



**Ministère de la Santé
et des Sports**

**Secrétariat d'Etat
Chargé des Aînés**

**Mission préparatoire
à l'expérimentation de la réintégration
du budget médicaments
dans le forfait soins
des établissements d'hébergement
pour personnes âgées dépendantes**

Pierre-Jean Lancry



Juillet 2009

Remerciements

Au cours de cette mission j'ai consulté la plupart des acteurs du secteur des Ehpad [fédérations d'établissements (FEHAP, FHF, FNMF, SYNERPA, UNCCAS, UNIOPSS) ; syndicats de directeurs (ADPA, CNDEHPAD, FNADEPA, FNAQPA) ; syndicats de pharmaciens officinaux (FSPF, UNPF, USPO) ; Ordre des Pharmaciens ; fédération des médecins coordonnateurs FFAMCO ; syndicats de médecins libéraux (MG France, UNOF) ; syndicat de l'industrie pharmaceutique LEEM ; Société française de gériatrie et gérontologie ; Haute Autorité de Santé ; administrations centrales et caisses de sécurité sociale (CCMSA, CNAMTS, CNSA, DGAS, DGS, DSS, DREES) ; Monsieur Nicolas Boulouis, Maître des requêtes au Conseil d'Etat ; Monsieur Yves Bur, député du Bas-Rhin ; Monsieur Bernard Charles, docteur en pharmacie, Député honoraire ; Monsieur Jean-Paul Le Divenah, Directeur du Cabinet de Madame Valérie Létard ; Monsieur Guy Malherbe, député de l'Essonne], que ce soit dans le cadre de réunions techniques « bilatérales » ou plénières.

Leurs réactions, commentaires, critiques et propositions m'ont permis de mener à bien ce travail mais, bien entendu, le rapport que je présente ne les engage en aucun cas.

Un grand et amical merci à Muriel Dahan, conseillère technique au Cabinet de Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé et des Sports et à Marc Bourquin, conseiller technique au Cabinet de Madame Valérie Létard, Secrétaire d'Etat chargée de la Solidarité, et Directeur adjoint du Cabinet de Madame Nora Berra, Secrétaire d'Etat chargée des Aînés, qui m'ont apporté une aide précieuse tout au long de cette mission.

Merci enfin à Flora Lenczner et Pascal Verrecchia pour leur relecture attentive et à Chantal Sainrau pour la mise en page du rapport.

LETTRE DE MISSION



Ministère de la Santé et des Sports

La Ministre

*Secrétariat d'Etat
Chargé de la Solidarité
La Secrétaire d'Etat*

Paris, le 24 FEV. 2009

CAB/MB/ZB – Scop D 09001640

Monsieur le Directeur

L'iatrogénie médicamenteuse en général, celle des personnes âgées en particulier, est une préoccupation constante des pouvoirs publics. On estime qu'elle est à l'origine de 20% des hospitalisations des personnes âgées de plus de 80 ans.

La Loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a prévu à cet égard un renforcement du rôle du médecin coordonnateur des Etablissements d'hospitalisation pour personnes âgées dépendantes et, pour les Ehpad ne disposant pas de pharmacie à usage intérieure, la désignation d'un pharmacien d'officine référent.

La loi a également, dans son article 64, posé le principe d'expérimentations relatives aux dépenses de médicaments et à leur prise en charge dans les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées. Sur la base de l'évaluation de ces expérimentations et, au plus tard le 1^{er} janvier 2011, l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des médicaments, seront intégrés aux prestations de soins offertes par ces établissements.

Il convient de s'assurer que les conditions de réussite d'un tel projet sont réunies ce qui suppose notamment la rédaction de textes réglementaires portant sur :

- la convention type entre les établissements et les pharmacies officinales,
- la préparation des doses à administrer,
- les bonnes pratiques de dispensation des médicaments, qui contribueront à sécuriser le cadre de ces expérimentations.

