comme des Conseils généraux) à la vérification de la correcte imputation budgétaire des différentes dépenses présente une faible valeur ajoutée et contribue médiocrement au pilotage stratégique du secteur et à la maîtrise des dépenses ;
- simplification de l'exercice de contractualisation avec les établissements : les contrats deviendraient bipartites pour ce qui touche aux soins (au sens élargi) et devraient devenir plus précis en termes d'objectifs de qualité ou d'efficience.

[505] Pour tous les interlocuteurs rencontrés par la mission, la distinction des trois sections budgétaires est aujourd'hui périmée et inefficace. Une telle réforme relève du « choc de simplification » souhaité par le Gouvernement. Elle pourrait s'inscrire dans les discussions engagées entre Etat et Conseils généraux et dans la préparation du projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement. Il s'agirait de modifier les dispositions législatives relatives à la structure budgétaire des EHPAD (article L. 314-2 du CASF) et aux conventions tripartites (L 313-12) ainsi que leurs textes d'application respectifs.

Recommandation n°6 : Renforcer la responsabilisation des établissements, la contractualisation et la mesure des résultats. Repositionner les ARS en conséquence.

[506] **Recommandation 6.a) :** Il importe d'abord d'alléger une procédure budgétaire qui comporte aujourd'hui des doublons :

- A très court terme : supprimer la procédure contradictoire
Les budgets prévisionnels transmis chaque année par les EHPAD aux ARS font l'objet pendant 60 jours d'une instruction lourde alors même que les contraintes imposées par les dotations régionales limitatives et les conventions tripartites rendent quasiment impossible la satisfaction des demandes des établissements ; ce travail est sans plus-value dans la connaissance des établissements, l'analyse de leur situation financière et la réponse aux besoins. Le dialogue de gestion avec les établissements sur ces sujets se tient véritablement au moment du renouvellement des conventions tripartites et de leurs avenants.
- Alléger le formalisme relatif aux effectifs des établissements
Le principe d'un tableau des effectifs détaillé, qualification par qualification, annexé aux conventions tripartites, a accompagné la réforme de la tarification des EHPAD au début des années 2000 afin d'assurer une professionnalisation des personnels y exerçant. Aujourd'hui, un tel tableau est considéré, tant par les établissements que par la plupart des ARS (sans que l'on puisse parler d'unanimité néanmoins), comme peu cohérent avec l'évolution des modalités de financement et la logique de responsabilisation des gestionnaires d'établissements sur l'emploi de leurs ressources. La mission préconise de le supprimer au profit contrôles a posteriori et d'objectifs inscrits dans les conventions en termes de taux d'encadrement soignant et de couverture horaire en semaine et le week-end (voire d'organisation de nuit).
- A moyen terme : envisager le passage au système des EPRD
Inspiré de la procédure en vigueur pour les établissements de santé, l'état prévisionnel de recettes et de dépenses (EPRD) serait cohérent avec la détermination pluriannuelle par l'autorité tarifaire d'une dotation de soins (les dépenses prévisionnelles s'adaptant alors

aux recettes plutôt que l'inverse) et serait conforme à la responsabilisation des EHPAD sur leur gestion (fin de reprises de résultats). Le dialogue de gestion avec les établissements deviendrait prospectif, au lieu d'être, comme aujourd'hui, centré sur les exercices passés via l'examen des comptes administratifs.

L'extension de ce système aux EHPAD avait été prévue dans son principe par la LFSS pour 2009, sans que les textes d'application aient été pris par la suite. Ce projet pourrait être réactivé à la faveur des progrès attendus dans l'analyse des coûts de ces établissements sur la base des divers travaux en cours.

[507] **Recommandation 6.b) :** Il importe également d'enrichir la contractualisation avec les EHPAD en matière de soins de santé et d'accompagnement, sur des critères de qualité et d'efficience et sur la base des bonnes pratiques professionnelles.

[508] L'allègement des modalités de conventionnement entre les établissements, l'Etat et les Conseils généraux sur des blocs de responsabilités plus homogènes est de nature à faciliter une formalisation plus poussée de ces engagements.

[509] Les entretiens de la mission avec les gestionnaires d'EHPAD et les ARS permettent d'identifier plusieurs indicateurs déjà utilisés (cf. encadré) ; certains supposent la contribution des caisses pivot de l'Assurance maladie. La contractualisation sur des critères de qualité et d'efficience recoupe d'ailleurs la gestion du risque en EHPAD et la promotion d'objectifs de santé publique auprès des médecins libéraux (ROSP) ; elle doit donc être cohérente avec ces exercices. On peut aussi s'inspirer des démarches d'évaluation qui doivent être conduites pour les PAERPA et les ENMR. Un suivi « en miroir » des trois champs médico-social, ambulatoire et hospitalier pourrait ainsi être progressivement recherché.

Exemples d'indicateurs de qualité et d'efficience qui pourraient faire l'objet d'un suivi et d'une contractualisation avec les EHPAD :

Parmi ces exemples des choix peuvent être faits selon le degré de détail recherché, selon les spécificités de l'établissement et selon ses faiblesses éventuelles révélées par son évaluation interne ou externe ou par la gestion du risque. En toute hypothèse, ces indicateurs doivent évidemment être considérés comme des bases de dialogue, non comme des jugements définitifs sur les établissements.

◇ Utilisation des ressources : taux d'occupation des capacités ; taux d'utilisation de la dotation de soins ; évolution des dépenses de soins de ville moyennes par résident rapportées au GMPS.

◇ Encadrement : taux d'encadrement médical et paramédical ; taux d'absentéisme des professionnels salariés ; nombre d'heures d'interim rapporté au nombre de [journées x résidents] ; nombre d'heures par semaine non couvertes par une présence ou une astreinte infirmière ; proportion des agents affectés aux soins formés à la douleur au cours des deux dernières années ; idem sur les troubles du comportement.

◇ Recours aux soins ambulatoires : nombre moyen de consultations médicales par résident ; nombre moyen de séances de MK par résident ; nombre moyen de recours aux transports sanitaires par résident ; taux de transports en ambulances.

◇ Gestion de l'information : proportion de résidents pour lesquels le bilan MK est à jour dans le dossier de soins ; proportion de résidents pour lesquels le dossier médical informatisé est à jour et contient la synthèse annuelle du médecin traitant ; proportion des médecins traitants ayant accès à distance au dossier informatisé du résident.

◇ Maîtrise de la consommation de médicaments : dépense moyenne de médicaments et nombre moyen de médicaments prescrits par résident (que l'EHPAD dispose d'une PUI ou non) ; proportion de résidents traités par benzodiazépines à demi-vie longue ; proportion des traitements supérieurs à 12 semaines parmi les traitements par BZD ; proportion de résidents atteints de maladie d'Alzheimer ayant une prescription de neuroleptiques ; proportion de résidents exposés à la iatrogénie (définie par exemple comme la succession de 3 prescriptions comportant 7 molécules différentes ou plus) ; proportion de résidents pour lesquels la prise du traitement est tracée.

◇ Maîtrise du recours à l'hospitalisation : proportion des résidents hospitalisés au moins une fois dans l'année, rapprochée du motif des séjours (MCO, SSR, psychiatrie) ; nombre moyen de journées d'hospitalisations par résident ; nombre d'admissions aux urgences non suivies d'une hospitalisation rapporté à cette même capacité ; part des transferts vers l'hôpital réalisée la nuit ou le week-end ; proportion des décès au sein de l'EHPAD.

◇ Diagnostic et suivi des résidents : proportion de résidents ayant fait l'objet dans l'année d'un repérage du risque de dénutrition ; idem pour le risque de déshydratation ; idem pour les troubles cognitifs ; proportion des résidents entrés dans l'année ayant fait l'objet d'un test pour le risque de chute ; proportion de résidents faisant l'objet d'une pesée mensuelle ; nombre de déshydratation sévères dans l'année ; taux d'escarres acquis ; nombre de résidents suivis par le secteur ou par un référent psychiatrique hospitalier rapporté au nombre de résidents traités par psychotropes.

[510] **Recommandation 6.c) : L'amélioration des flux d'information doit être menée parallèlement à un renforcement des capacités d'analyse de la dépense :**

- Le compte-rendu des EHPAD sur leurs ressources et prestations de soins doit continuer à se développer et à s'ordonner, dans le cadre notamment de la Gestion du Risque (qui peut sur ce point gagner en précision et en pertinence économique) et du tableau de bord mis en place par l'ANAP (en phase d'expérimentation et en cours de fiabilisation).
- L'information sur l'emploi de leur dotation de soins par les EHPAD doit être sensiblement améliorée, même s'il convient de ne pas dupliquer les responsabilités de gestion, le tarif global signifiant un transfert de responsabilité vers les dirigeants d'EHPAD. Dans le respect de ce compromis entre responsabilités des gestionnaires et besoins de connaissance de l'Assurance maladie, il est souhaitable que soit expertisée sérieusement la possibilité d'utiliser la Carte Vitale des résidents en EHPAD pour la transmission d'informations aux caisses d'Assurance maladie sur les actes rémunérés par l'établissement (indépendamment donc de tout flux de remboursement). On pourrait s'inspirer de ce qui a été mis en place pour le suivi des contributions forfaitaires des patients sur les consultations externes dans les hôpitaux. Ces flux « pour information » faciliteraient aussi le calcul de l'assiette des cotisations sociales prises en charge pour les professionnels de santé libéraux intervenant en EHPAD.
- Réciproquement, le retour d'information annuel aux établissements par l'Assurance maladie sur le profil de leurs dépenses de soins hors forfait, doit être systématique et aussi rapproché que possible des exercices concernés. Ces « profils » doivent systématiquement comporter des éléments de comparaison à l'échelle régionale ou nationale, cependant que l'analyse par l'Assurance maladie de la variabilité des dépenses de soins de ville dispensés dans les EHPAD en tarif partiel doit être renforcée. Il est souhaitable que ces retours d'information aux EHPAD comportent également une rubrique sur l'hospitalisation de leurs résidents (taux de recours et nombre de jours moyens d'hospitalisation par résident, distribution des durées de séjours, ré-hospitalisations). Les ARS doivent toujours être destinataires de ces documents et conviées aux réunions de restitution en EHPAD.
- Il convient d'achever rapidement le déploiement de RESIDEHPAD dans les régimes autres que le régime général et de perfectionner l'outil (distinction entre les différentes formes d'hébergement, intégration des informations relatives aux forfaits de soins ainsi qu'au GMP et au PMP des établissements, ajout éventuel d'informations sur les professionnels de santé salariés de l'établissement) afin qu'il devienne un outil de suivi de la consommation médicale en EHPAD comme le prévoit l'article R. 314-169 du code de l'action sociale et des familles. Cet outil doit être d'utilité et d'accessibilité communes aux caisses d'Assurance maladie et aux ARS afin de faire progresser la consolidation de leurs informations respectives, nécessaire à la bonne régulation du secteur. Rappelons que le contrat Etat-UNCAM 2010-2013 prescrivait, au titre de la gestion du risque en EHPAD, de « mettre en place un dispositif statistique permettant aux CPAM et aux ARS, à l'Etat et à la CNSA de suivre les consommations en soins des résidents, les actes réalisés par les professionnels de santé ainsi que les prescriptions de médicaments ».

- [511] **Recommandation 6.d) : Le développement des contrôles a posteriori sur place doit être la contrepartie de l'allègement de certaines procédures évoqué plus haut. Il s'agit en effet d'inverser le schéma de tutelle traditionnelle et d'accroître les marges de manœuvre accordées aux gestionnaires tout en s'appuyant davantage sur les évaluations a posteriori.**

Recommandation n°7 : Poursuivre l'amélioration de l'articulation entre EHPAD et établissements de santé

- [512] Cette recommandation se décline au niveau des acteurs sur le terrain et au niveau des administrations nationales.
- [513] Sur le terrain, l'organisation des relations entre EHPAD et établissements de santé doit être poursuivie, s'agissant des procédures d'admission et de sortie, des accès hors urgences, des échanges et transmissions d'informations pertinentes lors des hospitalisations, des partages d'expertise dont disposent les établissements de santé et des interventions hors les murs, en particulier sur les problématiques psychiatriques ou de troubles du comportement.
- [514] L'intervention de praticiens hospitaliers gériatres comme médecins coordonnateurs en EHPAD (qui existe d'ores et déjà ponctuellement) est également à encourager.
- [515] Par ailleurs, les séjours de ces patients à l'hôpital devraient être davantage l'occasion de réaliser un bilan polyopathologique et de réévaluer les prescriptions dans une perspective gériatrique.
- [516] Dans le même esprit, les possibilités d'appui des EHPAD et des médecins traitants sur les établissements de santé pour procéder à une revue de prescription avec un gériatre doivent être davantage explorées. Ceci rejoint une des recommandations faites dans le récent rapport de l'IGAS relatif aux prescriptions de médicaments : « *Proposer aux médecins émettant fréquemment des ordonnances de plus de 10 lignes une revue d'ordonnance effectuée par un professionnel de santé formé pour l'exercice. Cette recommandation devrait viser prioritairement les patients résidant en EHPAD* »¹⁰².
- [517] Enfin, au niveau des administrations nationales, la nécessaire articulation entre EHPAD et USLD (gradation des soins entre les deux types de structures, évolution cohérente de leurs modes de financement respectifs), la recherche d'une plus grande lisibilité des budgets annexes hospitaliers portant certains EHPAD, ainsi que la présence importante de personnels relevant de la fonction publique hospitalière dans les effectifs des EHPAD, appellent une coordination entre DGOS, DGCS et CNSA sur ces points.

Recommandation n°8 : Intensifier les travaux d'étude et de recherche en EHPAD.

- [518] Le rapport « charges et produits » pour 2014 de la CNAMTS souligne, à juste titre, l'insuffisance des études relatives à la prise en charge du grand âge à domicile comme en institution.
- [519] Il est souhaitable de mieux valoriser les expériences du terrain et de développer véritablement la recherche en EHPAD, en s'inspirant par exemple des programmes hospitaliers de recherche clinique et en s'appuyant sur les institutions universitaires et de recherche. Cet investissement est nécessaire pour « rendre visibles » certaines formes d'organisation des soins et mettre en évidence les gains de qualité et d'efficacité qui peuvent en résulter. Des pays comme la Suède ou le Danemark mènent depuis de nombreuses années des actions de recherche sur la prise en charge des personnes âgées.

Récapitulatif des recommandations de la mission

n°	Recommandation
1	<p>Rouvrir l'option du tarif global de soins, dans des conditions assurant la maîtrise des flux et l'efficacité de l'option. Cela signifie notamment que le changement d'option tarifaire devrait faire l'objet d'un accord entre l'ARS et l'établissement. Le tarif global s'inscrirait désormais dans une programmation régionale et deviendrait un paramètre actif des stratégies de régulation des ARS, avec des engagements en termes d'efficacité et de qualité des prises en charge – comme la maîtrise du recours aux hospitalisations.</p> <p>Certaines catégories d'EHPAD seraient prioritaires pour le passage au tarif global : EHPAD en tarif partiel dotés de PUI ou présentant un projet de rattachement à une PUI ; EHPAD en tarif partiel engagés dans un projet de fusion ou de mutualisation avec d'autres établissements ; EHPAD cumulant aujourd'hui les deux tarifications ; EHPAD présentant une stratégie de soins cohérente et pertinente au regard du bassin de population et de l'offre sanitaire ou médico-sociale locale, nécessitant un tarif global.</p>
2	<p>Accompagner les changements tarifaires des transferts correspondants entre sous-enveloppes de l'ONDAM.</p> <p>Sur la base d'hypothèses de changement d'option tarifaire concernant à terme environ 30 % des places d'EHPAD aujourd'hui tarifées en TP, ces transferts peuvent être estimés à 130 M€ en provenance de l'enveloppe des soins de ville et à 39 M€ en provenance de l'enveloppe des hôpitaux tarifés à l'activité, soit respectivement 0,16 % et 0,07 % de ces deux enveloppes mais environ 2 % de l'enveloppe médico-sociale personnes âgées – à répartir sur plusieurs années.</p>
3	<p>Revoir les modalités de calcul des dotations de soins, en laissant aux ARS la responsabilité d'établir ces dotations de soins, en proportion des tarifs de référence, sur la base de plusieurs critères explicités et en pratiquant résolument une détermination pluriannuelle des dotations de soins. Une différenciation progressivement des tarifs de référence selon la présence ou non d'une PUI s'ajoute à ces orientations.</p>
4	<p>Réviser la procédure de convergence tarifaire afin de fonder celle-ci – dans le cadre d'une tarification pluriannuelle – sur un coût élargi par rapport aux règles actuelles et à terme sur le coût complet des soins (Ehpad-ville-hôpital).</p>
5	<p>Aménager le périmètre de la section budgétaire « soins » afin de donner des marges de manœuvre aux établissements dans l'organisation des soins et de simplifier la gestion.</p> <p>Il s'agit, a minima, d'élargir les possibilités d'imputation des dépenses sur la section de soins. Une orientation plus complexe mais plus ambitieuse et beaucoup plus structurante consisterait à fusionner les sections budgétaires relatives au soin et à la dépendance pour créer une grande section « soins de santé et accompagnement » à côté de la section d'hébergement. Cette mesure appelle un travail d'expertise sur le plan juridique et financier et une concertation avec les Conseils généraux.</p>

6	<p>Renforcer la responsabilisation des établissements, la contractualisation et la mesure des résultats. Repositionner les ARS en conséquence.</p> <p>6.a). Alléger une procédure budgétaire qui comporte aujourd’hui des doublons : à très court terme, supprimer la procédure contradictoire et alléger le formalisme relatif aux effectifs des établissements ; à moyen terme envisager le passage au système des EPRD.</p> <p>6.b). Enrichir la contractualisation avec les EHPAD en matière de soins de santé et d’accompagnement, sur des critères de qualité et d’efficacité et sur la base des bonnes pratiques professionnelles.</p> <p>6.c). Poursuivre l’amélioration des flux d’information entre EHPAD, Assurance maladie et ARS, parallèlement à un renforcement des capacités d’analyse de la dépense.</p> <p>6.d) Développer les contrôles <i>a posteriori</i> et les évaluations sur place.</p>
7	<p>Poursuivre l’amélioration de l’articulation entre EHPAD et établissements de santé, à la fois localement dans la prise en charge des résidents et au niveau de la régulation régionale ou nationale des deux secteurs.</p>
8	<p>Intensifier les travaux d’étude et de recherche en EHPAD.</p>

Lettre de mission



*Ministère des Affaires sociales
et de la santé*

Le Directeur de cabinet

*Ministère délégué chargé des
Personnes âgées et de l'Autonomie*

Le Directeur de cabinet

Paris, le 06 FEV. 2013

Note

à

Monsieur Pierre BOISSIER
Chef de service de l'inspection générale des affaires sociales

Objet : Mission complémentaire sur la tarification des EHPAD

Par lettre de mission du 23 février 2011, le ministre du travail de l'emploi et de la santé, le ministre du budget et des comptes publics et la ministre des solidarités et de la cohésion sociale ont demandé à l'Inspection générale des affaires sociales d'effectuer une évaluation comparée des deux modalités tarifaires (partielle et globale) de financement des soins actuellement en vigueur dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Le rapport de l'Inspection Générale, remis au mois d'octobre 2011, a dressé un bilan de l'option tarifaire dite « tarif global » soulignant à la fois le bénéfice en matière de gestion et de recherche d'efficacité de cette option et le caractère « sur calibré » du tarif appliqué par rapport à l'option de financement dite partielle. Le rapport formulait également des propositions en vue d'aménager les conditions d'application du droit d'option dans un cadre mieux régulé.

Compte tenu des données CNAMTS disponibles à l'époque (absence de chaînage entre résidents des EHPAD et dépenses hospitalières, absence d'identification automatique des résidents pour les soins de ville), la mission n'a cependant pas pu effectuer une analyse « en coût complet » des dépenses de soins des résidents en EHPAD. Par exemple, il n'a pas été procédé à l'évaluation des dépenses d'hospitalisation évitées du fait d'une organisation des soins potentiellement plus efficace dans le cadre de la tarification globale.

Ainsi, est-il nécessaire de reprendre et de compléter ces travaux dans l'éventualité d'une réouverture du tarif global. Une analyse approfondie des perspectives pour l'avenir est d'autant plus pertinente aujourd'hui que le chaînage des données de consommation de soins (ville-hôpital-Ehpad) pour les résidents est désormais possible. Des études d'ores et déjà conduites sur le terrain et à l'échelle nationale pourront constituer une base de travail intéressante. C'est le cas de l'analyse menée conjointement par la CPAM de l'Essonne et l'ARS d'Ile-de-France sur 52 établissements dont cinq en tarif global. C'est également le cas de la première comparaison des coûts complets de soins en EHPAD réalisée par la CNAMTS à partir des consommations de soins du premier trimestre 2012, pour laquelle une extension sur une durée plus longue est prévue.

Cette thématique de travail, prioritaire pour le Ministère en charge des affaires sociales et de la santé, nécessite une forte implication des administrations et caisses concernées pour que le diagnostic et les propositions soient partagés.

Aussi avons-nous décidé de constituer un groupe de travail qui sera présidé par un membre de l'IGAS que nous vous demandons de bien vouloir désigner. Ce groupe permettra de mobiliser notamment la branche maladie de la Sécurité sociale, la CNSA, les ARS et les représentants des établissements concernés, dans la mesure où ces acteurs détiennent des informations médico-économiques ou organisationnelles essentielles à la réalisation de cette étude.

Le groupe de travail aura pour mission de :

- Réaliser une analyse comparée des coûts complets de soins pour l'assurance maladie - notamment des dépenses hospitalières - en fonction de l'option tarifaire de l'EHPAD, en s'efforçant de travailler sur des catégories d'établissements homogènes au regard de la "Pathosification", et en tenant compte autant que possible des caractéristiques des personnes hébergées en termes de dépendance et de charge en soins ;
- Préciser les taux de recours, motifs, durées et (si possible) circonstances des hospitalisations, en lien avec la catégorie tarifaire de l'EHPAD, son taux d'encadrement en personnel soignant et son organisation des soins. L'analyse qualitative de l'organisation des soins des EHPAD selon l'option tarifaire retenue pourra se fonder sur la base par exemple de cas-types, en appréhendant les évolutions récentes des organisations de soins ;
- Approfondir la connaissance de l'emploi fait par les EHPAD en « tarif global » de leurs dotations de soins sur les dernières années.

Outre l'évaluation comparée des coûts "en instantané" selon les options tarifaires, une approche dynamique devra également être retenue (dynamique comparée des dépenses, adéquation respective des options tarifaires à l'évolution à court et moyen terme de la mission des EHPAD et des populations prises en charge...). Cette approche dynamique pourra s'appuyer notamment sur le précédent rapport de l'IGAS (diffusé en 2011) sur le sujet.

Enfin, selon le temps et les données disponibles, le groupe de travail, en lien notamment avec le comité scientifique des référentiels AGGIR et PATHOS, pourra se pencher sur l'adéquation de l'équation relative aux plafonds des dotations de soins, au regard des coûts réels des soins supportés par les EHPAD, en particulier pour les établissements en tarif partiel.

Le groupe de travail devra formuler des recommandations pour l'avenir permettant de concilier :

- la maîtrise des dépenses de l'assurance maladie à court terme et à moyen terme ;
- la qualité et la sécurité des prises en charge dans ces établissements ;
- la stabilisation du cadre économique applicable aux EHPAD en même temps que son adéquation aux missions effectives qui sont les leurs.


Ces recommandations devront notamment permettre de préciser les conditions et les modalités de mise en œuvre d'une réouverture du tarif global au sein d'un modèle économique durable. Vous tiendrez également compte des travaux du groupe de travail de la Direction de la Sécurité Sociale sur la structure de l'ONDAM.

Nous souhaitons que le groupe puisse entamer ses travaux dès le début du mois de février 2013, et présenter ses conclusions avant le 30 juin 2013, après un point d'étape à mi-parcours.



Denis MORIN

Manuel BOUGEARD



Copies :

- M. Thomas FATOME, Directeur de la sécurité sociale (DSS)
- Mme Sabine FOURCADE, Directrice générale de la cohésion sociale (DGCS)
- M. Frédéric VAN ROEKEGHEM, Directeur de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)
- M. Luc ALLAIRE, Directeur de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

Composition du groupe de travail

Présidence du groupe de travail : Nathalie DESTAIS, IGAS, responsable de la mission

Membres du groupe de travail :

CNSA	Pierre-Yves LENEN, Responsable du Pôle Allocation Budgétaire, Direction des établissements et services médico-sociaux Najib EL AMAROUI, chargé de mission, pôle allocation budgétaire
DGCS	Nadia ARNAOUT, adjointe au chef de bureau 5C « gouvernance du secteur social et médico-social », sous-direction des affaires financières
CNAMTS	Claude GISSOT, directeur adjoint, direction de la stratégie, des études et des statistiques Véronique BESSE, adjointe au chef du département de l'hospitalisation, direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins Garmenick LEBLANC, coordonnatrice de la cellule medico-sociale, direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins
DSS	Céline FAYE, adjointe au chef de bureau 1A « Etablissements de santé et médico-sociaux, 1 ^{ère} sous-direction (financement du système de soins) Samuel DELAFUYS, rédacteur, bureau 1A
Secrétariat général des ministères sociaux	Sophie BENTEGEAT

Liste des personnes rencontrées ou auditionnées

Si la plupart des entretiens ont eu lieu sur site, certains échanges, tout aussi nourris, ont été organisés par visio-conférence ou télé-conférence, en fonction de contraintes de calendrier.