Monsieur Pierre-Jean Lancry
Directeur de la santé de la Caisse centrale
de la Mutualité sociale agricole (CCMSA)
Les Mercuriales
40 rue Jean-Jaurès
93547 Bagnolet Cedex

De même, nous entendons que ces expérimentations se fassent en garantissant l'enveloppe financière allouée aux établissements. Il conviendra pour ce faire de déterminer le coût actuel des médicaments de ville consommés par les résidents des établissements impliqués.

Nous souhaitons vous confier la mission de préparer la phase expérimentale prévue par la Loi de financement de la sécurité sociale. Pour cela vous consulterez largement les acteurs concernés, en particulier les syndicats et ordre des pharmaciens officinaux, les organisations représentant les établissements couverts par le champ de l'expérimentation, et tout autre acteur que vous jugerez utile d'associer à vos travaux.

Vos propositions devront permettre de disposer du cahier des charges de la convention type (Ehpad/officines) et des modalités de l'évaluation à mettre en place pour le suivi des expérimentations.

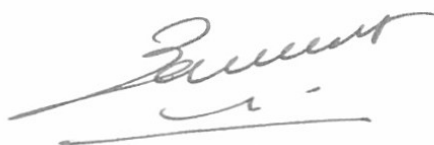
Il est important que les fédérations d'EHPAD soient étroitement associées à la méthode de choix des établissements qui expérimenteront afin d'assurer la plus large diffusion de la démarche

Nous souhaiterions disposer de vos propositions avant le 30 avril 2009 afin que les expérimentations puissent débiter à l'été 2009.

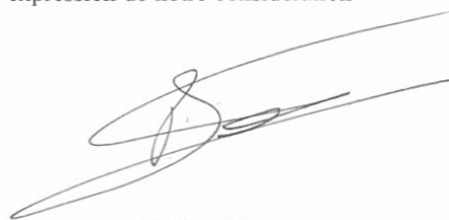
Vous bénéficierez pour la réalisation de votre mission, en tant que de besoin, de l'appui technique des directions de l'administration chargées de ce dossier (Direction générale de la santé, Direction générale de l'action sociale, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Direction de la sécurité sociale) ainsi que la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Dans le même esprit il est indispensable que les services de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie vous apportent leur plein concours notamment sur le paramétrage des crédits à transférer dans l'enveloppe des établissements qui s'engageront dans l'expérimentation.

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



Roselyne Bachelot-Narquin



Valérie Létard

INTRODUCTION

Trois dérives sont à éviter en matière de médication des personnes âgées : les abus de traitement (*overuse*) ; les médicaments dont les risques dépassent les bénéfiques (*misuse*) ; l'insuffisance de prescription (*underuse*) de certaines classes médicamenteuses dont l'efficacité est pourtant démontrée en termes de qualité de vie et/ou de morbi-mortalité¹. Ces dérives sont particulièrement délétères pour les populations fragilisées des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), et les effets iatrogènes des médicaments seraient à l'origine de 20% des hospitalisations des personnes âgées de plus de 80 ans². La loi de santé publique de 2004 a d'ailleurs inscrit comme objectif de la santé des personnes âgées la réduction de la fréquence des prescriptions inadaptées.

L'idée force, poursuivie dans les expérimentations de l'article 64 de la Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2009, est qu'on peut limiter le risque iatrogène en coordonnant l'action des professionnels de santé autour du résident en Ehpad (pharmaciens officinaux, médecins coordonnateurs, infirmiers coordonnateurs, médecins libéraux prescripteurs), tout en régulant la consommation de médicaments. L'introduction en 2005 du médecin coordonnateur dans les Ehpad, compétent en gériatrie, correspondait déjà à un objectif de santé publique. L'implication d'un nouvel acteur de santé, le pharmacien référent, permettra d'aller plus loin dans la bonne utilisation du médicament.

Aujourd'hui, dans les Ehpad ne disposant pas d'une pharmacie à usage intérieur (PUI), l'assurance maladie rembourse les médicaments aux résidents dans les mêmes conditions que s'ils étaient à leur domicile. Et comme les recommandations de bonne pratique, lorsqu'elles existent, ne sont pas ou peu appliquées – pas plus en Ehpad qu'à domicile, d'ailleurs – il n'y a aucune garantie d'une utilisation optimale des ressources collectives ou d'une optimisation en termes de santé publique. Le nouveau mode de financement des médicaments (réintégration³ du poste médicaments dans le forfait soins des Ehpad) est une incitation à réguler et à optimiser la consommation pharmaceutique dans le contexte d'une nécessaire maîtrise des dépenses de santé.

¹ *Les bonnes pratiques de soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, quelques recommandations*, Direction générale de la santé, Direction générale de l'action sociale, Société française de gériatrie et gérontologie, Octobre 2007

² Doucet J. et Queneau P, Effets indésirables des médicaments chez les sujets âgés, *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 2005, 189 : 1693-1709.

³ L'intégration/retrait du poste médicaments dans le forfait est une longue histoire. Le décret n°99-316 du 26 avril 1999 qui met en place trois sections tarifaires [soins (à la charge de l'assurance maladie), hébergement, dépendance (tous deux à la charge de la personne âgée ou du Conseil général)], ouvre aux établissements un droit d'option globale qui intègre le médicament. Le décret n°388-2001 du 4 mai 2001 généralise l'intégration du médicament dans le forfait soins, quelle que soit l'option tarifaire (partielle ou globale) retenue par l'établissement. L'article 96 de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, retire le médicament du forfait soins, sauf pour les établissements disposant d'une PUI (pharmacie à usage intérieur). Ces nouvelles règles ne s'appliquent qu'aux conventions tripartites signées à partir du 5 mars 2002.

Mais, que les choses soient claires. Il ne s'agit pas de chercher à diminuer les coûts des médicaments consommés en Ehpad par le truchement d'un forfait mal calibré et inadapté aux besoins des populations servies. Une telle attitude inacceptable conduirait les établissements à contourner la contrainte financière en sélectionnant à l'entrée les « bons profils », c'est-à-dire les personnes à faible consommation médicamenteuse *a priori*, ou en limitant l'accès des résidents à l'innovation thérapeutique, ou encore en hospitalisant les résidents (hospitalisation complète ou hospitalisation à domicile en Ehpad) dès le moindre risque de forte consommation de médicaments.

Les expérimentations prévues par la LFSS pour 2009 vont débiter à l'automne 2009. De nouvelles relations s'établiront à la fois entre les pharmaciens officinaux et les gestionnaires d'Ehpad, et entre les professionnels de santé autour du patient en Ehpad. Il conviendra d'étudier et d'évaluer la faisabilité et les conséquences de cette réforme à la fois en termes d'amélioration de la qualité des soins, de service rendu aux résidents et de régulation des prescriptions de médicaments.

Le rapport de mission abordera successivement les points suivants

1. Les EHPAD en France, présentation générale
2. Eléments de cadrage de l'expérimentation
3. Modalités pratiques de déroulement de l'expérimentation

1. Les EHPAD en France, présentation générale⁴

Au 31 décembre 2007, 10300 établissements d'hébergement pour personnes âgées proposaient 684000 places à 657000 résidents. En application de la réforme de la tarification, tous les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes deviennent progressivement des Ehpad en signant des conventions tripartites. Fin 2007 sur les 10300 établissements d'hébergement pour personnes âgées on dénombrait 6855 Ehpad pour environ 515000 places, soit une taille moyenne de 75 places par Ehpad.