Directions d'administration centrale et agences nationales	
CNAMTS	Mme Sophie MARTINON, directrice de cabinet du directeur général Mme Dominique POLTON, directrice de la stratégie, des études et des statistiques Mme Mathilde LIGNOT-LELOUP, directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins
CNSA	M. Luc ALLAIRE, Directeur général M. Xavier DUPONT, Directeur des Etablissements et services médico-sociaux M. Hervé LEOST, Directeur adjoint, Etablissements et services médico-sociaux Dr. Yannick EON, conseiller médical du directeur de la CNSA
DGCS	Mme Sabine FOURCADE, directrice générale Mme Annick BONY, conseillère technique, sous-direction de l'autonomie des personnes handicapées des personnes âgées
DSS	M. Thomas FATOME, directeur
ANAP	Mme le Dr. LUSSIER, Pôle « Pilotes de transformation », en charge du tableau de bord des ESMS
ATIH	M. Husseini HOLLA, directeur M. Georges PIERROT, chef de service « information sur la performance des établissements de santé » Mme Caroline REVELIN, responsable du pôle « Etudes nationales de coûts » Mme Véronique SAUVADET, chef de service « financement des établissements de santé »
Personnalités qualifiées	
	Mme Marie-Eve JOEL, professeur à l'université Paris Dauphine, co-responsable du Laboratoire d'Economie et de Gestion des Organisations de Santé, Présidente du Conseil scientifique de la CNSA
	Pr. Jean-Luc NOVELLA, responsable du service gériatrique de l'hôpital Maison Blanche, CHU de Reims, Président du comité scientifique des référentiels PATHOS et AGGIR
	M. Philippe VERGER, directeur adjoint du CHU de Limoges, chargé par la Ministre d'une mission sur la prise en charge médicamenteuse en EHPAD.
	Mme Elodie BERVILY-ITASSE, directrice adjointe des études, Eurostaf,

Agences régionales de santé	
ARS Ile-de-France	<p>M. Claude EVIN, directeur général M. Marc BOURQUIN, chef du pôle médico-social Mme Anna SEZNEC, responsable du département allocation de ressources, pôle médico-social Mlle Camille BARBIER-BOUVET, département allocation de ressources et contrôle de gestion, pôle médico-social</p>
ARS Pays de la Loire	<p>Mme Maritxu BLANZACO, responsable du secteur médico-social, direction Efficience de l'Offre Mme Delphine MARTONNAUD (<i>Orthographe ?</i>), responsable de l'unité Personnes Agées, direction de l'Accompagnement et des Soins Mme Valérie BEROL, pharmacienne inspectrice Mme Emmanuelle LILLIN, médecin, direction Efficience de l'Offre Mme Coralie BOUROUF, Chargée de projet, département Gestion du Risque et Suivi des dépenses de santé, direction Efficience de l'Offre</p>
ARS Auvergne	<p>M. Joel MAY, directeur de l'offre médico-sociale et de l'autonomie M. Hubert WACHOWIAK, directeur adjoint de l'offre médico-sociale et de l'autonomie M. Claude CHOTEAU, responsable de l'allocation de ressources Personnes Agées, direction de l'offre médico-sociale et de l'autonomie Dr Denis OLLEON, médecin, direction de l'offre médico-sociale et de l'autonomie</p>
ARS Limousin	<p>M. Philippe CALMETTE, directeur général de l'ARS M. François NEGRIER, directeur de l'offre médico-sociale M. le Dr. Jacques BRO, Conseiller médical, direction de l'offre médico-sociale M. Hubert BORDE, responsable du pôle allocation de ressources, direction de l'offre médico-sociale M. Fabrice STOMBELLINI, chargé de l'allocation de ressources, personnes âgées, direction de l'offre médico-sociale Mme Helene ROY-MARCOU, chargée des dispositifs Alzheimer, direction de l'offre médico-sociale Mme Françoise LASCAUX, chargée de la qualité et bien-être, direction de l'offre médico-sociale Dr. Laurence TANDY, directrice adjointe du département de la stratégie (chargée du PRS, des statistiques et de la performance) Mme Aude LACAM, stagiaire, gestion du risque, direction de l'offre médico-sociale Dr. Marie-Hélène DESBORDES, médecin, DT Haute-Vienne Dr. BUIGUES, médecin, DT Creuse</p>
ARS Alsace	<p>Mme Nathalie RICAUD, directrice de l'offre de soins et de l'offre médico-sociale (DOSOMS) Mme Sandra GRIMALDI, responsable du département médico-social (DOSOMS) Mme Stéphanie GATHION, référent administratif personnes âgées, département du Bas-Rhin M. Sébastien MINABERRIGARAY, référent administratif personnes âgées département du Haut-Rhin Mme le Dr Véronique HANSMANN, référent médical personnes âgées</p>

EHPAD (*)	
EHPAD « Villa Lecourbe », Paris, Groupe Maisons de Famille	M. POULET, directeur
EHPAD « Foyer des Israélites Réfugiés », Paris	Mme DELILLE, directrice Mme le docteur VIGNEL, médecin coordonnateur
EHPAD « Fondation Favier-Val de Marne », EHPAD « Grand Age » d'Alfortville, EHPAD de Vitry Et GCSMS des EHPAD publics du Val de Marne	M. Michel TOURISSEAU, directeur général de la Fondation Favier, directeur des EHPAD de Fontenay, Alfortville, Vitry sur Seine, et administrateur du GCSMS « EHPAD publics du Val de Marne » Mme Corinne CHERUBIN, directrice adjointe Fondation Favier Mme Anne-Cécile BERTHET, Elève directrice, Fondation Favier Mme Marinette GIRAUD, cadre supérieur de santé, GCSMS Mme Catherine BARAT, pharmacienne, Fondation Favier et EHPAD Grand Age d'Alfortville Mme Sandrine LANTOINE, cadre de santé, EHPAD de Vitry sur Seine Mme Claire BRANDY, cadre de santé, Fondation Favier Mme Marie-Christine COULOMB, médecin coordonnateur, fondation Favier et EHPAD Grand Age d'Alfortville
EHPAD, « les Jardins d'Alesia », Groupe Korian, Paris	Mme GOURGEON, directrice Mme Marie-Astrid SALOU, chargée de la réglementation et des relations avec les tutelles pour la région Ile-de-France Mme le Dr. LEVILLION médecin coordonnateur Mme le Dr. COHEN, médecin coordonnateur
EHPAD « Alexis Boyer » du centre hospitalier gériatrique d'Uzerche (Corrèze)	Mme DELMOND, directrice, Mme Agnès PROUD, cadre supérieure de santé M. Gérard JOINIE, attaché principal d'administration hospitalière
EHPAD « Pierre Guilbaud » de Bussière Dunoise (Creuse)	M. CHASTEING, directeur M. PHILIPPON, cadre de santé
EHPAD « Les Chênes », Couzeix (Haute Vienne)	Mme DEMAISON, directrice Dr MEYER, médecin coordonnateur
EHPAD du Centre hospitalier gériatrique de Cornil (Corrèze)	M. Joël MOULIN, directeur M. Philippe RIBEIRO, cadre de santé
EHPAD « résidence du Hâvre », Oudon (Loire Atlantique)	M. MEREAU, directeur délégué Mme COURTOIS, pharmacienne de la PUI du CH et présidente de la CME du CH M. Sébastien ROMIEN, cadre de santé M. HENNI, médecin coordonnateur
EHPAD « Sainte Famille de Grillaud », Nantes	Mme PATAULT, directrice Mme le Dr JOUITTEAU, médecin coordonnateur
EHPAD « L'Ombelle », Maringues (Puy-de-Dôme)	M. PEZECHKE, directeur Mme SERRE, cadre de santé

EHPAD « Les Savarounes », Chamalières (Puy-de-Dôme)	Mme Goutte-Toquet, directrice Mlle LAVAL, cadre supérieure de santé
EHPAD du « Centre Départemental de Repos et de Soins », Colmar (Haut-Rhin)	M. Dominique LEHMANN, Directeur
EHPAD de l'hôpital Saint-Vincent, Oderen (Haut-Rhin)	Mme Christine REISSER, directrice
EHPAD « Le Ried », Marckolsheim (Bas-Rhin)	M. Jérémy VANNIER, directeur
EHPAD « Les fontaines », Lutterbach / Kembs (Haut-Rhin)	Dr. Lion, Président directeur général de la SAS Mme Edith WERRN, directrice M. Philippe PERRIN, directeur administratif et financier Dr. Olivier STRICH, PH, médecin coordonnateur, site de Lutterbach Dr. Didier SPINDLER, médecin coordonnateur, site de Kembs Mme Marie-Claude BAUDIN, cadre infirmier des deux sites M. Gérard JEKER, contrôleur de gestion, société Agena (consultant) Mme Elisabeth MENSCH, assistante de direction
Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris	M. Sylvain MATHIEU, directeur général Mme Diane PULVENIS-DEMICHEL, Sous-directrice des Services aux Personnes Agées (SDSPA) M. Frédéric LABURTHE, adjoint à la sous directrice (SDSPA) Mme Isabelle BILGER, cheffe du bureau des EHPAD et résidences (SDSPA) M. Marc DENRY, chef du bureau de l'analyse, du budget et de la prospective (SDSPA) Mme Alexia BAUR, adjointe au chef du bureau de l'analyse, du budget et de la prospective (SDSPA)
Groupe Le Noble Age	Dr. Michel BALLEREAU, conseiller du président M. Willy SIRET, directeur général délégué Dr. Christine PASSERAT-BOULADE, directrice médicale et qualité
Groupe Korian	M. Vincent MONTLAHUC, directeur financier France Mme Chantal LALLEMAND, directrice des opérations France Mme Edwige MASSON, directrice de la performance médico-économique et de la réglementation
Représentants des fédérations (informés et consultés au début de la mission)	
UNIOPSS	Thierry COUVERT-LEROY, responsable du service Gestion et Ressources de la solidarité Alain VILLEZ, conseiller technique chargé des personnes âgées
FNAQPA	M. Didier SAPY, directeur Mme Clémence LACOUR, chargée des relations institutionnelles
FNADEPA	M. Claudy JARRY, Président Mme Françoise TOURSIERE, directrice
FEHAP	Mme Adeline LEBERCHE, directrice du secteur social et médico-social

AD-PA	M. GIZOLME, chargé de mission
FHF	Mme Elodie HEMERY, Adjointe en charge du secteur social et médico-social Dr. SALOM, conseiller technique
SYNERPA	Antoine FRAYSSE, responsable du pôle médico-social
UNCCAS	Amandine DESCAMPS, conseillère technique Isabelle BILGER, représentante du CAS de la Ville de Paris
FFAMCO	Xavier GERVAIS, secrétaire général

(*) A la liste des EHPAD dont les dirigeants ont été auditionnés, il convient d'ajouter trois établissements qui ont répondu par écrit au questionnaire de la mission, sans que celle-ci, en raison de contraintes de temps, n'ait pu organiser un échange direct. Il s'agit des EHPAD :

- « Résidence Les 9 Soleils », Clermont-Ferrand
- « Les Mélèzes », géré par le CCAS de Clermont-Ferrand
- EHPAD de Cusset (Allier).

Annexe n°1 : Trame d'entretien en EHPAD

1) Organisation des soins dans l'EHPAD

- Organisation dans le cadre du Tarif Global (TG) :

Quels changements le TG a-t-il induits dans l'organisation des soins ? Avantages et inconvénients. Notamment :

- Evolution de la place des professionnels de santé salariés. Eventuelles difficultés de recrutement ou de management. Bilan en termes de régulation de la dépense et en termes de coordination des soins.
- Nombre de médecins et de masseurs-kinésithérapeutes (MK) libéraux intervenant aujourd'hui dans la structure. Evolution depuis la mise en place du TG.
- Mode de rémunération des professionnels libéraux payés par l'établissement (paiement à l'acte / capitation / négociation prix-volume ?). En cas de paiement à l'acte, le tarif payé par l'établissement est-il identique au tarif conventionnel ? Modalités de traitement des éventuels dépassements d'honoraires ? Les professionnels de santé libéraux ont-ils sollicité des tarifs majorés pour compenser le différentiel de prise en charge des cotisations sociales par l'assurance maladie ? L'EHPAD a-t-il tenté de négocier avec les professionnels au sujet de leur rémunération ? Difficultés rencontrées.
- Le TG pose-t-il un problème pour les résidents souhaitant conserver leur médecin traitant initial ?
- Avez-vous concrètement rencontré un problème de financement de soins particulièrement coûteux pour certains résidents ? Si oui, pour quel type de soins et quelle a été la solution mise en place ? Percevez-vous un risque à court terme de rationnement des soins dans le cadre du tarif global, particulièrement si existe une pharmacie à usage intérieur (PUI) ?

- Organisation dans le cadre du Tarif Partiel (TP) :

- Avantages et inconvénients du système de tarif partiel
- Nb de médecins et de MK libéraux intervenant aujourd'hui dans la structure ; évolution sur les trois dernières années
- Ce mode de fonctionnement est-il soutenable au regard de l'évolution tendancielle de la population accueillie et de la mission de l'EHPAD mais aussi au regard de la volonté de mieux concevoir les parcours des soins des personnes âgées ?
- Organisation du circuit du médicament (hors cas de PUI) : nb de pharmacies d'officine, rôle dans la préparation des doses à administrer (PDA), quel suivi et circulation d'information avec l'EHPAD

- **Place et rôle du médecin coordonnateur :**

- Présence d'un médecin coordonnateur dans l'établissement ? Pour quel ETP ? Est-il titulaire d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie ou de la capacité de gérontologie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'EHPAD ? Le médecin coordonnateur est-il également médecin traitant dans l'établissement (comme salarié / libéral) ?
- Relations du médecin coordonnateur avec les médecins-traitants : quel rôle de coordination et de régulation à l'égard des intervenants libéraux (sur la fréquence des visites, la tenue du dossier médical, le volume de prescriptions de médicaments ou leur conformité à la liste préférentielle, la pertinence des soins de kinésithérapie, etc.) ?
- Quel rôle d'interface joue-t-il vis-à-vis des hôpitaux lors des hospitalisations de résidents ou retours d'hospitalisations ?
- Fréquence d'application par le médecin coordonnateur de son droit de prescription en situation d'urgence et de risque vital (cf. décret du 2 septembre 2011) ?
- La commission de coordination gériatrique est-elle réunie ? Combien de fois par an ? Qui y participe ? De quoi traitaient les deux dernières ? Quels sont ses effets ? Existence d'autres réunions interprofessionnelles ?
- Quelles sont, selon vous, les conditions d'efficacité de la fonction de médecin coordonnateur ?

- **Place et rôle du cadre de santé / infirmière coordonnatrice**

- **Contrat de coordination avec les médecins et masseurs-kinésithérapeutes libéraux:**

- Proportion de médecins et de MK libéraux ayant signé le contrat ?
- Conséquences pratiques de la signature (sur le nb de praticiens intervenants, sur la circulation de l'information et notamment la tenue du dossier médical ou du dossier de soins, sur la participation à la commission de coordination gériatrique, sur l'évolution des prescriptions...). Commentaires.
- Quelles mesures sont envisagées à la suite de la décision du Conseil d'Etat du 20 mars 2013 concernant le décret du 30 décembre 2010, qui réaffirme la conditionnalité de l'exercice en EHPAD à la signature du contrat de coordination ?

- **Organisation de nuit et week-end :** existe-t-il un système d'astreintes de nuit et de week-end ? Comment fonctionne-t-il ? Quels sont ses effets ?

- **Taux d'encadrement en personnels de soins :** Quel est, selon vous, le taux d'encadrement médical et paramédical optimal ? Quel est-il aujourd'hui dans votre établissement (cf. *tableau récapitulatif annexé*).

- **Fonctionnement de la pharmacie à usage intérieur (PUI) si elle existe :**

- Quel est son coût, en distinguant frais fixes et achats de médicaments
- Quels sont ses bénéfices (en termes de lutte contre la iatrogénie, de maîtrise des dépenses, de sécurité du circuit du médicament, etc) ? Quels sont ses inconvénients et rigidités (au regard des horaires d'ouverture de la PUI par exemple, et du temps de présence du pharmacien) ?
- Quel dialogue entre médecins traitants et pharmacien ?

- Evolution de la dépense moyenne de médicaments par personne (et du nb moyen de médicaments par personne) depuis trois ans

2) Tracabilité - qualité des soins

- **Projet personnalisé** : Le projet personnalisé de prise en charge est-il élaboré pour chaque résident ? Quel est son contenu en termes de soins ? Par qui a-t-il été élaboré ? A-t-il été revu depuis son écriture initiale ?
- **Dossier médical** : Le dossier médical de chaque résident est-il à jour ? Par qui est-il mis à jour ? Qui en vérifie la bonne tenue ? Est-il informatisé ?
- Quid du dossier de soins ?
- Proportion de patients pour lesquels le **bilan de soins MK** est disponible et à jour ?
- **Médicaments** : Existe-t-il une liste préférentielle de prescriptions ? Comment a-t-elle été élaborée ? Qui en contrôle le respect ? Conséquences en cas de non respect ? Existe-t-il un logiciel d'aide à la prescription ? Quel est le degré de connaissance et d'appropriation des bonnes pratiques sur les prescriptions de neuroleptiques pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer et sur les prescriptions de benzodiazepines ? Quels sont les moyens d'action mobilisés à cet égard ?
- Quel est le degré de connaissance et d'appropriation des recommandations de **bonnes pratiques** de la HAS (à titre d'exemples : recommandations sur la prévention des chutes, sur la prévention de la iatrogénie médicamenteuse, sur la prise en charge des troubles du comportement, sur la rééducation de la fonction motrice après AVC, voire sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique de la dégénérescence maculaire) ? L'équipe soignante utilise-t-elle d'autres références de bonnes pratiques ?
- Quels sont les **indicateurs de qualité** de prise en charge suivis en interne ?

3) Relations avec les institutions sanitaires extérieures

- Quels sont les **partenariats** formalisés : avec des hôpitaux ou cliniques ? des SSIAD ? des structures de HAD ?
- Un accord a-t-il été formalisé avec un/des établissements de santé sur la **gestion des entrées et des sorties** ? Quels en sont les effets ?
- **Accessibilité de l'hôpital hors urgences** (accès aux praticiens hospitaliers en soins aigus, aux consultations et hospitalisations programmées, recours à l'hospitalisation de jour) ?
- Un protocole a-t-il été formalisé concernant l'accès du médecin coordonnateur aux **informations** relatives aux actes et examens effectués lors des hospitalisations ? La transmission médicale électronique est-elle utilisée (dossier patient en ligne sécurisé) ?
- Le médecin coordonnateur est-il en relation avec les **équipes mobiles de gériatrie** des hôpitaux ? Quelle est leur intervention dans cet établissement ?
- Même questions s'agissant des **équipes mobiles en soins palliatifs**
- Importance des hospitalisations en **psychiatrie**
- Circonstances du recours à **l'HAD** et obstacles.

4) Gestion des dépenses de soins

- Raisons initiales du **choix tarifaire** (entre tarif global / tarif partiel) ; bilan aujourd'hui
- **Dotation de soins** : quelle évolution sur les 3 dernières années ? Les règles de calcul et d'évolution de la dotation de soins sont-elles claires ? Evolution du PMP et du GMP sur les trois dernières années. Date de la dernière coupe Pathos validée. Commentaires sur l'utilisation du référentiel PATHOS par l'établissement, notamment sur la qualité des dossiers et sur le degré de maîtrise de l'outil.
- **Structure d'emploi de la dotation de soins 2012** : cf. *tableau récapitulatif en annexe*. Quelle est l'évolution sur ce point au cours des trois dernières années ?
- Quelle est **l'information** transmise aux financeurs (CPAM et ARS) sur l'emploi précis de la dotation ?
- Quel est le **résultat** comptable sur la dotation de soins 2012 et quelle est l'évolution sur ce point au cours des trois dernières années ? En cas d'excédent, quelle a été son affectation ?
- Pour les EHPAD en TG : comment l'établissement s'assure-t-il de l'absence de facturation directe au résident de soins prévus dans le périmètre de la dotation ? Volume et évolution des **indus** ?
- Pour les EHPAD en TP : quelle est l'information reçue de la **caisse pivot** sur les dépenses de soins occasionnées par les résidents ? Quelle analyse du profil de dépenses ? Quelle mise à disposition d'éléments de comparaison (sur les prescriptions médicamenteuses ou la rééducation, ou encore sur les hospitalisations et leurs suites, par exemple) ?
- Quels sont les **contrôles** réalisés par l'assurance maladie, le conseil général ou l'ARS : sur les charges et leur imputation entre sections ? Sur la qualité ou pertinence des soins ? Sur la gestion du risque, en particulier la maîtrise des prescriptions médicamenteuses (neuroleptiques et benzodiazepines par exemple) ? Sur d'autres prescriptions (MK ou transports par ex) ?

5) Perspectives

- Quelles sont aujourd'hui concrètement les marges de manœuvre pour optimiser la gestion des ressources de soins : dans le cadre du TP ? dans le cadre du TG ?
- Quelles sont les conditions de bonne application de chacun de ces modes tarifaires (selon le mode de tarification de l'établissement) ?
- Autres préconisations ou commentaires

6) Fiches et tableaux de synthèse à remplir : cf . page suivante

EHPAD	
Statut Capacité installée en HP : Nb de résidents au 31/12/2012 GMP validé (et date) : PMP validé (et date) : Date dernière convention : Tarif de soins : Avec / Sans PUI : Montant de la dotation de soins 2012 hors CNR (pour l'hébergement permanent) : Montant des CNR :	
Nb de ML intervenants ; évolution sur trois ans Nb de MK intervenants ; évolution sur trois ans Dépense médicaments par résident ; évolution sur trois ans Nombre de résidents hospitalisés au moins 1 fois sur l'année Nombre total de séjours hospitaliers ...dont séjours de durée égale ou inférieure à 3 jours : ...dont séjours de durée supérieure à 20 jours Nombre total de journées d'hospitalisation Proportion des décès survenus à l'hôpital au cours de 2012	

Structure des effectifs (*) de l'EHPAD (en ETP) au 31/12/2012	
PSYCHOLOGUE	
PERSONNEL MEDICAL	
Dont médecin coordonnateur	
Dont médecin gériatre	
Dont médecin généraliste	
PERSONNEL PARAMEDICAL SOIGNANT (y compris AS et AMP)	
Infirmier diplômé d'Etat	
Masseur-kinésithérapeute	
Aide médico-psychologique	
Aide-soignant	
Psychomotricien, rééducateur en psychomotricité	
Ergothérapeute	
Diététicien	
Autre	
PERSONNEL D'ENCADREMENT PARAMEDICAL (cadre de santé)	
TOTAL	

(*) Ces effectifs s'entendent indépendamment de leur imputation budgétaire.

Utilisation de la dotation de soins de 2012 (en €)	
Personnel médical salarié	
Personnel paramédical salarié	
Honoraires médecins libéraux	
Honoraires professionnels paramédicaux libéraux	
Interim médical ou paramédical	
Examens de radiologie	
Examens de biologie	
Dispositifs médicaux	
Médicaments (si applicable)	
Transports	
Autres	
Total	

Annexe n°2 : Trame d'entretien en ARS

Les données chiffrées que la mission souhaite collecter sont indiquées en italique.

1) Situation du secteur des EHPAD dans la région

- *Statistique globale : voir tableau en fin de document*
- **Situation de la région en termes de renouvellement des conventions tripartites et de médicalisation des EHPAD ?**
 - o *Stock de conventions tripartites échues en attente de renouvellement ; part des places correspondantes tarifées en TP.*
 - o *Nb de conventions tripartites à échéance prochaine (courant 2013 et courant 2014) ; part des places correspondantes en TP.*
 - o *Nb de coupes Pathos validées en 2012 ? Mode de validation : exhaustive ou sur échantillon, sur pièces ou sur place ? Qualité des dossiers médicaux visés ? La validation a-t-elle pour effet le plus souvent de confirmer le PMP proposé, de le diminuer, de le relever ? Quelle synchronisation avec la validation par les conseils généraux d'un nouveau GMP ? Quelles conséquences en termes budgétaires pour les établissements concernés ?*
 - o *Fréquence (en ordre de grandeur) des désaccords entre médecin coordonnateur de l'EHPAD et médecins valideurs de l'ARS ?*
 - o *Quel usage prévoyez-vous de faire de la possibilité désormais offerte aux ARS (par le décret du 8 janvier 2013) de valider tacitement les PMP ? Dans l'hypothèse d'un important recours à cette modalité, quels contrôles ex post prévoyez-vous d'organiser ?*
 - o *Dans quelle mesure les clés de répartition de certaines dépenses (AS-AMP) entre Assurance maladie et Conseils généraux entravent-elles la signature de nouvelles conventions tripartites ou la mise à niveau des effectifs soignants des EHPAD ? (quelle est l'ampleur du phénomène ?)*
 - o *Nb d'établissements (et places) dont la coupe Pathos validée date de 3 ans ou plus ?*
 - o *Niveau du PMP moyen et du GMP moyen sur la région :*
 - *sur la base des validations de 2012 en distinguant si possible selon leurs 4 régimes tarifaires (TG avec PUI, TG sans PUI, TP avec PUI, TP sans PUI)*
 - *sur l'ensemble des EHPAD (dernier PMP / GMP validé quelle que soit sa date) en distinguant si possible selon leurs 4 régimes tarifaires*
- **Où en est la région en termes de convergence tarifaire ?**
 - o *Proportion d'EHPAD (et de places) en processus de convergence tarifaire (au sens de la réduction programmée de leurs ressources) :*
 - *parmi les EHPAD en TG*
 - *parmi les EHPAD en TP*

- *sur l'ensemble des EHPAD*
- Perspectives d'ici 2016
- Le décret du 8 janvier 2013 et la circulaire budgétaire pour 2013 prévoient la « Pathossification » prioritaire des EHPAD dont la convention a été signée entre 2000 et 2007 et en particulier ceux qui sont toujours tarifés à la DOMINIC. Quel est le profil médico-économique des EHPAD encore sous DOMINIC ? Pensez-vous que ces nouvelles « pathossifications » augmenteront sensiblement le volume des places en convergence dans la région ?