La répartition des Ehpad selon le statut et la taille est la suivante :

Tableau 1 : Répartition du nombre d'Ehpad en fonction du statut et de la taille

Statut	< 25 places	de 25 à 49	de 50 à 69	de 70 à 89	de 90 à 149	> 150 places	Total	Nb places
Public	121	665	833	852	724	276	3 471	283 170
Privé non lucratif	119	329	561	618	284	41	1 952	136 085
Privé commercial	90	337	311	404	283	7	1 432	95 380
Total	330	1 331	1 705	1 874	1 291	324	6 855	514 635

Source : Enquête EHPA 2007, exploitation DREES mai 2009

Tableau 2 : Répartition des Ehpad en fonction du statut et de la taille (pourcentage)

Statut	<25 places	de 25 à 49	de 50 à 69	de 70 à 89	de 90 à 149	> 150 places	Total
Public	2%	10%	12%	12%	11%	4%	51%
Privé non lucratif	2%	5%	8%	9%	4%	1%	28%
Privé commercial	1%	5%	5%	6%	4%	0%	21%
Total	5%	19%	25%	27%	19%	5%	100%

Lecture du tableau : 2% de tous les Ehpad sont publics et ont moins de 25 places.

Source : Enquête EHPA 2007, exploitation DREES mai 2009.

1.1. Les établissements publics sont majoritaires et d'une capacité d'accueil plus élevée

Les établissements publics représentent 51% des Ehpad et ont une capacité moyenne plus élevée que les Ehpad à statut privé (82 places en moyenne pour le public contre 70 pour le privé non lucratif et 67 pour le privé commercial).

Les très gros Ehpad sont essentiellement dans le public (85% des Ehpad de plus de 150 places sont publics) et les très petits majoritairement dans le privé (63% des Ehpad de moins de 25 places sont privés).

⁴ L'enquête EHPA 2007 conduite par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques du Ministère de la Santé, vient d'être exploitée et a donné lieu à une première publication en mai 2009 (Julie Prévot, *Etudes et Résultats*, n°689). Des traitements spécifiques ont été effectués pour cette mission. Je remercie Julie Prévot pour son efficacité et sa patience.

Tableau 3 : Répartition-structure des Ehpad en fonction du statut et de la taille

Statut	<25 places	de 25 à 49	de 50 à 69	de 70 à 89	de 90 à 149	> 150 places	Total
Public	37%	50%	49%	45%	56%	85%	51%
Privé non lucratif	36%	25%	33%	33%	22%	13%	28%
Privé commercial	27%	25%	18%	22%	22%	2%	21%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Lecture du tableau : Sur l'ensemble des Ehpad de moins de 25 places, 37% sont publics.

Source : Enquête EHPA 2007, exploitation DREES mai 2009

1.2. Une dépendance⁵ plus forte qu'en 2003 et qui diffère selon le statut des Ehpad

La dépendance a progressé depuis 2003. A l'époque 81% des résidents étaient GIR 1 à 4, contre 84% en 2007. Le GMP⁶ vaut 663 et correspond au nombre de points du GIR 3.

La dépendance diffère selon le statut des établissements. La proportion de personnes très dépendantes (GIR 1 et 2) est plus forte dans les Ehpad privés commerciaux. (55% sont GIR 1 et 2 contre 47% dans les Ehpad privés non lucratifs et 51% dans les Ehpad publics).

Tableau 4 : Répartition des résidents en fonction du statut et de la dépendance (effectif)

Statut	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6	Total
Public	54 662	84 258	38 168	51 528	22 243	18 756	269 615
Privé non lucratif	22 274	38 948	17 876	26 261	11 501	12 718	129 578
Privé commercial	16 866	31 364	13 898	15 265	4 993	5 148	87 534
Total	93 802	154 570	69 942	93 054	38 737	36 622	486 727

Source : Enquête EHPA 2007, exploitation DREES mai 2009.

Remarque : un certain nombre de données n'ont pas pu être exploitées, ce qui explique la différence des effectifs des résidents par rapport au Tableau 2

Tableau 5 : Répartition des résidents en fonction du statut et de la dépendance (pourcentage)

Statut	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6	Total
Public	20%	31%	14%	19%	8%	7%	100%
Privé non lucratif	17%	30%	14%	20%	9%	10%	100%
Privé commercial	19%	36%	16%	17%	6%	6%	100%
Total	19%	32%	14%	19%	8%	8%	100%

Lecture du tableau : 20% des résidents des Ehpad publics sont dans le groupe GIR 1.