2) Sur la tarification des soins

- **Mode de calcul des dotations de soins**

- Appréciation sur la pertinence des outils d'évaluation des besoins (GMP, PMP) et éventuellement sur le coefficient de calcul du GMPS (2,59) ? Evolutions souhaitables ?
- Portée effective de l'équation tarifaire fondée sur le GMPS : l'équation sert-elle, de facto, de socle, de cible de moyen terme, de référence indicative ? Modalités concrètes de calcul des dotations de soins des EHPAD ?
- Appréciation portée sur la convergence tarifaire aujourd'hui
- Réflexions éventuelles sur la prise en compte de la qualité dans la tarification
- *Crédits non reconductibles (CNR) : volume et part de ces crédits par rapport aux crédits reconductibles ? Critères d'attribution et finalités ? Quel contrôle de leur usage ?*

- **Exécution des dotations de soins**

- *Quel est le résultat des EHPAD sur leur dotation de soins (excédent / déficit / équilibre), en distinguant TP et TG ? Quel est l'usage fait des excédents ?*
- Quelle connaissance l'ARS a-t-elle de l'emploi fait chaque année par les EHPAD de leur dotation de soins ? Contribution attendue à cet égard du 4^{ème} ratio de Gestion du Risque ?

- **Place du Tarif Global de soins :**

- *Estimation de la proportion d'établissements (et de places) aujourd'hui en TP qui seraient candidats à passer en TG ? Typologie et motivations des EHPAD candidats au TG ?*
- Difficultés éventuelles observées dans l'application du TG au sein des EHPAD l'ayant adopté. Documenter ces difficultés, notamment :
 - Gestion trop lourde ?
 - Cas de refus d'admission dans des EHPAD en TG avec PUI en raison du coût de certains traitements ? Effet de report des résidents les plus « lourds » sur des EHPAD en TP ?
 - Difficultés posées au regard du libre choix du médecin traitant par les résidents ?

- **Analyse de la dépense de soins en EHPAD**

- Etat des lieux de la GdR « efficacité » en EHPAD »¹⁰³
- Etat des lieux de la GdR « maîtrise des prescriptions dans les EHPAD »¹⁰⁴
- Contribution des OMEDIT en ce qui concerne les médicaments et dispositifs médicaux en EHPAD
- L'ARS confronte-t-elle a posteriori le PATHOS validé d'un établissement et les soins effectivement mobilisés (ne serait-ce que sur un échantillon de résidents) ?

3) Sur l'organisation et la qualité des soins dans les EHPAD

- **Quels changements le TG a-t-il induits** dans l'organisation des soins des établissements concernés? Notamment : la place des professionnels de santé salariés a-t-elle évolué ? Une telle évolution se heurte-t-elle à des difficultés de recrutement ?
- **Quel bilan peut-on dresser du TG** en termes de régulation de la dépense et en termes de coordination des soins, par rapport aux organisations alternatives en TP ?
- Le **recours aux PUI** progresse-t-il ? En propre ou dans le cadre de groupement de coopération ? Effets et conditions d'efficacité de la PUI ?
- Evolution du **taux d'encadrement** en personnel de soins dans les EHPAD, en distinguant TP et TG. L'ARS a-t-elle défini un taux cible ? Quel est, selon vous, le ratio d'encadrement médical et paramédical optimal ?
- Quelle analyse des « profils de soins caractérisant le PMP des établissements » et des profils de postes requis est-elle réalisée par l'ARS ? l'expertise des médecins valideurs et des médecins coordonnateurs est-elle mobilisée / mobilisable à cette fin ?
- Quels sont les **leviers des ARS** pour faire évoluer l'organisation des soins en EHPAD : convention tripartite, GdR, conseils ou impulsion, etc.
- Sur le **contrat de coordination** prévu par le décret du 30 décembre 2010 : *proportion des EHPAD ayant contractualisé avec l'ensemble des médecins et MK libéraux intervenant en leur sein* ? Effets de ces contrats ? Quelles mesures sont-elles prévues à la suite de la décision du Conseil d'Etat du 20 mars 2013 confirmant que les médecins non signataires ne peuvent exercer en EHPAD ?
- Sur la place et le rôle des **médecins-coordonnateurs** : effets du décret du 2 septembre 2011 et de sa circulaire d'application du 7 décembre 2012 ? *Notamment proportion d'EHPAD disposant d'un temps de présence de médecin-coordonnateur conforme à ce que prescrit le décret ? Proportion d'EHPAD disposant d'un médecin-coordonnateur avec les qualifications requises (titulaire d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie ou de la capacité de gérontologie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'EHPAD ?). Proportion des EHPAD encore dépourvus de médecin-coordonnateur ?* L'action des médecins coordonnateurs dans les établissements connaît-elle des évolutions perceptibles ?
- Quel **suivi de la qualité des soins** en EHPAD : suivi d'indicateurs ou d'informations clés ? Dans le cadre des actions de GdR ou en dehors de celles-ci ? Avez-vous connaissance de cas de dégradation de la qualité sur des postes gérés dans le budget de soins (par exemple sur les dispositifs médicaux) ?
- Quelle prévision d'utilisation du « **tableau de bord partagé des ESMS** » ?

- Quelle vous semble être l'**adéquation** aujourd'hui des soins délivrés par rapport aux besoins dans les EHPAD en TP et dans les EHPAD en TG ? Lequel, du TP ou du TG, contribue-t-il davantage au « juste soin » ? S'agissant du TG, quel est le risque à court terme de basculer de la régulation des soins vers le rationnement des soins ? Quelle appréciation portez-vous sur l'adéquation du niveau des dotations en TP ?
- Quels enseignements sur l'organisation et la qualité des soins en EHPAD l'ARS tire-t-elle des éventuels **contrôles** réalisés dans ce secteur ?

4) Sur l'articulation avec l'offre de soins environnante

- Quelles sont les principales orientations du **Projet Régional de Santé** en matière d'articulation entre hôpital (y compris psychiatrie) – soins de ville – EHPAD ?
- Les éventuelles **expérimentations** engagées par l'ARS sur la base de **l'article 70 de la LFSS 2012** impliquent-elles des EHPAD ? Si oui, quels sont les premiers enseignements tirés ?
- Quels sont les éventuels projets de l'ARS dans le cadre de **l'article 48 de la LFSS 2013** ? Des dérogations en matière de tarification des EHPAD sont-elles envisagées, et si oui lesquelles ?
- Quels sont les **autres instruments** mobilisés / mobilisables par l'ARS pour renforcer la coordination des soins entre EHPAD et prestataires de soins extérieurs dans le sens d'une plus grande efficacité collective ? Pour éviter les hospitalisations inutiles ? Pour rationaliser les transports sanitaires ?
- Le **TG modifie-t-il** l'insertion d'un EHPAD dans l'offre sanitaire environnante ?

5) Devenir du TG

- Quelles seraient aujourd'hui concrètement les conditions (financières, organisationnelles,...) d'une réouverture du TG dans un sens favorable à la bonne régulation de la dépense et des soins en EHPAD ?
 - o Evolution du périmètre du TG ?
 - o Conditionnalité spécifique de l'accès futur au TG ?
 - o Ajustement de la valeur du point ? Etc.
- Autres préconisations ou commentaires

Toute étude déjà réalisée par l'ARS sur le sujet des soins de santé dans les EHPAD et de l'hospitalisation de leurs résidents sera très utile à la mission.

Annexe n°3 : Structure du secteur des EHPAD

1. Répartition des EHPAD selon l'option tarifaire

Répartition des *places* d'EHPAD selon leur type de tarification des soins au 31/12/2012 :

Nombre de places	Tarif global			Tarif partiel			TOTAL TOUS TARIFS		
	Avec PUI	Sans PUI	Sous-total par mode	Avec PUI	Sans PUI	Sous-total par mode			
Mode "Dominic"	13580	2968	16 548	8301	120217	128 518	35 %	145 066	26 %
Mode "PATHOS"	120688	57060	177 748	18841	220392	239 233	65 %	416 981	74 %
TOTAL PAR TARIF	134 268	60 028		27 142	340 609			562 047	100%
	194 296		100%	367 751		100%			
	35%			65%			100%		
Distribution de chaque tarif selon le critère "avec ou sans PUI"	69%	31%		7%	93%				

Répartition des *établissements* selon leur régime de tarification des soins au 31/12/2012 :

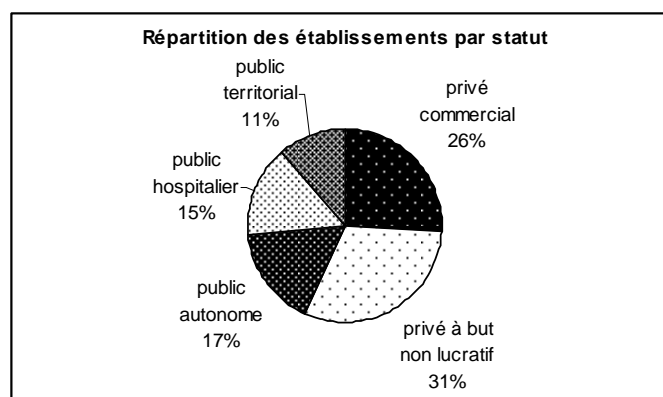
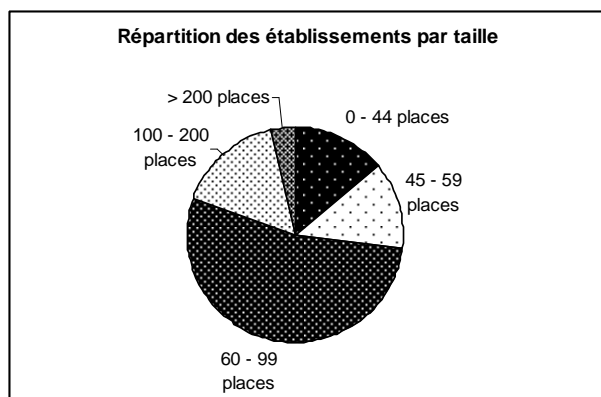
Établissements	Tarif global			Tarif partiel			TOTAL TOUS TARIFS		
	Avec PUI	Sans PUI	Sous-total par mode	Avec PUI	Sans PUI	Sous-total par mode			
Mode "Dominic"	126	41	167	75	1823	1 898	38 %	2 065	31 %
Mode "PATHOS"	861	692	1 553	148	2974	3 122	62 %	4 675	69 %
TOTAL PAR TARIF	987	733		223	4 797			6 740	100 %
	1 720		100 %	5 020		100 %			
	26 %			74 %			100 %		
Distribution de chaque tarif selon le critère "avec ou sans PUI"	57 %	43 %		4 %	96 %				

Source : CNSA (enquête tarifaire)

2. Structure du secteur en termes de taille et statut juridique (en nombre d'établissements)

Capacité	privé commercial		privé à but non lucratif		public autonome		public hospitalier		public territorial		Ensemble	
	Nombre	En %	Nombre	En %	Nombre	En %	Nombre	En %	Nombre	En %	Nombre	En %
0 - 44 places	306	17,6 %	272	13,1 %	90	7,9 %	99	9,7 %	163	21,2 %	930	13,8 %
45 - 59 places	223	12,9 %	271	13,1 %	151	13,3 %	84	8,2 %	150	19,5 %	879	13,0 %
60 - 99 places	1035	59,7 %	1290	62,1 %	643	56,5 %	265	26,0 %	394	51,2 %	3627	53,8 %
100 - 200 places	166	9,6 %	221	10,6 %	220	19,3 %	400	39,2 %	52	6,8 %	1059	15,7 %
> 200 places	5	0,3 %	22	1,1 %	35	3,1 %	173	16,9 %	10	1,3 %	245	3,6 %
Total	1735	100,0 %	2076	100,0 %	1139	100,0 %	1021	100,0 %	769	100,0 %	6740	100,0 %

Source : CNSA pour mission



Source : CNSA pour mission

Annexe n°4 : Situation des EHPAD au regard de la convergence tarifaire

Les tableaux suivants présentent :

- la proportion d'EHPAD (et des places correspondantes) au-dessus des plafonds tarifaires et en processus de convergence, pour chaque option ;
- le montant des ressources récupérées au titre de la convergence en 2012 ;
- l'écart résiduel au plafond des établissements en dépassement ;
- la proportion des EHPAD en dessous du plafond tarifaire et l'écart au plafond au 31/12/2012.

EHPAD au-dessus des plafonds :

Option tarifaire	Nb EHPAD en convergence au 31/12/2012	Nb de places en convergence	Proportion des places en convergence	Somme des dépassements au 31/12/2012	Dépassement moyen par établissement au 31/12/2012	Dépassement moyen par place au 31/12/2012
TG avec PUI	330	43 299	32 %	33 800 144 €	102 425 €	781 €
TG sans PUI	188	14 981	25 %	5 516 393 €	29 343 €	368 €
TP avec PUI	34	4 020	15 %	5 268 524 €	154 957 €	1 311 €
TP sans PUI	397	27 515	8 %	19 265 964 €	48 529 €	700 €
TOTAL	949	89 815	16 %	63 851 026 €	67 282 €	711 €

Source : CNSA

EHPAD en dessous du plafond :

Option tarifaire	Nb EHPAD sous plafond au 31/12/2012	Nb de places sous plafond	Proportion des places sous plafond	Somme des écarts au plafond au 31/12/2012	Ecart moyen par établissement au 31/12/2012	Ecart moyen par place au 31/12/2012
TG avec PUI	510	74 950	56 %	80 244 290 €	157 342 €	1 071 €
TG sans PUI	496	41 510	69 %	28 733 136 €	57 930 €	692 €
TP avec PUI	114	14 821	55 %	8 363 422 €	73 363 €	564 €
TP sans PUI	2 574	192 672	57 %	124 305 314 €	48 293 €	645 €
TOTAL	3 694	323 953	58 %	241 646 161 €	65 416 €	746 €

Source : CNSA

Annexe n°5 : Récapitulatif des résultats du calcul des coûts quasi-complets des soins en EHPAD

Capacité d'accueil des EHPAD retenus dans l'étude :

	TP sans PUI	TP avec PUI	TG sans PUI	TG avec PUI
Nombre d'EHPAD	4166	198	753	539
Capacité moyenne (lits)	74,3	110,7	91,6	146,0
Capacité médiane (lits)	72	85	80	119

Source : CNAMTS et CNSA

Dépendance (GMP) et soins requis (PMP) des résidents :

	TP Sans PUI	TP avec PUI	TG sans PUI	TG avec PUI
PMP moyen validé	171 [169,4 ; 171,7]	177 [169,9 ; 184,6]	175 [171,8 ; 178,4]	188 [183,1 ; 191,9]
GMP moyen validé	685 [682,2 ; 687,7]	699 [689,1 ; 709,3]	717 [711,1 ; 722,6]	731 [724,1 ; 738,7]
GMPS moyen	1 127,89	1 157,43	1 170,25	1 217,92
GMPS moyen - indice	100	102,62	103,76	107,98
Nombre de résidents inclus dans l'étude	310 195	19 864	63 762	58 800
GMPS, moyenne pondérée par grande catégorie	1 129,67		1 193,12	
GMPS, moyenne pondérée - indice	100		105,62	

Source : IGAS sur données CNAMTS et CNSA

Note de lecture : ce tableau indique les derniers GMP et PMP validés pour les établissements figurant dans le champ de l'étude ; ce sont les paramètres qui ont servi à la fixation des dotations de soins. Les dates de validation de ces PMP se situent entre 2007 et 2012, ce qui explique des niveaux un peu inférieurs aux PMP issus des coupes de 2012 (en moyenne de 192 selon le bilan PATHOS de la CNSA).

Répartition par statut des EHPAD en TG avec PUI retenus dans l'étude :

Statut	Nombre d'établissements	Proportion
Privé à but lucratif	24	4,4 %
Privé à but non lucratif	77	14,3 %
Public autonome	57	10,6 %
Public hospitalier	361	67,0 %
Public territorial	10	1,9 %
Privé à but lucratif	1	0,2 %
Privé à but non lucratif	9	1,7 %
Total	539	100 %

Coût complet annuel par catégorie tarifaire

Base de remboursement en 2012

Coût en Euro par place.

	Nombre de résidents	310 195	19 864	63 762	58 800
	Poste	TP sans PUI	TP avec PUI	TG sans PUI	TG avec PUI
	Forfait	10 203	11 767	14 310	15 776
Inclus tt EHPAD	Infirmier	15	12	13	10
Inclus selon le type d'EHPAD	Médicament	968	328	694	26
	Masseur-kiné	559	559	28	14
	Généraliste	274	237	19	7
	LPP	170	104	132	65
	Laboratoire	142	119	11	4
	Autre Auxiliaire	44	47	5	2
	Radiologie	16	14	9	5
Toujours en sus du forfait	Transport	367	292	296	218
	Spécialiste	44	39	32	18
	Dentaire	13	12	12	8
Hospitalisation	Hôpital	1790	1331	1397	1147
	Clinique	248	193	202	117
	Hono/Clinique	80	71	67	32
	ATU	0,65	0,63	0,4	0,16
	ss-total	4 729	3 360	2 918	1 672
	TOTAL	14 932	15 127	17 227	17 448

Source : CNAMTS

Coût complet annuel *théorique*
Base de remboursement en 2012
Coût en Euro par place.

Inclus tt EHPAD					
	Nombre de résidents	310 195	19 864	63 762	58 800
Inclus selon le type d'EHPAD	Poste	TP sans PUI	TP avec PUI	TG sans PUI	TG avec PUI
	Forfait	10 893	12 029	14 723	16 051
	Infirmier	15	12	13	10
	Médicament	968	328	694	26
	Masseur-kiné	559	559	28	14
	Généraliste	274	237	19	7
Toujours en sus du forfait	LPP	170	104	132	65
	Laboratoire	142	119	11	4
	Autre Auxiliaire	44	47	5	2
	Hospitalisation	Radiologie	16	14	9
Transport		367	292	296	218
	Spécialiste	44	39	32	18
	Dentaire	13	12	12	8
	Hôpital	1790	1331	1397	1147
	Clinique	248	193	202	117
	Hono/Clinique	80	71	67	32
	ATU	0,65	0,63	0,4	0,16
	ss-total	4 729	3 360	2 918	1 672
	TOTAL	15 622	15 389	17 641	17 723

Source : CNAMTS

Annexe n°6 : Quelques éclairages sur le recours des EHPAD à l'hospitalisation

EHPAD	Capacité: nb de places en HP	option tarifaire en 2012	GMPS	Nbre médecins traitants libéraux en 2012	Présence de médecins traitants salariés	Rattachement hospitalier	Présence ou astreinte d'IDE la nuit	Ratio personnel de soins / capacité	Nb de journées d'hospit. en 2012	Nb moyen de journées d'hospit./ résident	Proportion de résidents hospitalisés au moins une fois	% des décès en étapt de santé
EHPAD EN TARIF PARTIEL										5,9	39 %	21 %
N°1	97	TP avec PUI	1 297	8	non	oui	non	0,31	271	2,8	25 %	0
N°2	72	TP sans PUI	1 310	25	non	non	oui	0,34	194	2,7	29 %	38 %
N°3	64	TP sans PUI	957	19	non	Direction commune avec CH	Permanence IDE au CH, recours ponctuel pour l'EHPAD	0,20	337	5,3	nd	6 %
N°4	79	TP sans PUI	1 041	36	non	non	non	0,29	581	7,4	42 %	21 %
N°5	77	TP sans PUI	1 272	19	non	non	non	0,32	259	3,4	25 %	17 %
N°6	75	TP sans PUI	1 147	38	non	non	non	0,33	495	6,6	59 %	nd
N°7	138	TP sans PUI	1 333	11	non	non	oui	0,38	1074	7,8	38 %	24 %
N°8	94	TP sans PUI	1 321	19 (dont 4 suivent 80 % des résidents)	non	non	non	0,35	781	8,3	54 %	33 %
N°9	45	TP sans PUI	1 275	23	non	non	non	0,45	319	7,1	49 %	29 %
N°10-A	144	TP avec PUI	978	16	non	oui	oui	0,35	897	6,2	37 %	nd

EHPAD	Capacité: nb de places en HP	option tarifaire en 2012	GMPS	Nbre médecins traitants libéraux en 2012	Présence de médecins traitants salariés	Rattachem hospitalier	Présence ou astreinte d'IDE la nuit	Ratio personnel de soins / capacité	Nb de journées d'hospit. en 2012	Nb moyen de journées d'hospit./ résident	Proportion de résidents hospitalisés au moins une fois	% des décès en étabt de santé
EHPAD EN TARIF GLOBAL										4,4	30,2 %	13 %
N°10-B	110	TG avec PUI	1 616	0	oui	oui	oui	0,6	194	1,8	13 %	0 %
N°11	102	TG sans PUI	1 146	9	oui (partage d'un poste de PH avec le CH proche)	non	oui	0,37	690	6,8	49 %	6 %
N°12	70	TG avec PUI	1 394	30	non	non	oui	0,42	230	3,3	24 %	22 %
N°13	80	TG sans PUI	872	40	non	non	non	0,27	361	4,5	38 %	15 %
N°14	80	TG sans PUI	1 228	6	non	non	non	0,33	626	7,8	19 %	nd
N°15-A	35	TG avec PUI	1 271	6	non	oui	permanence IDE sur l'USLD que l'EHPAD peut solliciter	0,42	119	3,4	23 %	0
N°15-B	71	TG avec PUI	833	6	non	oui	permanence IDE sur l'USLD que l'EHPAD peut solliciter	0,28	129	1,8	21 %	30 %
N°16	105	TG sans PUI	1 374	18	non	non	non	0,45	594	5,7	40 %	12 %
N°17	270	TG avec PUI	1 279	0	oui	non	non	0,36	645	2,4	28 %	15 %
N°18	37	TG sans PUI	1 343	3	non	non	non	0,45	230	6,2	46 %	nd

N°19 (ensemble de 13 EHPAD)	moy 152; min 84 ; max 325	TG dont 5 avec PUI	1 340	entre 0 et 2 ML pour 12 EHPAD; 11 ML pour 1 EHPAD	oui	non	oui	0,49	1025 en moyenne	6,7	35 %	21 % en moyenne
N°20	286	TG avec PUI	1 594	0	oui (PH)	non	oui	nd				
N°21	228	TG avec PUI	1 474	0	oui (PH)	non	oui	nd				
N°22	102	TG avec PUI	1 582	0	oui (PH)	non	oui	nd				
N°23	350	TG avec PUI	1 335	0	oui	oui	oui	0,43	nd	nd	nd	10 %

Source : Mission IGAS sur la base des monographies d'EHPAD

Annexe n°7 : Exécution des budgets de soins des EHPAD

Exécution des budgets de soins : fréquence et ampleur des excédents constatés en 2010 :

Options tarifaires	Nombre de places excédentaires (a)	Nombre de places de la catégorie	Proportion de places excédentaires	Impact de la reprise des excédents (b)	Excédent moyen par place ((b)/(a))
TG avec PUI	9 024	134 268	6,7 %	5 515 782 €	611 €
TG sans PUI	20 138	60 028	33,5 %	18 950 043 €	941 €
TP avec PUI	2 343	27 142	8,6 %	919 660 €	393 €
TP sans PUI	67 703	340 609	19,9 %	40 531 031 €	599 €
Total TG	29 162	194 296	15,0 %	24 465 825 €	839 €
Total TP	70 046	367 751	19,0 %	41 450 691 €	592 €
Ensemble	99 208	562 047	17,7 %	65 916 516 €	664 €

Source : CNSA

Taux d'utilisation des dotations de soins en 2011 :

Taux d'utilisation de la dotation soin (*)	Sans PUI	Avec PUI	Ensemble
EHPAD en TP	98,6 %	99,0 %	98,7 %
EHPAD en TG	95,0 %	97,6 %	97,2 %
Ensemble (**)	98,5 %	98,5 %	98,5 %

(*) 5% des valeurs extrêmes écartées. (**) Champ : 1620 EHPAD.

Source : CNSA, Gestion du risque 2013 des ARS sur comptes administratifs 2011 des EHPAD

Proportion d'EHPAD sous-consommant ou sur-consommant leur dotation de soins (2011) :

Proportion d'EHPAD concernés selon la taille	Proportion d'EHPAD où taux d'utilisation < 90 %	Proportion d'EHPAD où taux d'utilisation compris entre 90 % et 110 %	Proportion d'EHPAD où taux d'utilisation > 110 %
EHPAD < 44 places	13,4 %	72,7 %	13,9 %
entre 45 et 59 places	15,1 %	77,1 %	7,8 %
entre 60 et 99 places	11,5 %	79,9 %	8,6 %
entre 100 et 199 places	12,2 %	84,1 %	3,7 %
EHPAD > 200 places	9,4 %	86,8 %	3,8 %
Ensemble (**)	12,3 %	79,6 %	8,1 %

(**) Champ : 1620 EHPAD.

Source : CNSA, Gestion du risque 2013 des ARS sur comptes administratifs 2011 des EHPAD

Annexe n°8 : Crédits non reconductibles distribués aux EHPAD en 2012

Montants des crédits non reconductibles alloués aux EHPAD en 2012 :

Option tarifaire	Montant des CNR alloués	Dotations reconductibles au 31/12/2012	Poids relatif des CNR par rapport à la dotation	Montant moyen par place
TG avec PUI	115,3 M€	2 072,9 M€	5,6 %	859 €
TG sans PUI	45,0 M€	843,7 M€	5,3 %	750 €
TP avec PUI	15,6 M€	326,2 M€	4,8 %	575 €
TP sans PUI	193,9 M€	3 443,5 M€	5,6 %	569 €
Ensemble	369,9 M€	6 686,3 M€	5,5 %	658 €

Source : CNSA

Affectation des crédits non reconductibles en 2012 (hors expérimentation médicament - montants en euros) :

Option tarifaire	Formation	Emplacement de personnel	Dépense de personnel non pérenne	Aide à la contractualisation	Frais financiers	Médicaments onéreux	Autres	TOTAL CNR (hors expérimentation médicament)
TG avec PUI	6 852 917	11 434 586	6 046 547	4 535 546	58 253 332	2 626 938	25 595 220	115 345 086
TG sans PUI	3 530 312	3 315 074	1 952 365	540 420	17 771 516	698 981 (*)	6 660 094	34 468 762
TP avec PUI	1 959 748	2 320 009	1 543 419	679 482	6 134 758	378 054	2 600 037	15 615 507
TP sans PUI	20 222 313	26 547 834	22 673 934	2 316 480	67 110 047	2 416 214 (*)	29 417 468	170 704 290
Ensemble	32 565 290	43 617 503	32 216 265	8 071 928	149 269 653	6 120 187	64 272 819	336 133 645

Source : CNSA.