Source : Enquête EHPA 2007, exploitation DREES mai 2009.

⁵ Cette grandeur est mesurée à l'aide d'une grille (AGGIR, Autonomie Gérontologique et Groupes Iso-Ressources) qui classe les personnes âgées en 6 niveaux de perte d'autonomie à partir d'une évaluation de leurs capacités à effectuer ou non les gestes de la vie quotidienne. Ces 6 niveaux, les Groupes Iso-Ressources (GIR), vont de la dépendance la plus forte (GIR 1) à la plus faible (GIR 5), voire l'absence de dépendance (GIR 6).

⁶ Le GIR moyen pondéré (GMP) est un indicateur de niveau moyen de dépendance des résidents. Il est obtenu comme suit : à chaque niveau de GIR correspond un certain nombre de points (GIR 1=1000 ; GIR 2 = 840 ; GIR 3 = 660 ; GIR 4 = 420 ; GIR 5 = 250 et GIR 6 = 70). Le GMP pour un établissement est égal au total des points GIR de ses résidents rapporté au nombre total de ses résidents.

*Analyse des GMP***Tableau 6 : Répartition des Ehpad en fonction du statut, de la taille et du GMP**

Taille/Statut GMP *	70 à <250	250 à <420	420 à <660	660 à <840	> 840	non-réponses	Total
moins de 25 places							
Public (nb.Ehpad:121)	4%	12%	26%	14%	32%	13%	100%
Privé non lucrat. (119)	1%	8%	53%	26%	6%	6%	100%
Privé commerc. (90)	0%	0%	30%	54%	13%	2%	100%
< 25 places (330)	2%	7%	37%	29%	17%	7%	100%
de 25 à 49 places							
Public (665)	1%	3%	45%	32%	17%	2%	100%
Privé non lucrat. (329)	0%	6%	48%	35%	6%	5%	100%
Privé commerc. (337)	0%	1%	22%	69%	7%	1%	100%
de 25 à 49 (1331)	1%	3%	40%	42%	12%	2%	100%
de 50 à 69 places							
Public (833)	1%	3%	48%	32%	13%	4%	100%
Privé non lucrat. (561)	0%	3%	57%	36%	2%	2%	100%
Privé commerc. (311)	0%	1%	26%	68%	3%	2%	100%
de 50 à 69 (1705)	1%	3%	47%	40%	7%	3%	100%
de 70 à 89 places							
Public (852)	1%	4%	50%	35%	8%	2%	100%
Privé non lucrat. (618)	0%	4%	55%	36%	2%	2%	100%
Privé commerc. (404)	0%	1%	25%	70%	3%	2%	100%
de 70 à 89 (1874)	1%	3%	46%	43%	5%	2%	100%
de 90 à 149 places							
Public (724)	1%	2%	41%	44%	10%	2%	100%
Privé non lucrat. (284)	0%	1%	45%	51%	2%	0%	100%
Privé commerc. (283)	0%	1%	28%	67%	1%	2%	100%
de 90 à 149 (1291)	0%	1%	39%	51%	6%	2%	100%
150 places et plus							
Public (276)	0%	0%	26%	55%	17%	3%	100%
Privé non lucratif (41)	0%	0%	39%	59%	2%	0%	100%
Privé commercial (7)	0%	0%	43%	57%	0%	0%	100%
150 et plus (324)	0%	0%	28%	55%	15%	2%	100%
Total, toutes places							
Public (3471)	1%	3%	44%	37%	13%	3%	100%
Privé non lucra.(1952)	0%	4%	52%	38%	3%	3%	100%
Privé commerc.(1432)	0%	1%	25%	68%	4%	2%	100%
Total général (6855)	1%	3%	42%	43%	8%	3%	100%

Lecture du tableau : 4% des Ehpad publics de moins de 25 places ont un GMP inférieur à 250.

Source : Enquête EHPA 2007, exploitation DREES mai 2009.

Le tableau précédent montre que 7 Ehpad privés commerciaux sur 10 ont un GMP > 660, quelle que soit la capacité d'accueil des établissements. Cette proportion est de 50% pour les Ehpad publics et de 40% pour les Ehpad non lucratifs.

Toutefois c'est dans les structures publiques qu'on trouve la plus grande proportion d'établissements à GMP > 840. Cette situation prévaut quelle que soit la taille des établissements publics.

Il ressort également que les Ehpad de grande capacité accueillent des résidents en moyenne plus dépendants que les Ehpad de plus petite capacité. Dans les Ehpad de capacité d'accueil supérieure à 90 places, la part des établissements à GMP supérieur à 660 est majoritaire (avec même 70% des Ehpad de plus de 150 places qui ont un GMP > 660), alors que cette part est globalement minoritaire pour les Ehpad de moins de 90 places.

Signalons toutefois le cas des 57 établissements de moins de 25 places (17% du total des Ehpad de moins de 25 places) dont le GMP est supérieur à 840, ce qui correspond à des résidents très dépendants (GIR 2).

1.3. Trois Ehpad sur quatre n'ont pas de pharmacie à usage intérieur.

Tableau 7 : Répartition des Ehpad avec ou sans PUI en fonction du statut

Statut	Existence d'une PUI	Absence de PUI	non-réponses	Total
Public	1 493	1 909	69	3 471
Privé non lucratif	188	1 729	35	1 952
Privé commercial	46	1 351	35	1 432
Total	1 727	4 989	139	6 855
Public	86%	38%	50%	51%
Privé non lucratif	11%	35%	25%	28%
Privé commercial	3%	27%	25%	21%
Total	100%	100%	100%	100%
Public	43%	55%	2%	100%
Privé non lucratif	10%	89%	2%	100%
Privé commercial	3%	94%	2%	100%
Total	25%	73%	2%	100%

Lecture du tableau : Ce tableau est en trois parties

partie haute : effectifs

partie du milieu : structure des Ehpad, 86% des Ehpad avec PUI sont des Ehpad publics

partie du bas : structure des Ehpad, 43% des Ehpad publics ont une PUI.

Source : Enquête EHPA 2007, exploitation DREES mai 2009.

Les PUI sont situées essentiellement dans les grands Ehpad publics :

Tableau 8 : Répartition des Ehpad avec ou sans PUI en fonction de leur taille

PUI	Taille	< 25	25 à 49	50 à 69	70 à 89	90 à 149	150 et plus	Total
Avec PUI		20%	21%	18%	20%	35%	78%	25%
Sans PUI		75%	77%	80%	79%	63%	21%	73%
non-réponses		5%	2%	2%	1%	2%	1%	2%
Total		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Lecture du tableau : 20% des Ehpad de moins de 25 places ont une PUI.

Source : Enquête EHPA 2007, exploitation DREES mai 2009.

1.4. Une dépendance qui diffère selon le statut des Ehpad

Le résultat observé pour l'ensemble des Ehpad (avec ou sans PUI) est avéré également pour les Ehpad sans PUI : plus de 70% des Ehpad privés commerciaux ont un GMP > 660 contre 40% pour les Ehpad publics ou privés non lucratifs.

Tableau 9 : Répartition des Ehpad sans PUI en fonction du statut, de la taille et du GMP