(*) Ces chiffres révèlent des erreurs manifestes d'imputation.

Annexe n°9 : Observations sur la prescription médicamenteuse en EHPAD dans deux régions

Les informations suivantes émanent des ARS Auvergne et Limousin dans le cadre de leurs actions de gestion du risque, ou des OMEDIT régionaux.

1. REGION AUVERGNE

Les observations suivantes résultent de l'enquête conduite en 2012 par l'ARS d'Auvergne dans le cadre de son programme de gestion du risque, au titre de la qualité et efficacité des soins en EHPAD, et plus précisément de la maîtrise des prescriptions dans ces établissements¹⁰⁵.

Le thème prioritaire retenu pour 2012 était la réduction de l'usage inapproprié des neuroleptiques chez les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer (et maladies apparentées). Les deux autres thèmes proposés en 2011, à savoir la diminution des prescriptions inappropriées de benzodiazépines ainsi que le dépistage et la prise en charge de la dénutrition, pouvaient être reconduits – ce qui a été le cas en Auvergne en raison des marges de progression constatées, des enjeux de santé publique et du temps nécessaire pour modifier les pratiques en cause.

Les réunions locales organisées avec les EHPAD ont été **co-animées par l'ARS et ses interlocuteurs des régimes d'assurance maladie**, ces derniers présentant les actions d'accompagnement déployées par l'assurance maladie. La sensibilisation des EHPAD s'est également appuyée sur des démarches complémentaires engagées par ailleurs, impliquant notamment l'OMEDIT régional, des membres de la Société française de gériatrie et de gérontologie et des experts de la HAS.

Dans chacun des quatre départements de la région, **le taux de participation des EHPAD aux réunions organisées en 2012 a été supérieur à 80 %** - soit une **très nette augmentation** par rapport au taux de participation de 45 % observé en 2011.

Ces réunions ont été suivies d'une enquête par voie dématérialisée réalisée en décembre 2012, comportant une analyse des prescriptions « un jour donné » (en l'espèce le 30 novembre) ; si le taux de réponse des établissements est proche de 80 %, il faut souligner que les résultats de cette enquête reposent sur une base déclarative.

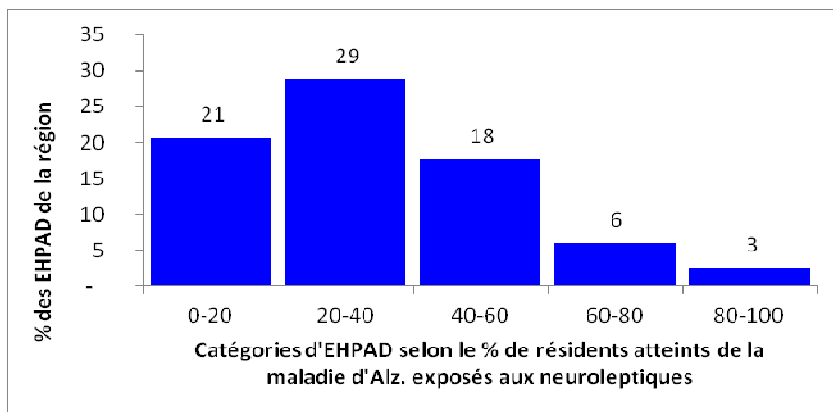
1.1. Neuroleptiques chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer

Les résultats de l'enquête indiquent que, à l'échelle de la région, **les ¾ des EHPAD ont mis en œuvre la démarche d'alerte** sur ce sujet et ont donc calculé le taux d'exposition des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer (ou apparentée) aux neuroleptiques. En revanche, **seulement la moitié des EHPAD ont mis en œuvre, totalement ou partiellement, les démarches de maîtrise**. Si l'on considère, selon une acception plus stricte, les EHPAD qui ont contacté *tous* leurs médecins traitants (1^{ère} démarche de maîtrise) et pour lesquels ces derniers ont tous réévalué leur prescription (2^{ème} démarche de maîtrise), la proportion d'EHPAD concernés tombe respectivement à 39 % et 30 %.

A l'échelle de la région, 42 % des résidents seraient atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et 34 % de ces malades consommeraient des neuroleptiques, consommation effectuée essentiellement sur un mode chronique (plus de 95 % des neuroleptiques étant prescrits depuis plus d'un mois).

Toutefois, ce **taux d'exposition diffère très fortement selon les EHPAD**. Pour 21 % des EHPAD de la région, la proportion de résidents atteints d'une maladie d'Alzheimer sous neuroleptiques est inférieure à 20 % ; à l'autre extrémité de la distribution, **dans 9 % des EHPAD, c'est plus de 60 % des résidents atteints d'une maladie d'Alzheimer** (ou apparentée) qui consomment ce type de médicaments (cf. graphique ci-dessous).

Répartition des EHPAD de la région en 5 catégories selon le taux d'exposition de leurs patients atteints de la maladie d'Alzheimer (ou maladies apparentées) aux neuroleptiques :



Source : ARS Auvergne

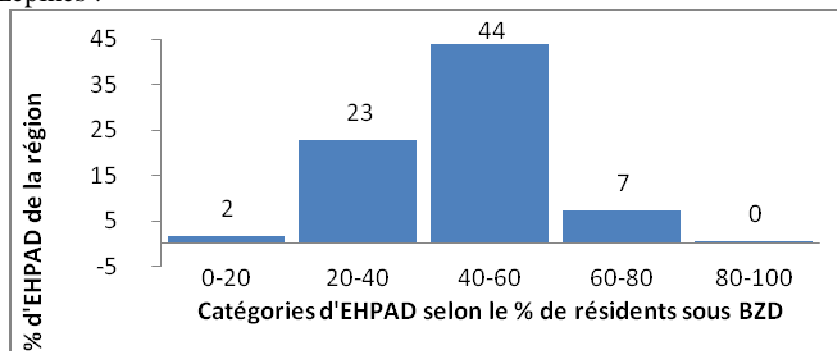
1.2. Prescriptions de benzodiazépines en EHPAD

Comme pour les neuroleptiques, les **¾ des EHPAD de la région ont mis en œuvre une démarche d'alerte** et ont procédé au recueil des prescriptions de benzodiazépines – soit une légère augmentation par rapport aux résultats de l'enquête déjà menée en 2011. Mais là encore, les **démarches de maîtrise de ces prescriptions ne sont mises en œuvre, totalement ou partiellement, que dans environ la moitié des établissements**. Si seuls sont considérés les EHPAD qui ont contacté tous leurs médecins traitants prescrivant des benzodiazépines depuis plus d'un mois (1^{ère} démarche de maîtrise) et pour lesquels ces derniers ont tous réévalué leurs prescriptions (2^{ème} étape de démarche de maîtrise), la proportion des EHPAD concernés descend respectivement à **35 % et 25 %**. **Autrement dit, un quart des EHPAD a connu une réévaluation systématique des prescriptions de benzodiazépines**.

45 % des résidents consomment des benzodiazépines, une **consommation essentiellement de type chronique** (puisque dans 95 % des cas les benzodiazépines prescrites le sont pour une période supérieure à 1 mois). Ce résultat indique **un accroissement de la proportion de résidents sous benzodiazépine par rapport à 2011 (40 %)**.

Le taux d'exposition des résidents aux benzodiazépines **diffère fortement selon les EHPAD** même si l'hétérogénéité est moindre que dans le cas des neuroleptiques : ainsi, **dans 7 % des EHPAD la proportion de résidents consommant des benzodiazépines dépasse 60 %**, cependant que pour un quart des EHPAD de la région cette proportion est en deçà de 40 % - mais elle n'atteint que très rarement de faibles niveaux (cf. graphique ci-dessous).

Répartition des EHPAD de la région en 5 catégories selon le taux d'exposition de leurs résidents aux benzodiazépines :



Source : ARS Auvergne

Dans quelques établissements, il a été rapporté que la mise en œuvre des démarches de maîtrise a induit des relations conflictuelles entre le médecin coordinateur et certains médecins prescripteurs.

1.3. Dépistage et prise en charge de la dénutrition

La moitié des EHPAD de la région pèsent systématiquement leurs résidents tous les mois (fréquence préconisée par l'HAS), soit un très léger accroissement par rapport aux résultats de 2011.

Sur la base des EHPAD ayant répondu à la fois aux enquêtes GdR 2011 et 2012 (soit 124 établissements), on observe une assez nette **progression du nombre d'EHPAD où tous les résidents bénéficient d'une pesée mensuelle** (de 61 % à 72 % des établissements de l'échantillon), même si cette action semble régresser au contraire dans une petite minorité d'établissements. Ces résultats sont toutefois à considérer avec prudence car d'autres données collectées directement dans les établissements par une équipe du CHU de Clermont-Ferrand fournit, sur ce sujet, des résultats divergents ; il semble que dans certains EHPAD, les pesées mensuelles n'aient été réalisées que sur la période de recueil de l'enquête GdR ; cela pose évidemment la question de la fiabilité des résultats obtenus sur le mode déclaratif et des biais induits par certaines observations.

1.4. Liste préférentielle de médicaments à utiliser en EHPAD

Depuis 2011, l'élaboration d'une liste préférentielle de médicaments à utiliser au sein de l'EHPAD (ou livret thérapeutique) est rendue obligatoire (article D.312-158 du CASF). A ce jour, **seulement 27 % des 232 EHPAD que compte la région Auvergne ont mis en place une telle liste**. Encore son existence ne présume-t-elle pas de son utilisation, puisque **seulement un tiers des EHPAD disposant de cette liste déclarent l'utiliser « systématiquement »**.

Une action spécifique a été entreprise par l'ARS et l'OMEDIT Auvergne pour aider les établissements à concevoir leur livret thérapeutique.

1.5. Actions d'accompagnement des EHPAD mises en œuvre en 2011-2012 en complément de la gestion du risque

Une étude / action « RIDE » (Risque Iatrogène et de Dénutrition dans les EHPAD) a été conçue, avec l'appui du CHU de Clermont-Ferrand, pour lutter à la fois contre la iatrogénie médicamenteuse et la dénutrition en EHPAD. Elle inclut une sensibilisation de chaque EHPAD,

une collecte de données et une restitution /analyse avec comité d'experts, puis la définition par chaque établissement d'un plan d'actions, ainsi qu'une mesure d'impact programmée pour 2013.

Après 19 mois d'enquête, les données ont été collectées dans 110 EHPAD accueillant 9000 résidents (49 % des résidents de la région) ; l'étude a porté sur un échantillon représentant 61 % des résidents hébergés dans ces établissements, soit 5600 personnes âgées.

Les résultats préliminaires sur les 60 premiers établissements (3212 résidents) sont les suivants :

- Sur la quantité de médicaments consommés¹⁰⁶ : une consommation moyenne de ces résidents proche de **8 médicaments différents (maximum : 24)**. Si la **polymédication (>5 médicaments) concerne les ¾ de la population, un quart des résidents ingère 10 à 15 médicaments et 3 % en ingère plus de 15. Des ordonnances comportant plus de 15 médicaments différents sont retrouvées dans 70 % des EHPAD ;**
- Sur la qualité de la prescription, évaluée sur la base des interactions médicamenteuses et d'une liste de « médicaments potentiellement inappropriés » : pour ce qui est des niveaux d'interactions médicamenteuses les plus graves, **associations contre-indiquées et déconseillées concernent respectivement 3 % et 13 % des ordonnances** (mais se rencontrent dans les ¾ des EHPAD). Quant aux **médicaments potentiellement inappropriés, 65 % de la population étudiée consomme au moins une molécule de ce type.**
- Sur le suivi biologique : l'insuffisance rénale chronique méconnue est une source importante d'accident iatrogène évitable chez le sujet âgé. Dans les 365 jours précédant l'étude (fréquence de dosage recommandée), **30 % des résidents n'ont pas bénéficié d'une évaluation de la fonction rénale.**
- Sur la dénutrition : ce phénomène affecte 25 % des résidents en EHPAD, dont **6 % en état de dénutrition sévère**, avec une importante **disparité** inter-EHPAD (minimum : 6 % ; maximum 41 %) qui peut, en partie, être expliquée par le type de population accueillie. Toutefois, la dénutrition n'est pas une fatalité comme l'attestent les résultats obtenus dans certains EHPAD qui ont mis en place des protocoles de prise en charge de la dénutrition particulièrement adaptés et chez qui le taux de dénutrition est très faible. Par ailleurs, **26 % des personnes dénutries n'ont pas de prise en charge nutritionnelle spécifique**. Ce défaut de prise en charge peut être rapproché de la sous-utilisation des outils de dépistage recommandés par la HAS (pesée mensuelle : 63 % ; IMC : 32 % ; albuminémie couplée à la CRP : 27 % ; « Mini Nutritional Assessment »TM : 6 % des résidents).

Les retours d'information délivrés aux établissements sont encourageants, au regard de la volonté des établissements d'améliorer leurs pratiques ; de fait, 70 % des EHPAD ont formalisé un plan d'action, transmis à l'ARS.

Au titre de son rôle d'appui, l'ARS réalise des supports ciblant différents destinataires : le résident et sa famille, les médecins traitants, les médecins coordonnateurs, le personnel soignant de l'EHPAD (par exemple sur les médicaments pouvant être ouverts ou écrasés, ou sur les régimes alimentaires).

Par ailleurs, est étudiée la faisabilité d'utiliser de nouveaux indicateurs plus spécifiques, pour lesquels des recommandations de la HAS viennent d'être édictées (co-prescription de psychotropes, de diurétiques, d'antihypertenseurs...).

Ces efforts sont accompagnés par l'OMEDIT régional, qui s'attache notamment à cadrer l'exercice de définition de la liste préférentielle de médicaments (document informatif à destination du personnel médical des EHPAD) et à formaliser une liste des spécialités écrasables - une pratique largement répandue en EHPAD qui présente pourtant des risques iatrogènes non négligeables (diffusion d'un document informatif initialement élaboré par le CHU de Clermont-Ferrand).

2. REGION LIMOUSIN

2.1. Résultats de la gestion du risque conduite en 2012 en Limousin au titre de la maîtrise des prescriptions en EHPAD

	Corrèze	Creuse	Haute-Vienne	Région Limousin
Total EHPAD interrogés	41	28	33	102
EHPAD ayant répondu	30 (73 %)	18 (64 %)	26 (79 %)	74 (72 % des EHPAD interrogés)
Nombre de résidents atteints d'une maladie d'Alzheimer	836	432	1292	2560
Nombre de résidents atteints de MA et traités par neuroleptiques	367	185	479	1031, soit 40 % des résidents atteints de MA.
Nombre de résidents atteints de MA et traités par neuroleptiques pour une durée supérieure à 1 mois	359	160	463	982 soit 38 % des résidents atteints de MA.
Nombre de patients pour lesquels la prescription de neuroleptiques a été confirmée	225	140	273	638 soit 65 % des résidents atteints de MA ayant des neuroleptiques pour plus d'un mois.
Nombre d'EHPAD ayant mis en place un plan d'actions	25	15	21	61 soit 82 % des EHPAD ayant répondu.

2.2. Résultats d'une enquête de l'OMEDIT en 2012

Une enquête réalisée par l'OMEDIT du Limousin en 2012, portant spécifiquement sur les prescriptions médicamenteuses en EHPAD, indique :

- une **consommation moyenne de 9 médicaments par résident**, pour 14 prises quotidiennes ;
- **55 % de médicaments potentiellement inappropriés ;**
- une grande **hétérogénéité** des prescriptions médicales selon les établissements pour de nombreuses classes thérapeutiques ;
- des **posologies** pas toujours adaptées à l'âge très élevé des résidents.

Ces résultats sont cohérents avec les résultats plus détaillés fournis par l'enquête du GCS « EPSILIM » réalisée l'année précédente (cf. ci-dessous).

2.3. *Evaluation de la qualité de la prise en charge médicale en EHPAD réalisée par le GCS EPSILIM en 2011*

Le GCS EPSILIM (Expertise Performance et Services pour la santé en Limousin), créé fin 2010, rassemble des établissements de santé, des établissements médico-sociaux, des professionnels libéraux, des maisons de santé pluridisciplinaires, des associations d'usagers ; il constitue une plateforme de mutualisation de techniques, d'équipements et de compétences.

Une évaluation de la qualité de la prise en charge médicale en EHPAD a été réalisée par ce GCS en mars 2011, focalisée sur 6 problématiques :

- les troubles moteurs et les chutes ;
- les escarres ;
- la nutrition ;
- le médicament, de sa prescription à sa délivrance ;
- les troubles cognitifs ;
- la douleur.

84 EHPAD, totalisant 7681 places ont répondu au questionnaire et 22 EHPAD ont été volontaires pour une évaluation sur site. Les principaux résultats sont les suivants :

► Chutes :

Le taux moyen de chutes était de 1,96 chutes par personne et par an (résultat comparable à ceux de la littérature). Un quart des EHPAD ne fait pas d'analyse des causes de chutes ; ces établissements ont un taux plus élevé de chutes que ceux faisant l'analyse des causes (conclusion qui demande à être confirmée).

► Escarres :

Le taux de prévalence des escarres est très faible : 0.08 par lit et par an, ce qui semble être le résultat de la mise en place de protocoles de prévention dans 87 % des EHPAD et de protocoles de prise en charge dans 77 % des EHPAD. Le faible taux d'escarres peut être rapproché de la relativement faible prévalence de la dénutrition.

► Dénutrition :

21 % des résidents seulement sont dénutris selon cette étude (vs. 35 % selon les données actuelles de la littérature et les critères HAS de 2007) alors qu'une surcharge pondérale est retrouvée chez 22 %.

► Hospitalisations :

9239 hospitalisations ont été déclarées en 2010 (soit 1,20 en moyenne par résident) dont 30 % en urgence, chiffres cohérents avec ceux issus de l'étude du flux de patients âgés aux urgences. Le nombre moyen d'hospitalisations présente une forte hétérogénéité entre les établissements, il en va de même pour les passages aux urgences (si une moyenne 34,3 hospitalisations en urgence par établissement est observée, l'amplitude va de 0 à 574). Surtout, **le rattachement d'un EHPAD à un établissement de santé influe fortement sur le recours aux urgences** : ainsi les hospitalisations d'urgence représentent 8 % des hospitalisations recensées en 2010 dans les EHPAD rattachés à un établissement sanitaire contre 37 % des hospitalisations recensées dans les autres EHPAD.

► Médicaments :

32 % des EHPAD ayant répondu ont une PUI ; 58 % disposent d'un livret thérapeutique ou sont en train de le mettre en place ; l'informatisation du circuit du médicament est effective ou en cours dans 55 % des cas.

85 % des résidents ont des prescriptions comportant 5 lignes ou plus.

Les 4 médicaments les plus consommés sont le Paracetamol (antalgique), le Forlax (laxatif), le Kardegic (aspirine) et le Diffu-K.

37 % des résidents prennent des benzodiazépines, prescription datant de plus d'un mois dans 90 % des cas.

L'évaluation systématique des troubles cognitifs est réalisée par 41 % des EHPAD ; dans la majorité des cas, c'est le médecin coordonnateur qui conduit ces évaluations ; le psychologue se trouve en deuxième position des professionnels réalisant ces évaluations, et les IDE en troisième position.

Une **analyse approfondie de la polymédication** a été réalisée pour 111 résidents, sur site et sur la base d'une évaluation individuelle réalisée par l'Unité de Prévention, de Suivi et d'Analyse du Vieillissement du CHU de Limoges. Celle-ci révèle :

- une consommation moyenne de 9 médicaments par résident ;
- des prescriptions de plus de 15 pour 10 % des résidents (avec un maximum à 22) ;
- des troubles cognitifs à forte prévalence mais diagnostiqués seulement dans 20 % des cas ;
- un excès de traitement chez un quart des patients (4,4 % des traitements), soit par surdosage posologique soit du fait d'une prescription en doublon ;
- une insuffisance de traitement (sous-dosage posologique, traitement incomplet, absence de traitement) pour la moitié des résidents (en particulier, 17 % des traitements étaient prescrits avec des posologies insuffisantes ou des associations non optimales) ;
- une prescription « inutile » (habituellement jugée inefficace, non indiquée ou contre-indiquée) retrouvée chez les 2/3 des résidents ;
- un traitement jugé adéquat dans un quart des cas de démence seulement, un tiers des pathologies psychiatriques, la moitié des cas de diabète ;
- un « médicament potentiellement inapproprié » pour 68 % des résidents (11 % des médicaments) ;
- des effets iatrogéniques importants : les risques de chutes arrivant en tête avec 41 % des lignes thérapeutiques potentiellement génératrices de chutes, et 14 % des lignes potentiellement génératrices de troubles du comportement ;
- une faible formalisation des échanges entre prescripteurs et pharmacies d'officine, cependant que le contrôle des médicaments à fort potentiel iatrogène n'est pas non plus systématiquement organisé au niveau des PUI.

Ces observations soulignent l'importance d'une **meilleure maîtrise de la polymédication** en EHPAD et l'intérêt à cet égard du dossier patient informatisé. « L'évaluation gérontologique globale et pluridisciplinaire associée à des outils informatiques adaptés paraissent une bonne base pour aborder la complexité de la prescription médicamenteuse chez le résident polypathologique » (un médecin de l'ARS).

Annexe n°10 : Approche micro-économique de la pharmacie à usage intérieur en EHPAD

Coûts du médicament en EHPAD : incidence financière de l'existence d'une PUI :

Coûts de la PUI pour l'EHPAD	Coût variable : achat des médicaments (Par résident par jour)			Coût fixe* direct : personnels (2012)	Coût total (Par résident par jour, en 2012)
	2012	2011	2010		
EHPAD de 65 lits, en TG, rattaché à un CH ; 5 médecins traitants libéraux	0,96 €	0,97 €	0,87 €		
EHPAD autonome de 286 lits en TG ; forte intégration entre médecins traitants (salariés), pharmacien, IDE, et cadre de santé ; prescriptions entièrement informatisées.	1,80 €			260 000 € / an Soit 2,50 € / résident / jour	4,30 €
EHPAD rattaché à un CHG : 254 places dont 110 places en TG fonctionnant avec 4 médecins salariés à temps partiel et 144 places en TP fonctionnant avec 16 médecins libéraux. (GMPS : 1254) + une USLD de 70 places	2,06 €	2,07 €	2,11 €	1 ETP de pharmacien + 2 préparateurs : 234 167 € Soit 1,98 € / résident / jour	4 €
EHPAD rattaché à un CHG : 106 lits en TG, travaillant avec 6 médecins traitants libéraux. (GMPS : 1271) + 30 lits d'USLD	2,43 € (Y compris oxygène)			1 pharmacien tps partiel + 1 préparateur tps partiel : 83 264 € / an. Soit 1,68 € / résident / jour	4,11 € (Y compris gaz médicaux)
EHPAD de 77 lits en TP géré par un CCAS. Médecin coordonnateur gériatre pour 0,75 ETP, également médecin traitant.	2,43 €			Salaires : 14 423 € /an Soit 0,51 € /résident/ jour Pour une présence de la pharmacienne trop limitée induisant des difficultés de fonctionnement.	2,95 €
EHPAD de 270 lits en TG, ex- hôpital local, disposant d'un médecin gériatre partageant son temps entre fonction de coordination et fonction de traitant. Outil informatique liant prescriptions, contrôles et dispensation nominative. (GMPS : 1279).	2,88 € (Y compris petit matériel)	3,05 €	3,24 €	0,5 ETP pharmacien + 1,8 ETP préparateur	3,35 € (Y compris petit matériel médical)
5 EHPAD du CAS VP disposant de PUI : 1153 places, en TG depuis 2011. Médecins salariés pour 3 d'entre eux, 2 ML dans les 2 autres établissements. (GMPS : 1302)	1,54 € (Entre 1,23€ et 1,75 € selon les EHPAD).	Diminution observée entre 2010 et 2012 dans 4 de ces 5 EHPAD : diminution de l'ordre de 8 % à 30 %.		699.000 € Soit 1,66 € / résident/ jour	3,20 €

Dépense de médicament remboursable par l'Assurance maladie (Par résident par jour)	
EHPAD en TP (sans PUI)	2,65 € ** (Amplitude*** : de 1,10 € à 3,80 €)
EHPAD en TG (sans PUI)	1,90 € ** (Amplitude*** : de 0,80 € à 3,60 €)
Coût de la PUI pour l'Assurance maladie selon les règles tarifaires actuelles	
EHPAD en TP	1,92 € - 1,99 €/ résident / jour (Calcul : écart de valeur du point de GMPS lié à la PUI, soit 0,56€, multiplié par le GMPS des EHPAD considérés ici, compris entre 1250 et 1300, rapporté à une journée.)
EHPAD en TG	2,26 € - 2,35 €/ résident / jour (Calcul : écart de valeur du point de GMPS lié à la PUI, soit 0,66€, multiplié par le GMPS des EHPAD considérés ici, compris entre 1250 et 1300, rapporté à une journée.)


Source : mission IGAS

(*) Les coûts indirects comme l'amortissement sont minimes de l'ordre de 3 centimes par résident par jour. Dans le cas d'une PUI mutualisée entre plusieurs établissements, la participation de chacun d'eux aux frais de fonctionnement logistique (livraisons, consommables...) peut représenter davantage, selon l'organisation retenue.

(**) Source : étude CNAMTS

(***) Source : CPAM des départements d'Ile-de-France

Annexe n°11 : Exemple de profil d'EHPAD édité par les caisses primaires d'Assurance maladie



Octobre 2012

PROFIL EHPAD 2011

EHPAD **ULM LA LECOURBE** FORFAIT PARTIEL sans PUI 01/06/2005

Votre activité est comparée à l'activité moyenne des EHPAD parisiens de votre catégorie (Forfait partiel sans PUI)

Quelques chiffres sur votre EHPAD

	VOUS	EHPAD de votre catégorie
Niveau moyen de dépendance et besoins en soins		
GIR Moyen Pondéré *	757,0	715,2
PATHOS Moyen Pondéré *	193	189
Capacité et nombre total de résidents		
Capacité d'accueil en nombre de lits	45	80
Nombre de résidents total (tous régimes, tous départements) ⁽¹⁾	41	79

* Source : liste des résidents fournie par votre EHPAD

Caractéristiques des résidents parisiens du Régime Général (hors Section Locales Mutualistes)

	VOUS		EHPAD de votre catégorie	
	2011	Evolution 2011/2010	2011	Evolution 2011/2010
Nombre de résidents parisiens du Régime Général hors SLM ⁽²⁾	33	-26,7%	52	-24,0%
Part de résidents parisiens du Régime Général dans le total ^{(2)/(1)}	80,5%	10,2 pts	66,0%	0,4 pts
Nombre de résidents ayant désigné un médecin traitant ⁽³⁾	32	-	49	-
% de résidents ayant désigné un médecin traitant ^{(3)/(2)}	97,0%	1,4 pts	95,1%	0,6 pts
Nombre de résidents en ALD ⁽⁴⁾	24	-	43	-
% de résidents en ALD ^{(4)/(2)}	72,7%	-0,6 pts	83,0%	-0,6 pts
% des résidents de plus de 85 ans	69,7%	0,8 pts	66,0%	2,8 pts
% des femmes parmi les résidents	87,9%	12,3 pts	80,6%	1,9 pts

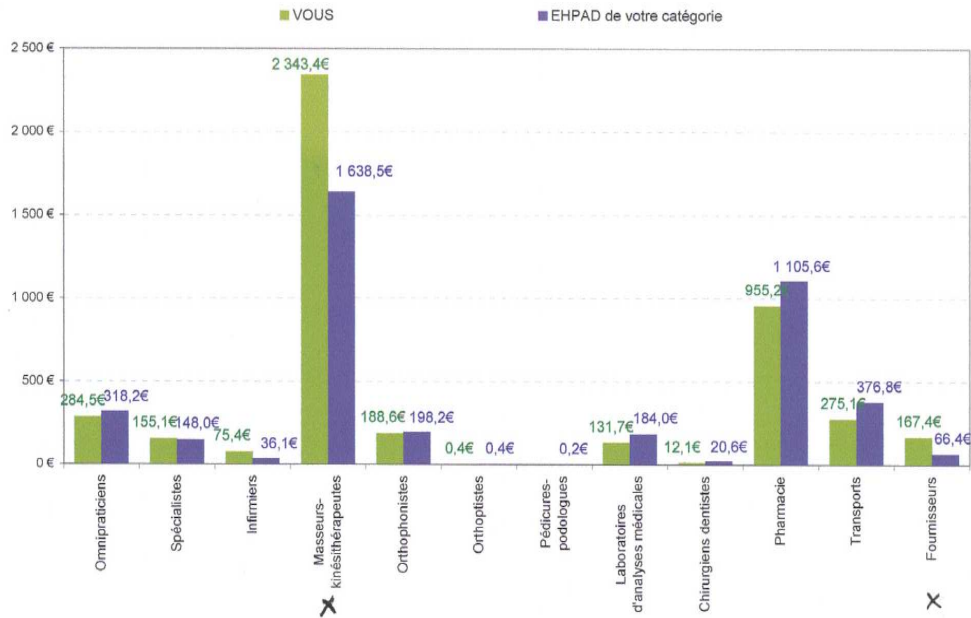
Les dépenses imputées sur l'enveloppe des soins de ville

liées aux actes **exécutés** ou **prescrits** pendant le séjour en EHPAD, par catégorie d'exécutants

	VOUS				EHPAD de votre catégorie		
	Montant remboursé (en €)	Poids	Evolution Montant remboursé / 2010	Part de résidents consommateurs	Evolution Montant remboursé / 2010	Poids	Part de résidents consommateurs
Omnipraticiens	9 389 €	6,2%	36,3%	87,9%	6,4%	7,8%	88,0%
Spécialistes	5 119 €	3,4%	182,8%	60,6%	-8,5%	3,6%	62,2%
TOTAL médecins	14 507 €	9,6%	66,8%	97,0%	1,2%	11,4%	92,2%
Infirmiers	2 487 €	1,6%	-50,8%	75,8%	-35,7%	0,9%	13,5%
Masseurs-kinésithérapeutes	77 332 €	51,1%	8,5%	78,8%	4,8%	40,0%	73,6%
Orthophonistes	6 223 €	4,1%	348,0%	15,2%	31,5%	4,8%	13,9%
Orthoptistes	14 €	0,0%	-	3,0%	145,0%	0,0%	0,6%
Pédicures-podologues	-	-	-	-	-25,1%	0,0%	0,7%
TOTAL Auxiliaires médicaux	86 056 €	56,8%	10,7%	-	5,8%	45,8%	-
Laboratoires d'analyses médicales	4 345 €	2,9%	61,2%	75,8%	6,9%	4,5%	80,7%
Chirurgiens dentistes	398 €	0,3%	-4,3%	15,2%	28,1%	0,5%	14,7%
Total des actes exécutés	105 306 €	69,5%	17,6%	-	5,2%	62,2%	-
Pharmacies	31 520 €	20,8%	-4,9%	100,0%	5,6%	27,0%	94,0%
Transports	9 079 €	6,0%	68,2%	72,7%	11,7%	9,2%	59,6%
Fournisseurs	5 526 €	3,6%	97,0%	21,2%	-27,9%	1,6%	19,5%
Total des actes prescrits	46 125 €	30,5%	11,5%	-	4,9%	37,8%	-
TOTAL	151 431 €	100%	15,7%	100,0%	5,1%	100%	97,9%

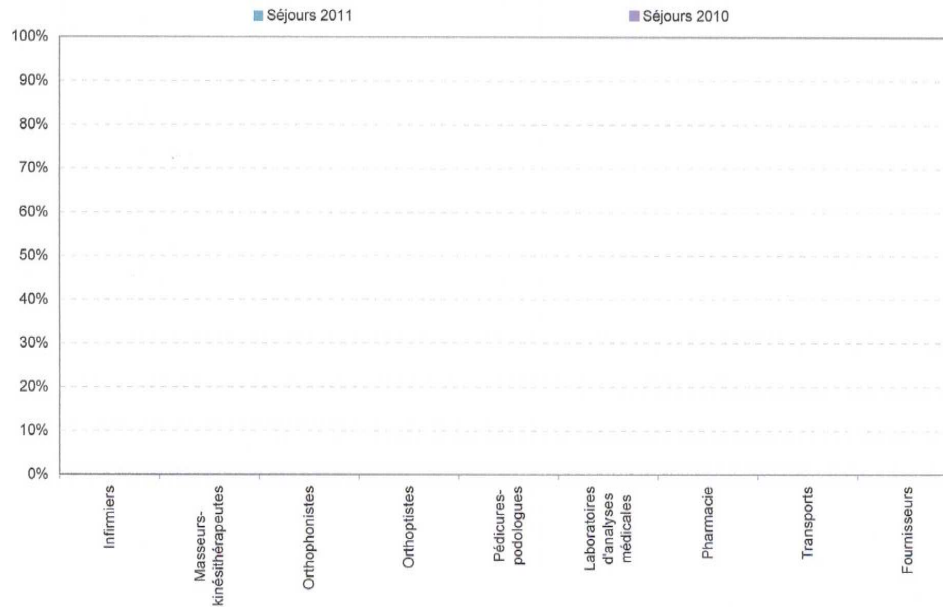
Les dépenses moyennes par résident liées aux actes exécutés ou prescrits pendant le séjour en EHPAD

Montant moyen remboursé par résident *



Vos prescriptions

Part des dépenses prescrites par votre établissement pendant le séjour des résidents *



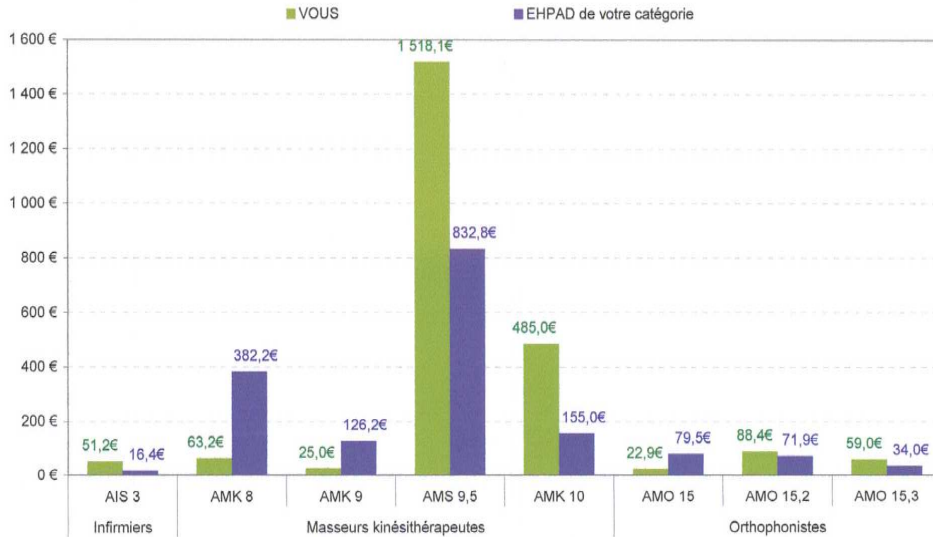
* résidents parisiens du Régime Général hors SLM



Zoom sur les actes d'auxiliaires médicaux exécutés ou prescrits pendant le séjour en EHPAD

	VOUS			EHPAD de votre catégorie		
	Montant remboursé (en €)	Poids	Nombre d'actes	Montant remboursé (en €)	Poids	Nombre d'actes
ACTES INFIRMIERS						
Séances de soins infirmiers AIS 3 <i>dont prescrits par votre EHPAD</i>	1 689 €	68%	186	852 €	46%	58
TOTAL ACTES INFIRMIERS	2 487 €	100%	295	1 871 €	46%	139
ACTES DE MASSEURS KINESITHERAPEUTES						
Actes de rééducation AMK 8 <i>dont prescrits par votre EHPAD</i>	2 086 €	2,7%	187	19 831 €	23,3%	1 273
Actes de rééducation AMK 9 <i>dont prescrits par votre EHPAD</i>	826 €	1,1%	45	6 546 €	7,7%	363
Actes de rééducation AMS 9,5 <i>dont prescrits par votre EHPAD</i>	50 098 €	64,8%	2 731	43 211 €	50,8%	2 345
Actes de rééducation AMK 10 <i>dont prescrits par votre EHPAD</i>	16 006 €	20,7%	803	8 041 €	9,5%	405
TOTAL ACTES DE MASSEURS KINESITHERAPEUTES	77 332 €	100%	4 097	86 020 €	91%	4 663
ACTES D'ORTHOPHONISTES						
Actes de rééducation AMO 15 <i>dont prescrits par votre EHPAD</i>	756 €	12,1%	21	4 124 €	40,1%	119
Actes de rééducation AMO 15,2 <i>dont prescrits par votre EHPAD</i>	2 918 €	46,9%	80	3 733 €	36,3%	105
Actes de rééducation AMO 15,3 <i>dont prescrits par votre EHPAD</i>	1 946 €	31,3%	53	1 764 €	17,2%	49
TOTAL ACTES D'ORTHOPHONISTES	6 223 €	100%	161	10 282 €	94%	289

Montant moyen remboursé par résident *



* résidents parisiens du Régime Général hors SLM



Les dépenses de médicaments par classe thérapeutique

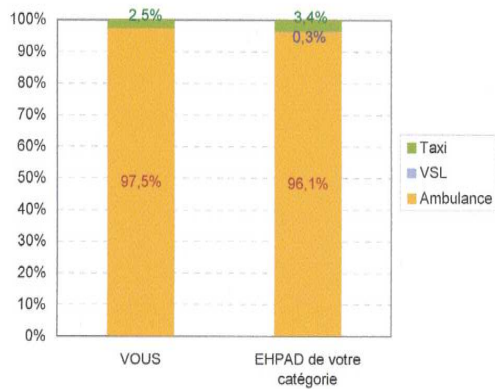
		VOUS			EHPAD de votre catégorie		
		Montants remboursés (en €)	Evolution Montant remboursé / 2010	Poids	Montant moyen remboursé par consommant	Poids	Montant moyen remboursé par consommant
Médicaments des épisodes aigus	Antalgiques, Vertiges, Migraines	3 003 €	-4,3%	9,8%	111,2 €	6,5%	108,1 €
	Antiacides Et Antiulcéreux	1 609 €	34,8%	5,3%	94,7 €	4,7%	114,4 €
	Antiallergiques Dont Rhinite	53 €	-57,3%	0,2%	8,9 €	0,3%	22,5 €
	Anti-Infectieux	1 677 €	111,2%	5,5%	69,9 €	3,0%	54,2 €
	Anti-Inflammatoires	144 €	-37,7%	0,5%	36,0 €	0,2%	14,3 €
	Antitussifs		-100,0%			0,0%	4,3 €
	Appareil Digestif Divers	695 €	19,2%	2,3%	26,7 €	4,2%	78,8 €
	Autres aigü (antianémiques, antihémorragiques, ...)	199 €	-9,7%	0,7%	19,9 €	0,7%	32,0 €
TOTAL Médicaments des épisodes aigus	7 380 €	17,4%	24,1%	238,1 €	19,6%	-	
Traitements des pathologies chroniques	Antiagrégants, Antithrombotiques	1 760 €	-46,5%	5,7%	146,6 €	7,1%	159,5 €
	Antiarythmiques Et Stimulants Cardiaques	533 €	-43,5%	1,7%	177,8 €	0,9%	76,6 €
	Anti-Asthmatiques	919 €	-34,2%	3,0%	183,7 €	3,2%	325,6 €
	Antidiabétiques	492 €		1,6%	491,6 €	1,9%	269,8 €
	Antiglaucomateux	468 €	149,2%	1,5%	117,1 €	1,1%	139,4 €
	Anti-Hypertenseurs	1 884 €	-2,3%	6,2%	117,8 €	9,6%	169,0 €
	Anti-Ostéoporotiques	759 €	220,3%	2,5%	151,8 €	1,9%	232,2 €
	Anti-Rhumatismaux	124 €	-31,9%	0,4%	24,8 €	0,4%	31,6 €
	Hypolipémiants	691 €	61,9%	2,3%	86,4 €	3,2%	164,4 €
	Urologie	468 €	178,6%	1,5%	234,1 €	0,7%	92,0 €
Vasodilatateurs Périphériques Et Centraux	28 €	-81,9%	0,1%	9,4 €	0,2%	61,8 €	
TOTAL Traitements des pathologies chroniques	8 127 €	-8,9%	26,5%	301,0 €	30,2%	-	
Médicaments de psychiatrie	Antidépresseurs	1 779 €	-19,9%	5,8%	93,6 €	6,7%	134,0 €
	Antipsychotiques	1 170 €	22,6%	3,8%	90,0 €	5,9%	281,0 €
	Psychotropes	586 €	-13,1%	1,9%	29,3 €	1,9%	38,9 €
	Toxicomanie Et Psychostimulants					0,3%	1 326,1 €
TOTAL Médicaments de psychiatrie	3 535 €	-8,2%	11,5%	130,9 €	14,8%	-	
Médicaments de spécialité	Alzheimer	5 981 €	-16,6%	19,5%	664,6 €	14,7%	762,6 €
	Antidotes Et Chélateurs	72 €		0,2%	36,1 €	1,1%	1 315,2 €
	Epilepsie Et Parkinson	3 414 €	-3,3%	11,1%	341,4 €	4,8%	219,3 €
	Epo		-100,0%			2,3%	1 846,1 €
	Hormones De Croissance					0,1%	843,2 €
	Immunosuppresseurs						
	Polyarthrite Rhumatoïde						
	Produits De La Dmla					1,1%	2 734,3 €
	Sclérose En Plaques						
Traitement Du Cancer	143 €		0,5%	143,1 €	4,3%	1 516,4 €	
Traitements Du Vih Et Des Hépatites					1,1%	20 914,6 €	
TOTAL Médicaments de spécialité	9 610 €	-14,1%	31,4%	633,9 €	29,5%	-	
Autres	Aide à La Procréation						
	Anesthésiques		-100,0%			0,2%	123,0 €
	Autres (Nutrition, ...)		-100,0%			0,0%	21,5 €
	Contraceptifs					0,0%	14,5 €
	Dermatologie	659 €	38,1%	2,2%	36,6 €	1,2%	26,4 €
	Hormones	111 €	13,8%	0,4%	22,2 €	0,5%	24,6 €
	Ophthalmologie Et Otologie (Hors Dmla)	246 €	212,1%	0,8%	30,8 €	0,5%	21,7 €
	Produits De Diagnostic		-100,0%			0,2%	63,0 €
	Solutés Massifs	174 €	-53,9%	0,6%	43,4 €	1,4%	107,0 €
	Vaccins	157 €	115,0%	0,5%	8,7 €	0,3%	5,8 €
Vitamines Et Minéraux	631 €	26,2%	2,1%	24,3 €	1,5%	26,6 €	
TOTAL Autres	1 978 €	-17,2%	6,5%	61,8 €	5,8%	-	
Autres médicaments codés	2 €		0,0%	-	0,0%	-	
TOTAL médicaments codés	30 631 €	-6,1%	100%	928,2 €	100%	1 132 €	



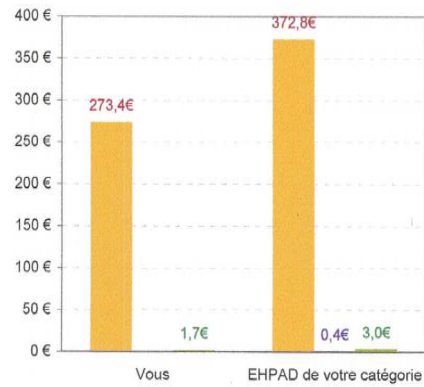
Les transports prescrits pendant le séjour en EHPAD

	VOUS					EHPAD de votre catégorie	
	Montants remboursés (en €)	Poids (du montant remboursé)	Nombre de trajets	Poids (du nombre de trajets)	Part de résidents* consommateurs	Poids (du nombre de trajets)	Part de résidents* consommateurs
Ambulance <i>dont % prescrit par votre EHPAD</i>	9 022 €	99,4%	119	97,5%	66,7%	96,1%	58,9%
VSL <i>dont % prescrit par votre EHPAD</i>	-	-	-	-	-	0,3%	0,6%
Taxi <i>dont % prescrit par votre EHPAD</i>	57 €	0,6%	3	2,5%	6,1%	3,4%	2,6%
Total	9 079 €	100%	122	100%	72,7%	100%	69,6%

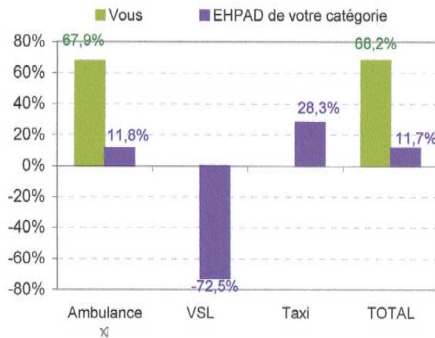
Répartition du nombre de trajets par mode de transports



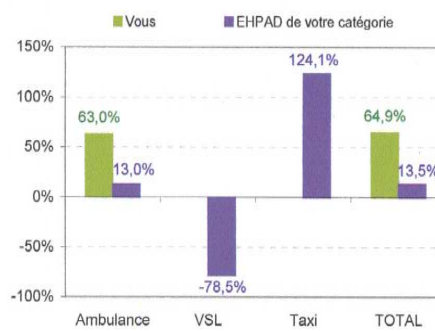
Montant moyen remboursé par résident*



Evolution du montant remboursé par mode de transports



Evolution du nombre de trajets par mode de transports



Les évolutions sont affichées uniquement lorsque le montant est supérieur à 500€ ou le nombre de trajets supérieur à 100.

* résidents parisiens du Régime Général hors SLM

Note méthodologique

Les données présentées dans ce document sont issues de SIAM ERASME.

Elles prennent en compte :

- les dépenses liées à l'activité des EHPAD parisiens
- relatives aux résidents parisiens du Régime Général hors Section Locales Mutualistes
- ayant séjourné en 2011 dans les EHPAD parisiens

Votre activité est comparée à celle de l'ensemble des EHPAD parisiens avec forfait partiel sans Pharmacie à Usage Intérieur

Annexe n°12 : Caractéristiques de la population hébergée en EHPAD

Dans l'attente de la publication, prévue à l'automne 2013, des résultats relatifs à l'année 2011 de l'enquête « EHPA » menée conjointement par la DREES et l'INSEE tous les quatre ans, les résultats des coupes PATHOS et les analyses régionales fournissent des éclairages assez précis sur le profil des résidents en EHPAD.

► En termes d'âge tout d'abord :

Age de la population hébergée en EHPAD sur la base des coupes PATHOS :

	2008	2009	2010	2011	2012
Age moyen	84,9	85,0	85,1	85,4	85,8
Proportion de femmes	74,4 %	74,8 %	75 %	76,6 %	74,8 %
% de femmes > 80 ans	83,4 %	83,6 %	84,4 %	85,1 %	86,0 %
% d'hommes > 80 ans	62,4 %	63,4 %	64,5 %	67 %	68,1 %

Source : CNSA, Bilan des coupes Pathos 2012

Ces résultats sont cohérents avec les résultats de la précédente enquête EHPA, portant sur l'année 2007 (qui indiquait un âge moyen des résidents en EHPAD de 84 ans et 9 mois et un âge moyen à l'entrée de 83 ans et 10 mois) et avec le phénomène bien documenté d'une entrée en EHPAD de plus en plus tardive, plus proche de la fin de vie, sous l'effet notamment de la politique de maintien à domicile mais aussi des coûts pour les familles de ces établissements.

On peut penser que cette tendance finira par buter sur un pallier : celui de la prévalence des pathologies démentielles qui rendent très difficile le maintien à domicile, et celui de la moindre disponibilité des aidants familiaux demain.

► **En termes de degré de dépendance**, les personnes classées en GIR 5 et 6 représentent 12 % de l'ensemble des résidents en 2012, proportion en diminution. Les personnes classées en GIR 1 et 2 représentent 54 % des résidents. L'enquête Handicap-Santé de la DREES réalisée en 2009 auprès de la population âgée résidant en institution (EHPAD, maisons de retraite ou USLD) indiquait une proportion de 48 %.

► **En termes d'état de santé**, la synthèse nationale des coupes PATHOS validées chaque année souligne le nombre élevé de pathologies par patient ainsi que la prévalence très forte et toujours croissante des démences, des troubles du comportement et de l'hypertension artérielle (cf. tableaux ci-dessous) ainsi que la proportion grandissante des résidents requérant des « soins médico-techniques importants » (SMTI) : 12,6 % des résidents en 2012, contre 8,5 % en 2008 ; rappelons qu'une personne est classée en SMTI quand son état impose une surveillance médicale rapprochée et une permanence infirmière 24h sur 24 - laquelle permanence infirmière est rarissime en EHPAD...

Certes, on ne peut exclure que ces statistiques incorporent un biais lié à l'apprentissage progressif, par les équipes des EHPAD comme par les médecins valideurs des ARS, du recensement et du codage des pathologies dans le référentiel PATHOS, d'autant que son utilisation à des fins

tarifaires pousse les établissements à rechercher l'exhaustivité de ce recensement. Toutefois, les proportions indiquées par ces coupes sont éloquantes.

PATHOS	2008	2009	2010	2011	2012
Nombre moyen de pathologies par patient	7,7	7,4	7,6	7,7	8,0
HTA %	52,6	54,4	55,9	56,2	58,8
Démence	49,4	51,9	53,5	53,4	54,5
Trouble du comportement	39,3	43,4	45,2	46,7	46,7
Etat dépressif	37,8	39,4	41,2	42,4	39,9
Syndrome abdominal	37,1	39,0	40,3	42,2	44,3
Insuffisance cardiaque	20,4	20,8	20,4	20,7	21,2
Dénutrition	15,6	18,4	21,6	23,2	25,2
Diabète	13,6	14,0	14,1	14	15,2

PATHOS	2008	2009	2010	2011	2012
Nombre d'EHPAD	1.291	2.476	1.110	380	908
Nombre de résidents	102 349	194 369	80 272	28 036	66 516
PMP	158	168	180	184	192
% SMTI	8,5	9,4	10,3	11,8	12,6

Source : CNSA, Bilan des coupes Pathos 2012

L'éclairage régional permet de compléter cette image.

Les validations des coupes PATHOS réalisées dans 50 EHPAD de la région Limousin de 2010 et 2012 pour 3851 personnes accueillies dans ces établissements montrent que¹⁰⁷ :

- 71 % des résidents ont plus de 80 ans ; cette proportion était moindre (68 %) sur la base des coupes réalisées en 2007-2008 mais reste en-deçà de la moyenne nationale.
- 15 % des résidents sont classés en SMTI, soit le double de ce qui avait été observé sur les coupes réalisées en 2007-2008 ; 3 % le sont au titre d'une « prise en charge psychiatrique de crise » (cette proportion était inférieure à 1 % en 2007-2008).
- 26 % des résidents sont, sans relever de la catégorie SMTI, indiqués comme « déments susceptibles d'être perturbateurs » ; cette proportion était de 20 % en 2007-2008.
- 26 % des résidents présentent des « pathologies chroniques stabilisées » ; il est intéressant de noter que cette proportion a diminué depuis les coupes de 2007-2008 (elle était alors de 35 %).
- L'analyse des états pathologiques les plus fréquents (cf. tableau ci-après) confirme l'accroissement des syndromes digestifs et abdominaux d'une part ; l'importance et la progression des troubles du comportement et des pathologies psychiatriques d'autre part.

- Le caractère poly-pathologique de cette population est comparable aux données nationales : 8,3 pathologies en moyenne par résident sur les coupes de 2010-2012 (la moyenne était de 6,9 sur les coupes de 2007-2008).
- Quant aux types de soins requis : les « **soins médicaux psychiatriques continus** » (profil P2) représentent 7 % de l'ensemble des 31.836 profils mais **47 % des résidents ont présenté ce profil au moins une fois**. Dans un autre domaine, la rééducation fonctionnelle allégée (profil R2) représente 3 % des profils mais 23 % des résidents ont présenté ce profil au moins une fois ; la rééducation fonctionnelle lourde (profil R1) est beaucoup plus marginale (0,2 % des profils et 1,5 % de résidents au cours de la période). La « surveillance programmée » (profil S1) concerne les ¾ des profils.

Etats pathologiques les plus fréquents dans la population analysée lors de la validation des coupes Pathos en région Limousin :

Proportion des résidents présentant l'état pathologique indiqué dans la population analysée	Validations réalisées de 2010 à 2012 (50 EHPAD, 3851 personnes)	Validations réalisées de 2007 à 2008 (61 EHPAD, 4950 personnes)
insuffisance cardiaque	26 %	25 %
coronaropathie	23 %	21 %
hypertension artérielle	53 %	50 %
AVC	14 %	13 %
syndromes abdominaux	44 %	32 %
syndromes digestifs hauts	34 %	26 %
pathologie de la hanche	15 %	14 %
troubles chroniques du comportement	52 %	35 %
syndromes démentiels	55 %	43 %
états dépressifs	48 %	45 %
états anxieux	33 %	29 %
psychoses, délires et hallucinations	13 %	14 %

Source : ARS Limousin, extrait de la base GALAAD

Annexe n°13 : Extrait du contrat de séjour élaboré par le CCAS de la Ville de Paris pour des EHPAD en tarif global sans PUI

Nature de la prise en charge - Soins et surveillance médicale

« Description de la prise en charge » :

L'EHPAD assure une surveillance paramédicale 24h/24 : dispositif d'appel d'urgence, veille de nuit. L'établissement dispose d'un médecin coordonnateur et/ou de médecins traitants : leur activité comprend un temps de présence effective et un temps d'astreinte.

Le médecin coordonnateur de l'établissement est notamment chargé :

- de la coordination avec les prestataires de santé externes qui interviennent auprès des résidents de l'établissement : professionnels de santé libéraux, établissements de santé, secteur psychiatrique, services d'hospitalisation à domicile, etc
- de l'organisation de la permanence des soins, en particulier la nuit et le week-end,
- du dossier médical.

Sur prescription médicale, les prestations suivantes sont assurées sur place : pédicurie, kinésithérapie, orthophonie, séances de psychomotricité et d'ergothérapie (*liste à moduler selon les établissements*). Les professionnels attachés à l'établissement qui assurent ces prestations sont diplômés d'Etat.

Prestations incluses dans le forfait soins de l'EHPAD :

Ces prestations sont les suivantes :

- les soins médicaux dispensés par les médecins traitants salariés de l'établissement,
- la rémunération sur la base du tarif conventionnel de secteur 1 du médecin traitant s'il intervient à titre libéral. S'il est fait appel à un médecin traitant conventionné en secteur 2, le dépassement d'honoraires pratiqué par ledit praticien restera à la charge de la personne accueillie,
- les soins paramédicaux dispensés par les auxiliaires médicaux salariés de l'établissement,
- les honoraires des auxiliaires médicaux intervenant à titre libéral auprès de la personne accueillie sur prescription (masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes), sur la base des tarifs conventionnels,
- les examens de biologie,
- les examens de radiologie autres que ceux nécessitant un équipement lourd (IRM et scanner).

Prestations exclues du forfait soins de l'EHPAD :

(...) En ce qui concerne les médicaments, la personne accueillie a le libre choix de son pharmacien.

Toutefois, en application de l'article L.512-6-1 du code de santé publique, le CASVP peut passer une convention avec une pharmacie de référence qui assure la livraison et le cas échéant, la préparation des médicaments prescrits au bénéfice des résidents qui ne peuvent ou ne souhaitent pas s'occuper eux-mêmes de cet approvisionnement. Les conditions de cette préparation et de cette délivrance de produits pharmaceutiques font l'objet d'une information et d'un accord spécifique de la personne accueillie. Ces documents sont joints en annexe au contrat de séjour.

Choix du médecin traitant :

La personne accueillie a le libre choix de son médecin traitant :

elle choisit comme médecin traitant le Dr....., médecin salarié de l'établissement.

elle choisit comme médecin traitant le Dr....., praticien extérieur à l'établissement, intervenant à titre libéral, dont les coordonnées figurent ci-après :
.....

Dans ce cas, la personne accueillie est informée qu'un contrat doit être signé entre le médecin traitant exerçant à titre libéral et l'EHPAD.

Le choix du médecin traitant peut être modifié à tout moment par la personne accueillie par courrier adressé au directeur de l'EHPAD.

Choix du masseur-kinésithérapeute :

La personne a le libre choix de son masseur-kinésithérapeute :

elle choisit comme masseur-kinésithérapeute M....., masseur-kinésithérapeute salarié de l'établissement.

elle choisit comme masseur-kinésithérapeute M....., masseur-kinésithérapeute extérieur à l'établissement, intervenant à titre libéral, dont les coordonnées figurent ci-après :
.....
....

Dans ce cas, la personne accueillie est informée qu'un contrat doit être signé entre le masseur-kinésithérapeute exerçant à titre libéral et l'EHPAD.

Le choix du masseur-kinésithérapeute peut être modifié à tout moment par la personne accueillie par courrier adressé au directeur de l'EHPAD. »

Annexe n°14 : Nombre de médecins traitants et masseurs kinésithérapeutes intervenant dans les établissements étudiés par la mission

EHPAD	Capacité (HP)	Option tarifaire (2012)	Nombre de médecins traitants libéraux (2012)	Evolution sur les 3 dernières années	Nombre de masseurs-kinés. libéraux	Evolution sur les 3 dernières années	Médecins traitants salariés	Rattachement hospitalier
EHPAD EN TARIF PARTIEL								
N°1	97	TP avec PUI	8	stable	5	stable	non	oui
N°2	72	TP sans PUI	25		2		non	non
N°3	64	TP sans PUI	19	stable	3	stable	non	direction commune
N°4	79	TP sans PUI	36	+1	7	+2	non	non
N°5	77	TP sans PUI	19	stable	11		non	non
N°6	75	TP sans PUI	38		3		non	non
N°7	94	TP sans PUI	19 (dont 4 suivant 80 % des résidents)		9		non	non
N°8	45	TP sans PUI	23		1 cabinet		non	non
N°9	138	TP sans PUI	11	+3	4	+1	non	non
N°10-A	144	TP avec PUI	16	-2	1	stable	non	oui
EHPAD EN TARIF GLOBAL								
N°10-B	110	TG avec PUI	0		0		oui	oui
N°11	350	TG avec PUI	0		0		oui	oui
N°12	102	TG sans PUI	9	stable	2	stable	oui (PH)	non
N°13	70	TG avec PUI	29		3		non	non
N°14	80	TG sans PUI	40	stable	6	stable	non	non
N°15	80	TG sans PUI	6	-1	2	stable	non	non
N°16	106	TG avec PUI	6	stable	0 (MK salarié + AS senior formée pour aide à la marche)		non	oui
N°17	105	TG sans PUI	18	-6	7	stable	non	non
N°18	270	TG avec PUI	0		9	+4	oui	non
N°19	37	TG sans PUI	3	stable	2	stable	non	non
N°20 (ensemble de 13 EHPAD)	Moy:152 (min: 84 ; max:325)	TG dont 5 avec PUI	entre 0 et 2 (sauf pour 1 EHPAD: 11ML)	Stable ou -3 / -4 selon situations	entre 1 et 5	stable (-2 dans un cas)	oui	non
N°21	286	TG avec PUI	0		3	stable	oui (PH)	non
N°22	228	TG avec PUI	0		1		oui (PH)	non
N°23	102	TG avec PUI	0		2		oui (PH)	non

Source : Mission IGAS sur la base des monographies d'EHPAD

Annexe n°15 : Extrait des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM concernant l'hospitalisation des personnes hébergées en EHPAD

Organiser les liens avec l'hôpital en cas d'hospitalisation du résident : Recommandations de l'ANESM¹⁰⁸

Concernant les hospitalisations en urgence

- Tenir à jour le dossier de liaison des urgences (DLU) en l'actualisant à la suite des épisodes aigus, et au moins une fois par an, afin de pouvoir transmettre ces premiers éléments immédiatement à l'hôpital.
- Envoyer les éléments complémentaires de dossier dès que possible.

Concernant toute hospitalisation programmée ou non

- Établir les modalités de transmission du dossier du résident de l'Ehpad vers l'hôpital :
 - les informations médicales : le motif de la demande d'hospitalisation, les principales pathologies en cours, le traitement et le degré d'adhésion du résident au projet de soins ;
 - les informations paramédicales : les potentialités du résident, les aides nécessaires, les aides matérielles apportées par le résident (prothèses auditives, lunettes, prothèses dentaires, déambulateur...) ;
 - les informations essentielles liées à son accompagnement : les liens avec ses proches, les habitudes de vie importantes pour le résident même à l'hôpital.
- Anticiper l'organisation du retour de l'hôpital :
 - en précisant les limites des possibilités de prise en charge médicale de l'Ehpad afin que les besoins de soins puissent être couverts ;
 - en donnant les coordonnées d'une personne à joindre au téléphone ou par mail pour organiser conjointement le retour dans l'Ehpad dès qu'il est possible dans de bonnes conditions pour le résident ;
 - en demandant à l'hôpital d'envoyer le compte rendu d'hospitalisation au médecin traitant mais aussi au médecin coordonnateur ;
 - en demandant à l'hôpital une fiche de transmission infirmière afin d'éviter toute discontinuité dans la poursuite des soins si besoin ;
 - en demandant à l'hôpital de transmettre également les coordonnées du cadre et/ou d'un médecin pour que l'équipe infirmière de l'Ehpad puisse avoir tous les renseignements nécessaires si le médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur ne sont pas présents lors du retour du résident et/ou si le médecin hospitalier n'est pas joignable.
- Analyser une fois par an, lors de l'écriture du rapport d'activité médicale, les hospitalisations :
 - les motifs d'hospitalisation : les hospitalisations liées directement à la gravité des

pathologies, celles liées à des défauts de moyens au niveau de l'Ehpad ou du territoire, celles liées à la demande d'un proche ou du médecin traitant ;

--le devenir du résident hospitalisé : retour à l'Ehpad, changement d'établissement, décès ;

--l'impact de l'hospitalisation, positif ou négatif, sur l'autonomie du résident ;

--le taux de réhospitalisation et le délai entre deux hospitalisations ;

--les conditions et les limites de prise en charge médicale lors du retour à l'Ehpad ;

--les causes d'hospitalisations retardées/tardives et leurs conséquences.

- Recueillir l'avis des résidents et des proches sur les conditions d'hospitalisation et de retour dans l'Ehpad (par des entretiens, lors de réunions du CVS...).
- Proposer des rencontres régulières entre le médecin coordonnateur et les services concernés pour :
 - formaliser une convention entre l'Ehpad et l'hôpital ou échanger sur son contenu et ses modalités d'application en vue de la faire évoluer autant que de besoin ;
 - présenter l'Ehpad aux professionnels concernés des services hospitaliers ;
 - proposer ou participer à des réunions de retour d'expérience dédiées à l'amélioration des pratiques .../...

Annexe n°16 : L'assistance pharmaceutique dans les établissements médico-sociaux fribourgeois

Extrait de : *La Revue Prescrire*, août 2012, tome 32, n°346

Assistance pharmaceutique dans les établissements médico-sociaux (EMS) fribourgeois : suivi de l'impact

Introduction. En 2002, un nouveau service d'assistance pharmaceutique pour la gestion des thérapies en EMS a été mis en place dans 42 EMS (2 200 résidents) du canton de Fribourg, Suisse (a)(1). La modification de la loi sanitaire du canton en 2000 a permis une reconnaissance de ce nouveau service par les autorités cantonales ainsi qu'une définition claire de son application. Ce nouveau concept promeut une utilisation rationnelle des médicaments en EMS grâce à une collaboration locale entre médecins, pharmaciens, infirmières et directeurs administratifs des institutions. La rémunération du pharmacien responsable se fait sur la base d'un forfait par résident et par jour (0,65 euro) indépendant du prix et du volume des médicaments livrés aux EMS.

La fonction d'"assistance pharmaceutique" est définie par un cahier des charges et une formation post-graduée spécifiques. Le pharmacien assure notamment un suivi de la consommation en médicaments basée sur l'intérêt du patient et le principe d'économie. Il identifie des priorités de rationalisation et anime la réflexion jusqu'à la définition et l'application d'un meilleur consensus thérapeutique.

Au niveau économique. La démarche permet non seulement d'homogénéiser les pratiques au sein même des EMS, mais également de maîtriser l'évolution du coût des traitements médicamenteux dans les limites du forfait accordé par les assureurs (b).

Les analyses statistiques (test de Chow et régressions linéaires) réalisées sur les données 1998 à 2006 lors d'un travail de doctorat sur le thème de l'assistance pharmaceutique dans les EMS fribourgeois, ont permis de démontrer que la diminution observée est statistiquement significative ($p < 0,001$)(1).

Autres aspects très importants mis en évidence dans ce travail. Pendant cette même période, une baisse significative de la mortalité a été observée, et aucune hausse des hospitalisations. La rationalisation de l'usage des médicaments ne s'est donc pas faite au détriment de la qualité de vie des résidents et n'a pas déplacé les coûts vers le milieu hospitalier.

Autres apports bénéfiques du système. L'analyse des prescriptions médicales a confirmé l'utilisation fréquente des médicaments psychotropes (neuroleptiques, antidépresseurs, tranquillisants, somnifères notamment) mais aussi l'hétérogénéité des pratiques d'un EMS à l'autre.

Pour une meilleure prise en charge médicamenteuse des patients âgés déments dans les EMS fribourgeois, le groupe de recherche de l'Université de Genève et de la Polyclinique médicale universitaire a élaboré des recommandations de bonnes pratiques. Se basant sur des revues systématiques de la littérature scientifique, 3 algorithmes de traitements consacrés à la dépression, à l'insomnie et à l'agitation ainsi que 2 algorithmes s'intéressant aux démences et à l'état confusionnel aigu ont été réalisés, en toute indépendance.

Un symposium interdisciplinaire organisé spécifiquement à l'attention des médecins, pharmaciens et infirmiers exerçant dans les EMS ainsi que des publications dans des journaux médicaux ont permis de diffuser ces recommandations (2,3).

Depuis 2006, 3 autres symposiums interdisciplinaires ont été organisés, permettant d'améliorer la prise en charge du résident en EMS : "Soulager la douleur en EMS : un projet interdisciplinaire et un droit pour les résidents" ; "6 ans d'assistance pharmaceutique dans les EMS fribourgeois : succès du travail en commun et défis à venir" ; "L'erreur est humaine mais... comment limiter le risque médicamenteux pour les personnes âgées ?".

Conclusions. Le programme d'assistance pharmaceutique permet depuis 2002 de maîtriser les coûts, sans a priori toucher à la qualité de vie des résidents, et d'encourager la formation continue interdisciplinaire. Le futur envisage la consolidation des premiers acquis ainsi qu'une approche plus spécifique sur des cas individuels d'EMS ou de patients particuliers ; un projet-pilote d'analyses de médicaments ("medication reviews") de patients et une analyse des risques d'erreurs médicamenteuses sont projetés dès 2010. L'organisation de symposiums et de formations interdisciplinaires sera également poursuivie à l'avenir.

Locca JF (1,2), Ruggli M (3), Bugnon O (1,2,3)

Tiré de *Rev Prescrire* 2010 ; 30 (325) : 866.

1) Unité de Pharmacie communautaire, Section des Sciences pharmaceutiques, Université de Genève et Université de Lausanne, Suisse
2) Pharmacie de la Polyclinique Médicale Universitaire (PMU), Lausanne, Suisse
3) PharmaSuisse, Bern-Liebfeld, Suisse
Adresse de contact : olivier.bugnon@hospyd.ch

1- Locca JF, Ruggli M, Buchmann M, Huguenin J and Bugnon O "Development of pharmaceutical care services in nursing homes : Practice and research in a Swiss canton" *Pharm World Sci* 2009 ; 31 : 165-173.

2- Locca JF, Bula C, Zumbach S and Bugnon O "Pharmacological treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) in nursing homes: development of practice recommendations in a Swiss canton" *JAMDA* 2008 (Jul) ; 9 (6) : 439-448.

3- Locca JF, Bula C, Zumbach S et Bugnon O "Du délirium au syndrome démentiel : prise en charge médicamenteuse dans les EMS fribourgeois" *Rev Med Suisse* 2007 ; 3 : 2519-2530.

a- NDLR : les établissements médico-sociaux (EMS) suisses sont des établissements de séjour pour personnes âgées.
b- NDLR : nous avons déjà présenté l'impact économique de l'assistance pharmaceutique dans les EMS suisses : Ruggli M, Locca JF, Bugnon O "Assistance pharmaceutique dans les établissements médico-sociaux suisses : impact de ce nouveau service" *Rev Prescrire* 2009 ; 29 (304) : 146-147.

Annexe n°17 : Extraits de quelques monographies d'EHPAD

Ces monographies fournissent non un compte-rendu exhaustif des entretiens et questionnaires mais mettent en exergue certains points intéressants et représentatifs des problématiques d'organisation des soins en EHPAD. L'auteur de ce rapport présente, sans les reprendre nécessairement à son compte, les propos et analyses des interlocuteurs rencontrés dans ces établissements.

EHPAD n°1, situé en milieu urbain à forte densité médicale	
Statut	Privé non lucratif
Capacité installée en HP	37 places
Nb de résidents au 31/12/2012	36
GMP validé	786
PMP validé	215 (avril 2008)
Date dernière convention	1 ^{er} janv 2009
Tarif de soins	TG (effectif depuis le 1/01/2011) sans PUI
Dotations de soins 2012 sans CNR	618.737 € (100 % du plafond)
Montant des CNR	26.700 € + un crédit exceptionnel de 42 000 € / ansur 5 ans. Soit des CNR représentant au total 11 % de la dotation reconductible.
Nb de ML intervenants	1 à 3 (1 médecin prenant en charge la quasi-totalité des résidents). Réduction sous l'effet de la signature du contrat de coordination.
Nb de MK intervenants	1 à 2
Dépense de médicaments	578 € /résident /an. Soit 1,60 €/résident/jour.
Nombre de résidents hospitalisés au moins 1 fois sur l'année	17 (i.e. un peu moins de la moitié des résidents)
Nombre de séjours hospitaliers	17
...dont séjours de durée ≤ 3 jrs	3
...dont séjours de durée ≥ 20 jrs	1 (20 jrs)
Nombre total de journées d'hospitalisation	230 j (= 6,4 j / résident)
Décès survenus à l'hôpital	3
Personnel de soins	15,6 ETP dont un médecin coordonnateur (gériatre et PH) pour 0,2 ETP. Soit un ratio de 0,45 ETP / place.

Raison du passage au tarif global : pouvoir maintenir le niveau de ressources de l'établissement dans le contexte de la convergence en considérant les contraintes induites par une organisation sur six étages en termes de ratio d'encadrement. La convergence dans le cadre du TP imposait une refaçon de 150.000 € sur un budget de soins de 644 000 € en 2010 ; le caractère peu soutenable de cette trajectoire se traduisait alors par d'importants CNR alloués par l'ARS. « Les règles de l'équation tarifaire pénalisent les petites structures, a fortiori lorsqu'elles font face à de fortes contraintes architecturales ».

1. Organisation des soins

- Personnel soignant

Présence chaque jour de 7 AS/AMP et d'1 IDE, outre le cadre de santé. L'organisation des roulements suppose donc un effectif total de 12 ETP d'AS/AMP et de 2 ETP d'IDE (outre le cadre de santé). Présence la nuit de 2 AS (pas d'astreinte infirmière). « Le ratio global de personnel soignant n'a guère de sens : il faut raisonner en termes d'équipes de jour, de nuit et de week-end ».

- Médecin coordonnateur

Le médecin coordonnateur, présent à raison d'1 jour par semaine, est un gériatre avec une capacité en géronto-psychiatrie, par ailleurs praticien hospitalier. Très engagé dans la définition du « juste soin », dans la lutte contre la iatrogénie et la coordination des soins auprès de la population hébergée, le médecin coordonnateur est réellement positionné comme garant des bonnes pratiques. Par ailleurs, il réalise deux coupes Pathos chaque année afin de disposer, en interne, d'une image continue du profil des résidents.

- Médecins traitants

L'EHPAD travaille principalement avec un médecin libéral qui adhère aux principes et objectifs de l'établissement et vient une journée par semaine (le jour de présence du médecin coordonnateur, ce qui facilite grandement la communication) pour effectuer l'ensemble de ses consultations auprès de la plupart des 37 résidents, suivies d'un temps de transmission avec le médecin coordonnateur. Ce praticien exerçant en secteur II, le tarif de ses consultations a été négocié avec le directeur de l'EHPAD. Une évolution envisagée de cette organisation, en raison des contraintes de disponibilité du médecin libéral, pourrait consister à passer à des consultations toutes les deux semaines, avec des prescriptions non plus mensuelles mais trimestrielles, le médecin coordonnateur prenant le relais du suivi médical dans l'intervalle.

Ce resserrement autour d'un médecin traitant tient surtout au contrat de coordination, l'établissement ayant été ferme sur sa signature, et à la satisfaction trouvée dans la coopération entre ce praticien et l'établissement.

S'agissant des résidents suivis par d'autres médecins traitants, le degré d'information de l'établissement est beaucoup plus réduit (consultation souvent effectuée sans information préalable de l'établissement et sans passage par le bureau infirmier, absence de dialogue entre ceux-ci et le médecin coordonnateur sur les prescriptions).

- Médicaments

La consommation de médicaments fait l'objet d'une stratégie de rationalisation et de modération (pas de neuroleptiques sauf pour les patients psychiatriques, dialogue positif sur la prescription de médicaments entre le médecin coordonnateur gériatre et le médecin traitant de référence, suivi des recommandations de bonnes pratiques et des pratiques hospitalières, réévaluation régulière des traitements). Les effets observés d'une moindre médication sont jugés très positifs (meilleur équilibre personnel des résidents, modération des troubles) mais cela suppose un discours clair et une sensibilisation des familles dès la visite de pré-admission, puis une vigilance et un encadrement humain importants tout au long du séjour.

Avec des prescriptions de 4,3 médicaments par résident en moyenne (et quelque 5,6 pathologies par résident), l'établissement affiche une consommation réellement modérée dans le secteur, pour une dépense remboursée de 578 € /résident /an, soit 1,60 €/résident/jour en 2011 (selon le profil fourni par la CPAM), en deçà des moyennes sectorielles.

- Kinésithérapie

Conséquence du passage au TG, « on a mis fin, en un an, à la kiné de confort (la 'trottinothérapie') en s'appuyant sur le médecin traitant de référence, qui ne renouvelle pas automatiquement toutes les prescriptions, exercice délicat et difficile dans les relations avec les professionnels concernés ». Le moindre recours aux actes de kinésithérapie a conduit à mettre

l'accent sur d'autres approches : une « reverticalisation » des personnes, le développement d'un atelier de marche avec l'aide des personnels soignants, cependant que les interventions des masseurs-kinésithérapeutes étaient recentrées sur des exigences spécifiques comme la kinésithérapie respiratoire ou la prise en charge de la maladie de Parkinson. La dépense de soins de MK financée sur le budget de l'EHPAD était en 2012 de 5 916 € soit 160 €/résident en moyenne, à comparer à 559 € en base de remboursement selon les calculs de coûts moyens nationaux de la CNAMTS et à 915 € selon les calculs des CPAM d'Ile de France (pour les EHPAD en TP sans PUI). La contrepartie est l'impossibilité pour l'établissement de prendre en charge des rééducations lourdes, pour une fracture du fémur par exemple, qui imposeront un transfert en service de SSR.

- Dispositifs médicaux

Le souci de rationalisation touche aussi les dispositifs médicaux : pas de contention sauf nécessité de barrière la nuit sur prescription médicale ou sur demande du patient, « ce qui suppose aussi d'avoir davantage de places adaptées aux patients Alzheimer ».

- Vigilance quant au type de pathologies prises en charge

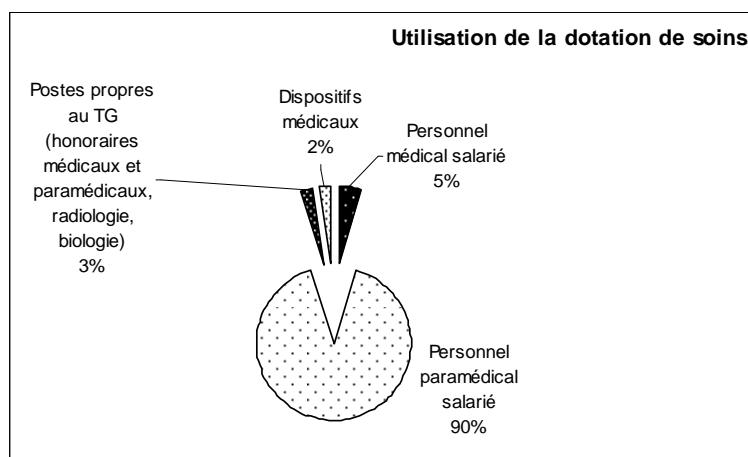
La maîtrise d'un budget de soins suppose enfin, dès l'admission, « d'être raisonnable quant au type de pathologies prises en charge » : certes la logique du PMP et du GMP incite à admettre des résidents aux profils plus sévères mais cette logique rencontre une limite dans la charge supportée par les personnels soignants ; les personnes âgées en GIR 2 sont de plus en plus nombreuses parmi les nouveaux admis mais l'établissement ne peut accueillir des personnes présentant un trop grand nombre de pathologies chroniques, ou un besoin d'oxygène, de pansement complexe ou encore de mesure d'INR ; à l'inverse, la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique ne soulève pas de difficultés.

La mission des EHPAD connaît une ambiguïté fondamentale aujourd'hui : selon les circonstances et les interlocuteurs, l'EHPAD passe pour l'équivalent du domicile individuel ou doit se conformer à des exigences de soins et d'hygiène comparables à ceux d'un établissement de santé... « L'EHPAD comme simple lieu d'hébergement est de plus en plus à nuancer ».

2. Aspects budgétaires

La gestion du budget de soins rencontre deux types de difficultés :

- quant aux règles de calcul de la dotation : la difficulté d'une politique fondée sur la modération des prescriptions - qu'il s'agisse de médicaments ou d'actes de rééducation - est sa valorisation incertaine par le référentiel Pathos (« comme si la moindre prescription faisait disparaître la pathologie ») alors même que cela exige un ratio d'encadrement conséquent en personnel soignant ;
- quant à la procédure budgétaire formelle : la procédure d'approbation de budgets prévisionnels et d'allocation de ressources inutilement est lourde et redondante, d'autant que les arrêtés de comptes des autorités tarifaires sont tardifs ; le cloisonnement des logiques de financement des EHPAD est de plus en plus inefficace ; le tableau des effectifs est déresponsabilisant.



Les CNR alloués à l'établissement en 2012 ont été affectés comme suit :

- financement d'HAD (6 700 €)
- financement de deux contrats de professionnalisation (20 000 €)
- couverture de frais financiers (cf. article D.314-205 CASF) : 210 000 € pour 5 ans.

Structure des effectifs de soins de l'EHPAD (en ETP) au 31/12/2012	
PERSONNEL MEDICAL ET PHARMACIE	
Médecin coordonnateur (gériatre et praticien hospitalier)	0,2
Médecin traitant	
Pharmacien	
PERSONNEL PARAMEDICAL SOIGNANT	
Infirmier diplômé d'Etat	2
Masseur-kinésithérapeute	
Aide-soignant	11
Aide médico-psychologique	1
Psychomotricien, rééducateur en psychomotricité	
Ergothérapeute	
Diététicien	
Autre	
PERSONNEL D'ENCADREMENT PARAMEDICAL (cadre de santé)	1
PSYCHOLOGUE	0,4
TOTAL ETP	15,6
Ratio par place	0,45

EHPAD n°2, situé en milieu urbain à forte densité médicale	
Statut	Privé commercial (membre d'un groupe national).
Capacité installée en HP	45
Nb de résidents au 31/12/2012	41
GMP validé	775 (Octobre 2012)
PMP validé	193 (Juin 2010)- Présence de résidents avec alimentation parentérale.
Date dernière convention	1 ^{er} / 01/ 2013
Tarif de soins	TP sans PUI
Dotation de soins 2012 sans CNR	544 099 € (99 % du plafond)
Montant des CNR	69 000 € (soit 12,7 % de la dotation reconductible)
Nb de ML intervenants	23
Nb de MK intervenants	1 cabinet ; nombre de MK variable, ajusté à la demande.
Dépense de médicaments	769 € / résident / an. Soit 2,11 € / résident / jou. (Source : CPAM, Profil EHPAD 2011)
Nombre de résidents hospitalisés au moins 1 fois sur l'année	22 (i.e. un peu plus de la moitié des résidents)
Nombre de séjours hospitaliers	36. Avec une durée moyenne de séjour de 8,9 jrs.
...dont séjours de durée ≤ 3 jrs	
...dont séjours de durée ≥ 20 jrs	
Nombre total de journées d'hospitalisation	319 journées (= 7,8 jours par résident)
Décès survenus à l'hôpital	4 des 14 décès survenus en 2012.
Personnel de soins	202 ETP. Soit un ratio de 0,45 ETP / place. Avec abondement par les ressources du groupe.

1. Organisation des soins :

- Personnel soignant

Le bon fonctionnement d'un EHPAD repose d'abord sur son personnel infirmier : « Quand les IDE vont bien, l'établissement va bien ». Ce sont les IDE, plus que le médecin coordonnateur, qui assurent dans la mesure du possible la liaison avec les médecins traitants et peuvent les alerter sur les difficultés de tel ou tel traitement. Ce sont les IDE également, et le cadre de santé, qui gèrent les allers et retours avec l'hôpital. Ici l'effectif de 2 IDE (outre le cadre de santé) se partage des roulements de 12 heures.

Le nombre d'AS et AMP élevé (15,6 ETP au lieu des 10 ETP prévu dans la convention tripartite) est dû à l'abondement apporté par le groupe ; il est donc indirectement financé par les recettes d'hébergement de cet établissement privé aux tarifs extrêmement élevés. « Cela permet d'avoir un ratio d'encadrement de personnel de soins (0,45 par place) digne d'un établissement en tarif global ; cela allège la pression sur les personnels et les temps de toilette ». Est ainsi assurée la présence de 6 soignants chaque jour (répartis sur plusieurs étages) et de 2 aides-soignantes la nuit ; ces dernières, en cas d'urgence, font appel à SOS médecin.

- Médecin coordonnateur et médecins traitants

Le médecin coordonnateur nouvellement arrivé, médecin libéral par ailleurs, est présent dans l'établissement deux matinées par semaine et un samedi par mois. Il se positionne sur une fonction d'appui et de formation auprès des personnels soignants ; il ne discute pas en revanche des prescriptions avec ses confrères libéraux.

La relation avec les 23 médecins traitants (pour 40 résidents, tous issus du quartier) est compliquée. « La commission de coordination gérontologique n'a jamais pu être réunie, quelle que soit l'heure proposée »; sur la question de la iatrogénie médicamenteuse, l'EHPAD a fait l'objet d'une sensibilisation de la part de la CPAM « mais on est impuissant ». Aucun médecin traitant n'a signé le contrat de coordination : « ce fut une vraie déception car l'établissement attendait de cette contractualisation des progrès en termes de traçabilité et de tenue du dossier médical des résidents, en termes d'observance des règles de la maison mais aussi en termes de modération des dépassements d'honoraires ». La tenue du dossier médical (informatisé) reste problématique et repose largement sur les IDE à partir des ordonnances déposées par les médecins traitants.

- Kinésithérapie

Les masseurs kinésithérapeutes ont en revanche tous signé le contrat de coordination (« avoir pour interlocuteur un seul cabinet facilite grandement les choses à cet égard ») et ils participent activement à l'élaboration du projet personnalisé de soins des résidents. Les transmissions sont également facilitées par l'utilisation d'un même logiciel de tenue des dossiers de soins, dans l'EHPAD et dans le cabinet de kinésithérapie. « Disposer d'un kiné salarié apparaît néanmoins comme une option intéressante ».

- Médicaments

S'agissant de la fourniture en médicaments, l'EHPAD est approvisionné par la pharmacie référente retenue par le groupe pour tous ses établissements de la région (préparation, blistérisation...), « ce qui n'empêche pas de pouvoir faire appel, en urgence, à un autre pharmacien d'officine ». Le groupe n'a pas mis en place de liste préférentielle médicaments.

- Hospitalisations

« Le recours à l'hôpital fait partie intégrante de l'organisation des soins : en cas de doute, on appelle le SAMU immédiatement, on n'hésite pas...Mais on cherche à récupérer les résidents assez rapidement pour éviter une dégradation de leur état au retour » (problème de dénutrition notamment).

- Mission des EHPAD

On observe un raccourcissement de la durée de vie des résidents. La dimension de vie sociale demeure mais elle s'amointrit : seuls 4 ou 5 des 40 résidents sont en mesure de participer à une sortie culturelle ou sociale, fut-ce avec un taux encadrement de 2 accompagnants pour 1 résident.

2. Analyse de la dépense de soins et gestion budgétaire

La consommation de soins de ville des résidents n'est connue du responsable de l'EHPAD que par l'image qu'en offre le récapitulatif annuel présenté par la CPAM : en 2012 présentation en a été faite au directeur de l'EHPAD et au cadre de santé, à laquelle le médecin coordonnateur n'a toutefois pu assister.

Le profil de dépense de 2011, transmis par la CPAM, faisait ressortir un montant remboursé par résident nettement supérieur aux EHPAD de même catégorie pour les soins de MK (2343 € vs 1638 €), de même que pour les matériels de la LPP (167 € vs 66 €), ainsi qu'un plus fort recours aux ambulances parmi les modes de transport (99 % des transports prescrits). La dérive sur les ambulances a pu être corrigée depuis, grâce à la sensibilisation du cadre de santé et des IDE.

Les CNR reçus par l'établissements ont été utilisés pour le renouvellement de matériel coûteux (lève-malades) et pour des actions de formation.

Structure des effectifs de l'EHPAD (en ETP) au 31/12/2012	
PERSONNEL MEDICAL ET PHARMACIE	
Médecin coordonnateur	0.3
Médecin traitant	
Pharmacien	
PERSONNEL PARAMEDICAL SOIGNANT	
Infirmier diplômé d'Etat	2
Masseur-kinésithérapeute	
Aide-soignant	13
Aide médico-psychologique	2,6
Psychomotricien, rééducateur en psychomotricité	0.7
Ergothérapeute	
Diététicien	
PERSONNEL D'ENCADREMENT PARAMEDICAL (cadre de santé)	1
PSYCHOLOGUE	0.6
TOTAL ETP	20,2
Ratio par place	0,45

EHPAD n° 3, situé sur une petite commune, dans une zone de densité médicale moyenne	
Statut	Public hospitalier
Capacité installée en HP	105
Nb de résidents au 31/12/2012	105
GMP validé	755 (octobre 2012)
PMP validé	239 (2009)
Date dernière convention	Effet au 1 ^{er} / 07 / 2009
Tarif de soins	Global sans PUI
Dotations de soins 2012 sans CNR	1 709 582,97 €
Montant des CNR	0
Nb de ML intervenants	18 (diminution d'environ un tiers sur les 3 dernières années)
Nb de MK intervenants	7 (nombre stable sur les 3 dernières années)
Dépense de médicaments	?
Nombre de résidents hospitalisés au moins 1 fois sur l'année	42
Nombre de séjours hospitaliers	55
...dont séjours de durée ≤ 3 jrs	16
...dont séjours de durée ≥ 20 jrs	7
Nombre total de journées d'hospitalisation	594 (= 5,6 jours par résident)
Décès survenus à l'hôpital	4 sur 33, soit 12 %
Personnel de soins	46,7 ETP soit 0,44 ETP par place

1. Organisation des soins

- Médecins traitants et autres professionnels de santé libéraux

Le cadre de santé est la pierre angulaire de la prise en charge du résident. Il est le partenaire privilégié du médecin coordonnateur, ainsi que du psychologue et des autres professionnels paramédicaux (ergothérapeute par exemple) ; il fait la liaison entre la direction, les résidents et leurs familles, l'équipe soignante, l'équipe hôtelière et logistique, les intervenants extérieurs, en veillant à la qualité des prestations (il est ainsi très impliqué dans la prévention de la dénutrition). Il fait partie intégrante de la direction de l'EHPAD.

L'établissement dispose d'un ratio d'encadrement soignant moyen. Un fonctionnement optimal supposerait un mi-temps de médecin traitant salarié (gériatre), un mi-temps de psychomotricien, un assistant social une journée par semaine, un professeur d'activités physiques adaptées (le recours à ce professionnel dans un autre EHPAD avait été très apprécié par les familles et les soignants ; il se substituerait au mi-temps de masseur-kinésithérapeute prévu à la convention tripartite mais impossible à pourvoir), un léger renforcement en aides-soignants et quelques animateurs supplémentaires (qui de facto font partie de l'équipe soignante pour cette population). Ce qui porterait le taux d'encadrement global – au-delà du budget de soins stricto sensu de soins – à 0,95.

Dans le cadre du tarif global, le rôle des professionnels soignants salariés est renforcé vis-à-vis de la direction et vis-à-vis des intervenants extérieurs « mais ce rôle peut être ingrat et difficile : par exemple les infirmières vont exiger que le médecin traitant examine le patient avant de renouveler l'ordonnance, elles vérifient que le kinésithérapeute fait marcher son patient pendant plus de cinq

minutes, le recours à un professionnel médical ou para-médical est lui-même plus réfléchi et ne vise pas seulement à donner satisfaction au résident ou à sa famille. »

Le nombre de médecins libéraux intervenant dans l'EHPAD est passé progressivement de 30 à 18, sous l'effet de la mise en place d'une contractualisation, d'ailleurs antérieure au décret de 2010 et voulue par la direction précisément en raison du nombre très élevé d'intervenants ; les résidents gardent le libre choix de leur médecin traitant mais la liste des médecins signataires de la « convention » (devenue « contrat ») leur est transmise à leur admission (la moitié des médecins et un peu plus de la moitié des kinésithérapeutes ont signé le contrat de coordination).

L'établissement souhaite encore aller vers une réduction du nombre d'intervenants extérieurs pour pouvoir mener une démarche de projet de soins et fiabiliser les transmissions d'informations.

On observe que le degré d'utilisation par un médecin du dossier informatisé du résident est étroitement lié au nombre de résidents qu'il suit dans la structure. Il faut progresser aujourd'hui dans les possibilités d'accès à distance à ce dossier, pour le médecin traitant d'abord (afin qu'il dispose de cette information pour répondre aux familles) et pour d'autres prestataires de soins tels que les laboratoires d'analyses bio-médicales (pour transmission des résultats).

Les professionnels de santé libéraux sont payés à l'acte ; ils se conforment tous aux tarifs conventionnels.

- **Médicaments**

Le circuit du médicament, il est en cours de réorganisation : trois pharmacies ont été retenues par appel d'offres et conventionnées pour la transmission électronique sécurisée des prescriptions et la réalisation d'une PDA nominative avec traçabilité, les résidents étant répartis entre les 3 officines. Une aide à la prescription est intégrée au logiciel de gestion du dossier résident avec procédure d'alerte adressée aux médecins prescripteurs – la question des ajustements de prescriptions reste toutefois un point d'incertitude, auquel le positionnement respectif des pharmaciens d'officine et du médecin coordonnateur de l'EHPAD n'apporte pas de réponse. Reste également à ce stade sans réponse le problème de la gestion des stocks de stupéfiants de l'établissement (morphiniques).

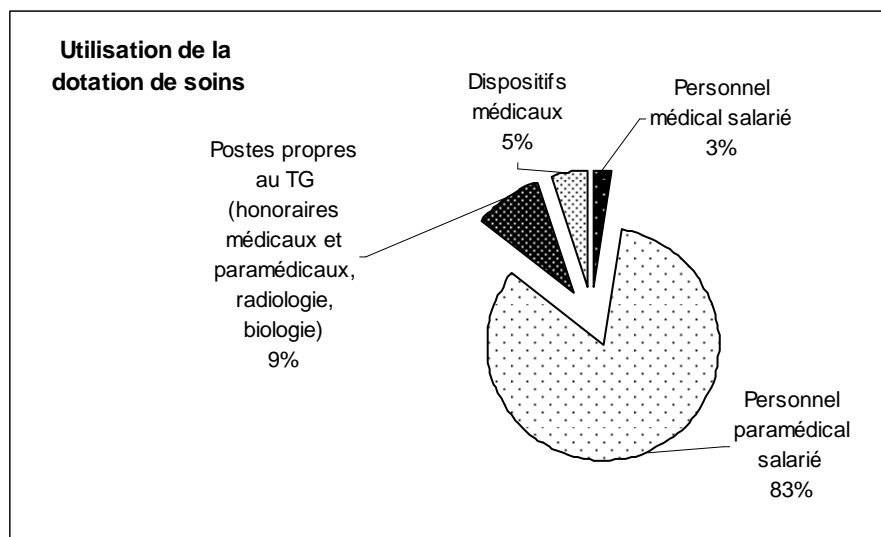
- **Liens avec l'hôpital**

La prise en charge des troubles psychiques des résidents s'appuie sur une convention passée avec un centre hospitalier proche, qui prévoit à la fois l'accueil prioritaire par l'EHPAD de patients en sortie d'hospitalisation et l'appui des équipes hospitalières en cas de crise (intervention dans l'EHPAD d'infirmiers psychiatriques, expertise et conseil de médecins psychiatres), voire l'hospitalisation de résidents relevant de sa spécialité. Avec une forte prévalence des pathologies psychiatriques dans l'établissement, ce partenariat et le suivi de secteur permettent de contenir autour de 3 ou 4 par an les hospitalisations pour motif psychiatrique.

2. Aspects budgétaires

« Le tarif global permet une maîtrise bienveillante de la consommation en soins ».

La dotation de soins de l'EHPAD a légèrement diminué (- 2,2 %) sur les trois dernières années (légère baisse de GMP) ; l'excédent réalisé sur la dotation s'est fortement réduit pour ne représenter que 0,1 % de celle-ci en 2012. L'emploi de la dotation reste assez stable (cf. graphique ci-dessous) ; une transmission mensuelle à la CPAM pivôt récapitule les dépenses des différentes rubriques : infirmières libérales, petit matériel médical, amortissements de matériel médical, médicaments, médecins généralistes, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, autres auxiliaires médicaux, radiologie, laboratoires. Avec les comptes annuels, le détail des salaires versés par catégorie de salariés (aides-soignants, infirmiers, ergothérapeute, médecin, ...) est transmis à l'ARS.



Structure des effectifs de l'EHPAD (en ETP) au 31/12/2012	
PERSONNEL MEDICAL ET PHARMACIE	
Médecin coordonnateur	1 (poste vacant)
Médecin traitant	
Pharmacien	
PERSONNEL PARAMEDICAL SOIGNANT	
Infirmier diplômé d'Etat	7
Masseur-kinésithérapeute	0
Aide-soignant	30
Aide médico-psychologique	6
Psychomotricien, rééducateur en psychomotricité	0
Ergothérapeute	1
Diététicien	0,17
PERSONNEL D'ENCADREMENT PARAMEDICAL (cadre de santé)	1
PSYCHOLOGUE	0,5
TOTAL ETP	46,67
Ratio par place	0,44 ETP / place

EHPAD n° 4, en zone rurale	
Statut	Public rattaché au CH (direction commune, intégrant aussi 2 autres EHPAD et un hôpital local)
Capacité installée en HP	64 lits
Nb de résidents au 31/12/2012	64
GMP validé	587
PMP validé	143 (Février 2013)
Date dernière convention	Novembre 2007 – Novembre 2012. Passage prochain au GMPS.
Tarif de soins	Partiel sans PUI (projet de rattachement à la PUI hospitalière et souhait de passer au tarif global)
Dotations de soins 2012 sans CNR	502 708 €
Montant des CNR	0
Nb de ML intervenants	19 (dont 3 médecins suivent la moitié des résidents ; nombre stable)
Nb de MK intervenants	3
Dépense de médicaments	2,68 € / résident / jour
Nombre de résidents hospitalisés au moins 1 fois sur l'année	
Nombre de séjours hospitaliers	
...dont séjours de durée ≤ 3 jrs	
...dont séjours de durée ≥ 20 jrs	
Nombre total de journées d'hospitalisation	337 jours
Décès survenus à l'hôpital	1 sur 18 (soit 5 %)
Personnel de soins	12,4 ETP. Soit 0,19 ETP par place.

1. Organisation des soins

- Personnel soignant et médecins traitants

« Il faut valoriser les IDE en EHPAD, car ces personnels doivent démontrer un grand professionnalisme alors même que leur recrutement souffre du manque d'attractivité de ce secteur par rapport au sanitaire: ils s'impliquent dans une relation longue avec les familles (beaucoup plus longue qu'en service hospitalier), ils sont en 'front line' auprès des patients avec moins d'effectifs autour d'eux qu'à l'hôpital, ils gèrent des crises fréquentes. »

Il revient aussi au cadre de santé, au moment de la procédure de pré-admission, de s'entretenir avec la famille : « on essaie d'aborder la question de la mort ».

La nuit, l'EHPAD bénéficie d'une petite quote-part de temps d'un IDE de garde au centre hospitalier de rattachement ; l'organisation d'une astreinte d'IDE de nuit va cependant être expérimentée à l'automne par mutualisation entre plusieurs EHPAD sur un territoire de 50 km.

Par ailleurs, l'EHPAD bénéficie, en vertu d'une convention, de l'intervention régulière de la psychologue de l'hôpital local (en direction commune), auprès des résidents, des familles et des soignants.

La principale difficulté réside dans l'articulation entre les médecins traitants libéraux avec les IDE de l'EHPAD : contacts et transmissions d'informations aléatoires, traçabilité des soins très imparfaite, laissée le plus souvent à la charge des IDE (ce qui suppose une transcription de leur part).

- Le circuit du médicament

L'EHPAD travaille avec un pharmacien d'officine qui apporte pour chaque résident son sac de médicament ; il n'effectue pas la préparation des doses à administrer. « Cette organisation permet un bon fonctionnement logistique mais aucun fonctionnement institutionnel ». La préparation des traitements individuels est par ailleurs chronophage : elle représente 3 heures de temps infirmier par jour, soit environ 0,4 ETP d'infirmier ; l'IDE prépare le vendredi les traitements pour le week-end (les gouttes par exemple sont mises au réfrigérateur). La dispensation est faite par les AS (voire parfois par les ASH).

Pour sécuriser ce circuit, l'EHPAD peut s'appuyer sur un « guide d'autodiagnostic du circuit du médicament des EHPAD sans PUI » mis à disposition en 2012 par l'ARS en collaboration avec l'OMEDIT. Cependant l'EHPAD privilégie un projet d'approvisionnement par la PUI hospitalière, dont les bénéfices attendus sont documentés sur la base de l'expérience d'un autre EHPAD fonctionnant déjà ainsi (cf. encadré), dans lequel l'évaluation interne de la gestion du médicament qui vient d'être réalisée indique un niveau de conformité très supérieur. Toutefois, les difficultés rencontrées pour constituer, à cette fin, un GCS avec le centre hospitalier concerné poussent aujourd'hui à envisager une fusion des deux établissements (passage de l'EHPAD en budget annexe), fusion qui serait facilitée par l'adoption du tarif global au niveau de l'EHPAD (en termes de fonctionnement, d'affectation des résultats, etc).

Retour d'expérience : bénéfices de la PUI pour l'EHPAD du CH (EHPAD en tarif global, dont les 65 résidents sont suivis pour l'essentiel par cinq médecins libéraux) :

- Consommation de médicaments : moins d'1 euro / résident / jour (0,96 € en 2012 ; 0,97 € en 2011 ; 0,87 € en 2010).
- Une attention particulière est accordée au choix des conditionnements, autant qu'à l'utilisation de génériques.
- Des prescriptions inutiles, d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) par ex, ont été arrêtées.
- Les pratiques d'écrasement des médicaments ont été sécurisées (mise en place d'un 'permis d'écraser') sur la base de travaux de l'OMEDIT et d'une évaluation de pratiques professionnelles (EPP) qui a révélé une médiocre connaissance des règles de la part des prescripteurs (en dehors des cas d'utilisation de sonde naso-gastrique) ; c'est, au demeurant, un élément important d'appréciation de l'état global du patient.
- Une organisation sécurisée le week-end avec une infirmière présente le samedi matin et des IDE libérales présentes ponctuellement le reste du week-end pour préparer et superviser la médication.
- Nombre moyen de lignes par ordonnance : 6,8.
- « **La PUI donne un cadre** » : sa responsable est une personne ressource ; elle fournit à l'EHPAD un retour d'information éclairant (taux de consommation mensuelle de Benzodiazépines par exemple). L'analyse des prescriptions et la validation pharmaceutique systématiques confortent les bonnes pratiques, réduisent les accidents, et, au-delà, visent à permettre aux résidents de « mieux vivre » avec leurs pathologies.

- Les prescriptions de médicaments

Les comportements de prescription des médecins traitants libéraux évoluent incontestablement, sous l'effet du renouvellement de génération et des campagnes de communication des autorités sanitaires (sur les neuroleptiques en EHPAD notamment). S'y ajoute, au cas présent, l'effet d'entraînement des bonnes pratiques du pôle hospitalier impulsées par la pharmacienne de la PUI en collaboration avec les IDE et les médecins traitants : forte diminution des neuroleptiques, arrêt des hypnotiques et report sur un médicament offrant des demi-doses, travail sur les démences et les maladies de Parkinson, forte valorisation des thérapies non médicamenteuses – le cadre de santé de l'EHPAD joue à cet égard un rôle clé pour concrétiser cette démarche et contrer, au cas par cas, la tentation d'une contention physique ou chimique face aux problèmes d'agitation ou d'agressivité de certains résidents.

« La communauté des soignants est en train de changer de paradigme sur les neuroleptiques », parallèlement à la demande du cadre de santé, en interne, de qualifier plus rigoureusement l'agitation ou les troubles du sommeil. Reste la difficulté de persuader les familles qui acceptent souvent mal la moindre médication et l'agitation de leur parent. Aussi le cadre de santé, les IDE, le médecin coordonnateur et la psychologue multiplient-ils les rencontres avec les familles peu après l'arrivée du résident ou aux moments de crises : « il est important de donner des justifications scientifiques aux thérapies non médicamenteuses ; mais il faut aussi accepter et faire accepter l'éclair au chocolat le dimanche pour un résident diabétique de 87 ans ».

Les recommandations de bonnes pratiques produisent aussi leurs effets : ainsi des recommandations de la HAS publiées fin 2011 sur le diagnostic et la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. « On a constaté sur nos établissements une nette régression des prescriptions d'anti-démence par les médecins traitants à la suite de ces recommandations. Cela va même trop loin : il y a une démobilitation sur l'utilité du dépistage des démences, alors que ce dépistage est très important, même en l'absence de médicament efficace, pour bien interpréter certains comportements (cris par ex) et permettre l'adaptation des équipes de soins. En revanche, la procédure prévue par la HAS est beaucoup trop lourde (cf. le bilan régulier avec un neurologue) et même inapplicable en EHPAD. »

La réduction de la consommation de médicaments suppose un effort collectif et de longue haleine. « Il serait juste que les EHPAD aient un retour de cet effort : par exemple en convertissant les économies directes et indirectes sur les neuroleptiques en ressources finançant des unités de vie protégées pour les personnes présentant des troubles importants du comportement (de type Cantou) ».

2. Aspects budgétaires

Au vu des simulations effectuées par le directeur de l'EHPAD et de l'expérience d'un autre EHPAD en direction commune, « le TG génère des marges aujourd'hui, d'environ 5 % de la dotation de soins ».

Remarque sur la tarification de la PUI : le supplément de dotation théorique qui serait lié à la PUI serait de 35.000-40 000 €, ce qui représente légèrement plus de la moitié de l'actuel coût d'achat de médicaments de l'établissement en officine – hors toute imputation de frais fixes.

Structure des effectifs de l'EHPAD (en ETP) au 31/12/2012	
PERSONNEL MEDICAL ET PHARMACIE	
Médecin coordonnateur	0,10
Médecin traitant	
Pharmacien	
PERSONNEL PARAMEDICAL SOIGNANT	
Infirmier diplômé d'Etat	1,4
Masseur-kinésithérapeute	
Aide-soignant & Aide médico-psychologique	10,2
Psychomotricien, rééducateur en psychomotricité	
Ergothérapeute	
Diététicien	
PERSONNEL D'ENCADREMENT PARAMEDICAL (cadre de santé)	0,6
PSYCHOLOGUE	0,1
TOTAL ETP	12,4
Ratio par place	0,19

EHPAD n°5, en milieu urbain à forte densité médicale	
Statut	Privé commercial (membre d'un grand groupe national)
Capacité installée en HP	94 (+ 8 en hébergement temporaire)
Nb de résidents au 31/12/2012	94 (+ 8 en hébergement temporaire)
GMP validé	756 (Mai 2009)
PMP validé	218 (Mai 2009)
Date dernière convention	2004, renouvelée depuis 2009 par avenant (projet de CPOM pour plusieurs EHPAD du même groupe, en suspens).
Tarif de soins	TP sans PUI
Dotation de soins 2012 sans CNR	1 134 789 €
Montant des CNR	56 871 € (soit 5 % de la dotation reconductible)
Nb de ML intervenants	19 (dont 4 prenant en charge 80 % des résidents)
Nb de MK intervenants	9
Dépense de médicaments	1154 € / résident / an. Soit 3,16 € / résident / jour. (Source : CPAM, Profil EHPAD 2011)
Nombre de résidents hospitalisés au moins 1 fois sur l'année	51 (i.e. un peu plus de la moitié des résidents)
Nombre de séjours hospitaliers	72
...dont séjours de durée ≤ 3 jrs	14
...dont séjours de durée ≥ 20 jrs	5
Nombre total de journées d'hospitalisation	781 (= 8,3 jours par résident)
Décès survenus à l'hôpital	Un tiers
Personnel de soins	Environ 0,36 ETP / place

Organisation des soins

Cet établissement est favorisé par un taux encadrement soignant relativement élevé pour un EHPAD en tarif partiel, avec quelques particularités :

- un temps plein de médecin coordonnateur (2 médecins à mi-temps en l'espèce, l'un d'eux travaillant par ailleurs au siège sur la politique médicale du groupe) : cette présence médicale est considérée comme essentielle pour assurer à la fois un soutien réactif à l'équipe soignante, un investissement pluridisciplinaire sur les Projets Personnalisés et des échanges réguliers avec les médecins traitants ;
- un art thérapeute, financé sur CNR, pour des interventions ciblées en lien avec l'équipe soignante (fin de vie, dépression...), avec une réelle valeur ajoutée en termes de communication avec les résidents et en termes d'apaisement ;
- en appui aux équipes soignantes, intervient également un gériatre-psycho-gerontologue, sous la forme de consultations pour certains patients et de réunions d'information auprès des médecins coordonnateurs et des médecins traitants (sur la place des psychotropes en EHPAD par exemple) – un seul des 4 principaux médecins traitants a toutefois pris part à la dernière réunion ;

- participation de l'établissement à un réseau de soins palliatifs (« Ensemble ») qui offre, pour les résidents suivis, un service de garde 24h/24 avec un médecin qui se déplace ; certains des médecins traitants de l'établissement font aussi partie de ce réseau, ce qui conforte la continuité des soins. L'inscription d'un résident par son médecin traitant facilite aussi l'admission en service de soins palliatifs si le maintien en EHPAD devient impossible ;
- pour l'organisation de nuit : un projet en cours, mené à l'instigation de l'ARS avec cinq autres EHPAD publics et privés situés à proximité, vise à améliorer la prise en charge la nuit, à sécuriser le personnel (AS) présent de nuit et à réduire les hospitalisations (même si l'essentiel des hospitalisations - au cas présent en nombre relativement élevé - a lieu le jour).

Le niveau d'encadrement soignant est jugé d'autant plus satisfaisant que l'établissement bénéficie aussi de l'appui de la direction médicale du groupe: mise en place d'outils (dossier résident informatisé, livret du médicament), appui aux médecins coordonnateurs pour la réalisation des coupes Pathos, promotion volontariste des bonnes pratiques, en particulier en matière de prescription médicamenteuse – même si le niveau de dépense reste plus élevé que dans les EHPAD de même catégorie, selon la présentation de la CPAM –, participation à certains projets dans ce domaine (programme de la HAS « Alerte Maîtrise Iatrogénie Alzheimer » visant à réduire les consommations de neuroleptiques et à promouvoir des prises en charge alternatives des troubles du comportement, programme hospitalier de recherche clinique « BenzoFree »).

Simultanément, l'EHPAD travaille avec un nombre resserré de médecins traitants pour la grande majorité de ses résidents, effet d'une politique de recommandation de la part des cadres de l'établissement, qui fournissent, lors de la procédure d'admission, la liste des quatre principaux médecins traitants. Si le choix n'est pas imposé dans cette liste, l'effet de recommandation est cependant réel, surtout auprès des résidents qui sont éloignés de leur lieu de résidence initial. L'établissement met en avant l'intérêt de ce fonctionnement en termes de communication avec les médecins traitants et de traçabilité des soins

Une grande attention est précisément portée par la direction, les médecins coordonnateurs et le cadre de santé à la traçabilité des soins, dans le contexte d'un dossier du résident totalement informatisé. Si les masseurs kinésithérapeutes ont signé le contrat de coordination, les bilans de kinésithérapie restent difficiles à obtenir : « avec beaucoup d'opiniâtreté on arrive à récupérer 70 % de ces bilans, l'objectif étant d'atteindre un taux de 100 % ». La direction s'implique directement pour amener les MK à une meilleure traçabilité, y compris sous la forme des transmissions hebdomadaires de leurs actes dans le logiciel de gestion des dossiers des résidents.

Structure des effectifs de l'EHPAD (en ETP) au 31/12/2012	
PERSONNEL MEDICAL ET PHARMACIE	
Médecin coordonnateur	1
Médecin traitant	
Pharmacien	
PERSONNEL PARAMEDICAL SOIGNANT	
Infirmier diplômé d'Etat	4
Masseur-kinésithérapeute	
Aide-soignant & Aide médico-psychologique	26,18
Psychomotricien, rééducateur en psychomotricité	1
Ergothérapeute	1
Autre : 1 Art thérapeute (sur CNR)	
PERSONNEL D'ENCADREMENT PARAMEDICAL (cadre de santé)	1
PSYCHOLOGUE	1
TOTAL ETP	35,18 sur financement pérenne + 1 sur CNR
Ratio par place	≈ 0,36 / place en tenant compte de l'hbgt temporaire

EHPAD n°6, situé sur une petite commune, proche d'une agglomération importante, zone de densité médicale élevée	
Statut	Privé commercial
Capacité installée en HP	70 lits
Nb de résidents au 31/12/2012	70
GMP validé	886 (décembre 2012)
PMP validé	196 (décembre 2012)
Date dernière convention	Novembre 2007. Passage au TG par avenant en 2010.
Tarif de soins	TG avec PUI (effet au 1/01/2011).
Dotations de soins 2012 sans CNR	1 307 845 €
Montant des CNR	33 496 € (2,6 % de la dotation reconductible)
Nb de ML intervenants	> 20
Nb de MK intervenants	3
Dépense de médicaments	
Nombre de résidents hospitalisés au moins 1 fois sur l'année	17
Nombre de séjours hospitaliers	22
...dont séjours de durée ≤ 3 jrs	11
...dont séjours de durée ≥ 20 jrs	3
Nombre total de journées d'hospitalisation	230. Soit 3,3 j / résident.
Décès survenus à l'hôpital	4 sur 18
Personnel de soins	33,8 ETP. Soit 0,48 ETP / place

Organisation des soins :

- Personnel médical et para-médical

Le passage au TG a permis d'étoffer le personnel soignant à hauteur de 3,5 ETP sur un ensemble initial de 30,3 ETP : 1,8 ETP d'AS, 1 IDE, extension pour 0,10 ETP du temps de présence du médecin coordonnateur (praticien hospitalier gériatre), 0,20 ETP d'ergothérapeute et 0,50 ETP de psychomotricien (avec de grandes difficultés de recrutement pour ces deux derniers profils).

Le renforcement de l'effectif d'IDE et du temps de présence du médecin coordonnateur vise un meilleur suivi des retours d'hospitalisation et une meilleure gestion des admissions (meilleure prise en compte de l'état clinique des résidents). Les temps d'ergothérapeute et de psychomotricien permettent de mettre en place des ateliers thérapeutiques relatifs aux gestes de la vie quotidienne des résidents, à l'utilisation optimale du matériel et à la prévention des chutes.

La présence des équipes de soins est identique le week-end aux autres jours de la semaine.

Le médecin gériatre coordonnateur élabore le dossier médical d'admission du résident, développe une sensibilisation et des formations aux bonnes pratiques avec, notamment, les outils du programme MOBQUAL et contribue, aux côtés des médecins traitants à la réévaluation des protocoles et prescriptions, à laquelle participe également ponctuellement le psychiatre (hospitalier) attaché à la structure à raison d'½ journée par semaine. Ce dernier permet par ailleurs un suivi médico-psychologique rapproché lors du retour d'hospitalisation de certains résidents présentant des troubles du comportement sévères.

Organisation de nuit : un système d'astreinte infirmière de nuit a été mis en place depuis 2007 afin d'apporter des réponses soit par téléphone soit sur place aux situations imprévues rencontrées par les équipes de nuit (suivi de perfusion, dégradation de l'état d'un résident, réaction médicamenteuse, douleur aiguë, apparition d'une hyperthermie, diarrhée ou vomissements, réalisation d'une injection prescrite « en cas de besoin »). Les appels, réponses et interventions sont consignés par écrit. En cas de réponse apportée par téléphone, celle-ci est validée par l'IDE dès la reprise d'activité.

- Relations avec les professionnels de santé libéraux

Le nombre de médecins libéraux intervenant dans l'EHPAD reste élevé dans ce bassin proche d'une grande agglomération ; 18 des 29 médecins traitants ont signé le contrat de coordination, il en va de même pour 2 des 3 masseurs-kinésithérapeutes, sans que la signature ou la non signature aient véritablement de conséquences pratiques. Le taux de participation à la commission de coordination gériatrique organisée chaque année (et commune à tous les EHPAD de l'agglomération en 2012) demeure faible.

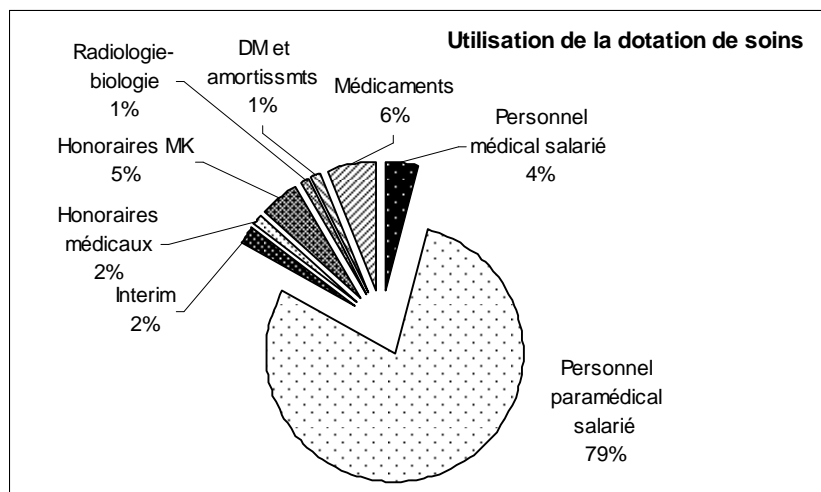
- Système d'informations

Le dossier médical du résident est informatisé ; les données sont entrées par le médecin coordonnateur qui veille à sa mise à jour lors des hospitalisations et d'exams complémentaires. Les évaluations gériatriques standardisées y sont notifiées. Le dossier de soins (qui contient le diagramme de soins, les transmissions écrites, le dossier de liaison des urgences, le plan de préparation des traitements, la fiche de pansement, la courbe de poids et d'IMC, le NPIES, la fiche d'évaluation de la douleur...) est également informatisé ; le suivi des soins de kinésithérapeutes et les bilans réglementaires ne sont toutefois pas régulièrement fournis.

Si le système d'information permet la transmission électronique des résultats de laboratoire, celle-ci n'est cependant pas systématique. Il n'existe pas non plus de transmission électronique des informations relatives aux diagnostics, aux actes et exams effectués lors des hospitalisations (au-delà du compte-rendu d'hospitalisation, sur papier, communiqué au médecin coordonnateur). L'information du médecin coordonnateur sur les demandes d'exams ou de consultations complémentaires formulées par les médecins traitants reste également à systématiser.

- Lien avec l'hôpital

L'accès aux ressources des structures hospitalières est facilité par le statut hospitalier du médecin coordonnateur, une connaissance mutuelle des pratiques et une gestion concertée des flux (libération des lits d'hôpital dans un délai raisonnable, gestion de la file active de candidats pour les places vacantes d'EHPAD en hébergement permanent ou temporaire, organisation des retours d'hospitalisation). Une convention passée avec l'hôpital de jour vise à améliorer le dépistage et la prévention de pathologies gériatriques handicapantes (insuffisance cardiaque, risque neurovasculaire...).



Structure des effectifs de l'EHPAD (en ETP) au 31/12/2012	
PERSONNEL MEDICAL ET PHARMACIE	
Médecin coordonnateur (gériatre, PH)	0,4
Médecin psychiatre (PH)	0,1
Pharmacien	
PERSONNEL PARAMEDICAL SOIGNANT	
Infirmier diplômé d'Etat	5,3
Masseur-kinésithérapeute	
Aide-soignant	23,3
Aide médico-psychologique	3,7
Psychomotricien, rééducateur en psychomotricité	
Ergothérapeute	0,1
Diététicien (intervient dans le cadre du réseau Nutrition du Limousin)	
PERSONNEL D'ENCADREMENT PARAMEDICAL (cadre de santé)	0,4
PSYCHOLOGUE	0,5
TOTAL ETP	33,8
Ratio par place	0,48 ETP / place d'hbgt permanent Ou 0,46 ETP/place en comptant les résidents temporaires

EHPAD n°7 situé en zone semi-rurale de faible densité médicale		
Ex-USLD TG avec PUI		Ehpad historique TP avec PUI
Statut	Etablissement public de santé	Etablissement public de santé
Capacité installée en HP	110	144
Nb de résidents au 31/12/2012	109	141
GMP validé	763,45 (février 2012)	595,23 (février 2012)
PMP validé	329 (novembre 2011)	148 (août 2009)
Date dernière convention	2009-2013	2009-2013
Tarif de soins	TG avec PUI	TP avec PUI
Dotation de soins 2012 sans CNR	1.742.050 €	1.489.844 €
Montant des CNR	208.988 €	0
Nb de ML intervenants	0	16 (-2 départs en retraite en 3 ans)
Nb de MK intervenants	0	1 (nombre stable)
Dépense de médicaments (hors gaz médicaux et DM)	2,06 € en 2012 ; 2,07 € en 2011 ; 2,11 € en 2010	
Nombre de résidents hospitalisés au moins 1 fois sur l'année	14	53
Nombre de séjours hospitaliers	14	69
...dont séjours de durée ≤ 3 jrs	1	10
...dont séjours de durée ≥ 20 jrs	2	11
Nb de journées d'hospitalisation	194 (1,8 j / résident)	897 (6,2 j / résident)
Décès survenus à l'hôpital	0	2
Personnel de soins	66 ETP. Soit 0,6 ETP / place	51,15 ETP. Soit 0,35 ETP / place

1. Organisation des soins

- Personnel médical et paramédical

L'organisation des soins est marquée par de fortes synergies entre ces deux établissements et le long séjour hospitalier en termes de ressources médicales (suivi des résidents de l'ex-USLD par les médecins de l'hôpital, partage du temps du pharmacien de PUI, partage du temps du masseur kinésithérapeute salarié du long séjour, IDE de nuit pouvant intervenir ponctuellement)...avec une imputation des charges qui s'appuie beaucoup sur l'hôpital.

Le fonctionnement de l'ex-USLD s'appuie également sur la CME et les groupes de travail et comités issus de celle-ci (CLIN, COMEDIMS, CLUD, CLAN). Dans ce contexte, le médecin coordonnateur est de fait le président du CLAN. Ce fonctionnement permet de mettre en place une véritable politique médicale et facilite l'harmonisation des pratiques (douleur, médicament, dossier résident, nutrition...). Le règlement de l'établissement indique cette organisation tout en laissant la possibilité au résident de choisir son propre médecin traitant – ce qui dans les faits ne se produit pas.

L'EHPAD en TP travaille avec une quinzaine de médecins libéraux, par ailleurs très sollicités et dont la disponibilité devient problématique. Ces praticiens sont attentifs à la tenue des dossiers des résidents (informatisés) et au livret thérapeutique ; ils ne sont néanmoins pas venus aux réunions organisées par exemple par la CPAM sur les Benzodiazépines à demi-vie longue. « Le médecin traitant libéral est à côté de l'équipe soignante et non pas dans l'équipe soignante (...) L'accroissement de la dépendance des personnes accueillies, les poly-pathologies, les exigences des autorités sanitaires (prise en charge de la douleur et de la fin de vie, réévaluation de l'antibiothérapie dans les 72 h, politique du médicament) créent un décalage croissant entre le principe du libre choix du médecin traitant et l'efficacité de la prise en charge en établissement ».

- Bonnes pratiques

La diffusion progressive des bonnes pratiques bénéficie de la proximité de l'établissement de santé : de ses instances qualité, de sa propre procédure de certification, de ses EPP (sur la contention ou l'administration du médicament par ex) et de la coopération entre ses médecins et infirmiers et les personnels des EHPAD.

- Le médicament

Une pharmacie à usage intérieur sert l'ensemble des structures, sanitaires et médico-sociales. Elle fonctionne avec un temps plein de pharmacien (complété par des plages additionnelles pour couvrir la totalité des jours ouvrables, deux préparateurs et une aide en pharmacie.

« Le bénéfice lié à la présence du personnel pharmaceutique est important en termes de qualité et d'investissement dans les groupes de travail de la CME » : dialogue avec les médecins traitants pour la validation de certaines prescriptions, intérêt des « indicateurs d'alerte et de validation » générés par le logiciel utilisé. Ces indicateurs montrent la quantité importante de ces alertes, et il faut reconnaître la difficulté particulière de la prise en charge médicamenteuse des personnes polypathologiques dans le respect des règles en matière de iatrogénie.

Un travail approfondi a été mené sur certaines molécules très fréquemment prescrites (médicaments anti-Alzheimer, antibiotiques, anti-douleurs de niveau 3) qui a permis de réduire sensiblement leurs volumes.

Le problème posé par les médicaments très coûteux dans la gestion du budget de médicaments existe mais il est rare. Il s'est posé par exemple en septembre 2011 lors de l'admission d'une personne nécessitant un traitement de 4115 € par bimestre (représentant en année pleine 8 % du budget médicaments de la structure) ; la difficulté a été surmontée avec une prise en charge par des crédits non reconductibles.

- Le recours à l'hospitalisation

Le taux de recours à l'hospitalisation apparaît très différencié entre les deux EHPAD :

- dans le pavillon de 80 places, en TP, où interviennent le plus grand nombre de médecins traitants : 28 résidents ont été hospitalisés en 2012, pour 39 séjours et 581 journées ; soit une moyenne de 0,5 séjours et 7,3 journées par résident ;
- dans la structure de 110 lits en TG, fonctionnant avec des médecins salariés, on compte 14 résidents hospitalisés, pour 14 séjours (pas de réhospitalisation dans l'année) et 194 journées, soit une moyenne de 1,8 journées par résident ; alors même que le PMP de ce groupe est nettement plus élevé (329) que celui du groupe précédent (148).

La régularité du suivi médical et le degré de coordination, plus poussés dans un cas que dans l'autre, expliqueraient une grande partie de cet écart.

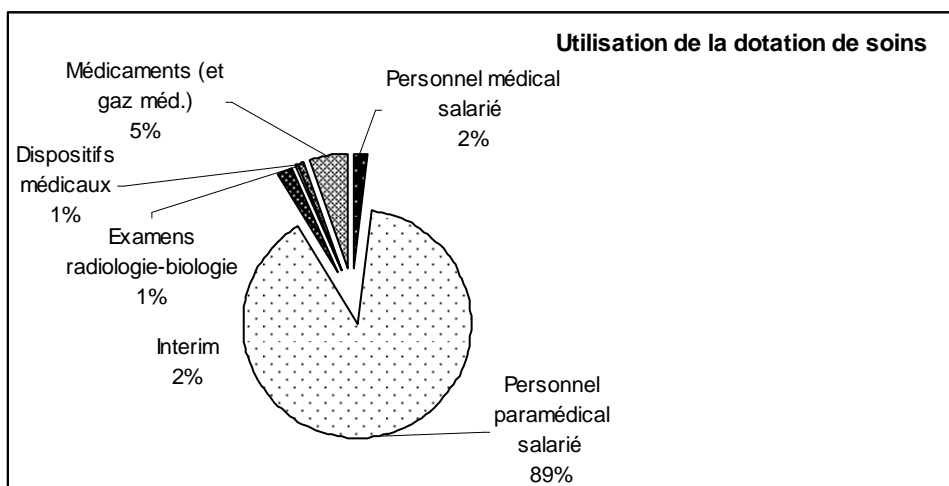
Noter que les hospitalisations en psychiatrie sont peu nombreuses mais beaucoup plus longues que les autres : 7 résidents ont été concernés en 2012, soit 10 séjours et 122 journées d'hospitalisation (DMS de 12 jours) - en diminution par rapport à l'année 2011.

Le transfert en USLD est parfois une alternative à l'hospitalisation : 8 % des résidents des EHPAD ont été transférés vers l'USLD en 2011.

2. Aspects budgétaires

L'EHPAD historique (en tarif partiel) se trouve en (légère) convergence, tandis que l'ex-USLD (en tarif global) se situe très en deçà de la dotation théorique ; ceci résulte directement des modalités de la partition en 2007. Noter que la structure ex-USLD fonctionne en forfait « super global » de fait, puisque les soins dentaires et les consultations de médecins spécialistes (qui représentent de faibles volumes) sont payées sur le forfait de soins.

Il y aurait de toute façon un intérêt évident aujourd'hui à fusionner les deux structures et à les gérer en tarif global, ce qui suppose la réouverture de cette option.



Structure des effectifs de l'EHPAD (en ETP) au 31/12/2012		
	Ex-USLD	EHPAD historique
PERSONNEL MEDICAL ET PHARMACIE		
Médecin coordonnateur (gériatre, PH)	0,5	0,5
Médecin traitant	1 PH + médecins contractuels imputés sur long séjour	
Pharmacien	Imputé sur l'établissement de santé (long séjour)	
PERSONNEL PARAMEDICAL SOIGNANT		
Infirmier diplômé d'Etat	13,03	10
Masseur-kinésithérapeute	Imputé sur long séjour	
Aide-soignant	34	32,15
Aide médico-psychologique	15	7
Psychomotricien, rééducateur en psychomotricité		
Ergothérapeute	1	
Diététicien (intervient dans le cadre du réseau Nutrition du Limousin)	1	
PERSONNEL D'ENCADREMENT PARAMEDICAL (cadre de santé)		
Psychologue	2 vacations	
TOTAL ETP	66,03	51,15
Ratio par place	0,6 ETP / place	0,35 ETP/ place

Liste des sigles

ALD	Affection de Longue Durée
AMP	Aide Médico-Psychologique
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
ANESM	Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide-Soignant(e)
ASG	Assistant de Soins en Gériatrie
ASH	Agent des Services Hospitaliers
ATIH	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
CAPI	Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles
CAS	Centre d'Action Sociale
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CG	Conseil Général.
CH	Centre Hospitalier
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
CHU	Centre Hospitalo-universitaire
CLAN	Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition
CLIN	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CLUD	Comité de Lutte contre la Douleur
CME	Catégorie Majeure de Diagnostic
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
COMEDIMS	Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
DGCS	Direction Générale de la Cohésion Sociale
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins (devenue DGOS)
DMP	Dossier Médical du Patient
DMS	Durée Moyenne de Séjour

DOMINIC	Dotation Minimale de Convergence (allouée aux EHPAD avant mise en œuvre de l'équation tarifaire au GMPS)
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DSS	Direction de la Sécurité sociale
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.
ENMR	Expérimentation de Nouveaux Modes de Rémunération (des professionnels de santé)
ESMS	Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux
ETP (emploi)	Equivalent Temps Plein
FIR	Fonds d'Intervention Régional
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GdR	Gestion du Risque (de l'Assurance maladie)
GCSMS	Groupement de Coopération Sociale ou Médico-Sociale
GHS	Groupe Homogène de Séjours
GIP	Groupement d'Intérêt Public
GIR	Groupe Iso-Ressources
GMP	Groupe iso-ressources Moyen Pondéré
GMPS	GIR Moyen Pondéré - Soins
HAD	Hospitalisation A Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HCAAM	Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
HP	Hébergement Permanent
HT	Hébergement Temporaire
IDE	Infirmier(ère) Diplômé(e) d'Etat
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
LPP	Liste des Produits et Prestations remboursables par l'Assurance maladie
MAIA	Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer
MCO	Médecine, Chirurgie, gynécologie-Obstétrique
OGD	Objectif Global de Dépenses (géré par la CNSA)
OMEDIT	Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et des Innovations Thérapeutiques
ONDAM	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie.
PASA	Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PUI	Pharmacie à Usage Intérieur
ROSP	Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SNIIRAM	Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie

SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile
SSR	Soins de suite et de Réadaptation
T2A	Tarifification A l'Activité
TG	tarif global de soins
TP	tarif partiel de soins
UHR	Unité d'Hébergement Renforcé
USLD	Unité de Soins de Longue Durée