Taille/Statut GMP *	70 à <250	250 à <420	420 à <660	660 à <840	> 840	non- réponses	Total
moins de 25 places							
Public (nb.Ehpad: 55)	5%	13%	40%	18%	15%	9%	100%
Privé non lucratif (109)	1%	9%	57%	24%	3%	6%	100%
Privé commercial (84)	0%	0%	26%	58%	13%	2%	100%
< 25 places (248)	2%	7%	43%	34%	9%	6%	100%
de 25 à 49 places							
Public (420)	1%	3%	52%	38%	4%	1%	100%
Privé assoc. (284)	0%	7%	52%	34%	2%	4%	100%
Privé comm. (318)	0%	1%	22%	70%	6%	1%	100%
de 25 à 49 (1022)	1%	3%	43%	47%	4%	2%	100%
de 50 à 69 places							
Public (548)	1%	3%	57%	37%	1%	2%	100%
Privé non lucratif (515)	0%	3%	59%	36%	0%	2%	100%
Privé commercial (292)	0%	0%	26%	68%	3%	2%	100%
de 50 à 69 (1355)	0%	2%	51%	43%	1%	2%	100%
de 70 à 89 places							
Public (532)	2%	2%	56%	38%	1%	2%	100%
Privé non lucratif (558)	0%	4%	57%	35%	1%	3%	100%
Privé commercial (386)	0%	0%	24%	71%	3%	2%	100%
de 70 à 89 (1476)	1%	3%	48%	45%	1%	2%	100%
de 90 à 149 places							
Public (317)	1%	0%	48%	47%	2%	2%	100%
Privé non lucratif (240)	0%	2%	45%	51%	0%	1%	100%
Privé commercial (264)	0%	1%	28%	67%	2%	3%	100%
de 90 à 149 (821)	1%	1%	41%	55%	1%	2%	100%
150 places et plus							
Public (37)	0%	0%	38%	51%	8%	3%	100%
Privé non lucratif (23)	0%	0%	57%	43%	0%	0%	100%
Privé commercial (7)	0%	0%	43%	57%	0%	0%	100%
150 et plus (67)	0%	0%	45%	49%	4%	1%	100%
Total, toutes places							
Public (1909)	1%	2%	53%	39%	2%	2%	100%
Privé non lucrat. (1729)	0%	4%	55%	37%	1%	3%	100%
Privé commerc. (1351)	0%	1%	25%	68%	4%	2%	100%
Total général (4989)	1%	2%	46%	46%	2%	2%	100%

Lecture du tableau : 5% des Ehpad publics sans PUI de moins de 25 places ont un GMP inférieur à 250.

Source : Enquête EHPA 2007, exploitation DREES mai 2009.

2. Eléments de cadrage de l'expérimentation

2.1 La convention entre les Ehpad et les pharmaciens officinaux

Le principe de cette convention a été introduit par l'article 88 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 (Loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006, art.88, codifié L.5126-6-1 du code de la santé publique). Cet article permet aux Ehpad qui ne disposent pas de pharmacie à usage intérieur ou qui ne sont pas membres d'un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur, de conclure une convention avec une pharmacie d'officine pour la fourniture de médicaments.

La convention entre la pharmacie et l'Ehpad doit reprendre les obligations figurant dans une convention type définie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

S'ils ne constituent pas un préalable juridiquement indispensable à l'expérimentation, les textes réglementaires relatifs aux conventions Ehpad/pharmaciens et aux pratiques de dispensation des médicaments en Ehpad permettront assurément une meilleure collaboration entre pharmaciens et établissements, en termes de qualité des soins et de sécurité sanitaire.

Les projets de textes correspondants ont été soumis à la concertation des partenaires.

2.2 Nouvelles modalités de financement des médicaments et conditions de fourniture par les pharmacies officinales

Dans environ 40% des cas⁷, une seule pharmacie assure la fourniture et la dispensation des médicaments aux résidents d'un Ehpad. Dans les autres cas, des accords sont passés entre l'Ehpad et deux ou trois pharmacies, parfois plus. Théoriquement, comme « les personnes hébergées ou leurs représentants légaux conservent la faculté de demander que leur approvisionnement soit assuré par un pharmacien de leur choix » (article L.5126-6-1 du code de la santé publique), il pourrait se trouver des Ehpad en relation avec autant de pharmacies que de résidents. En termes de paiement des médicaments, le ou les pharmaciens sont rémunérés « à la boîte » dans les mêmes conditions que si les patients s'étaient présentés à l'officine. De même l'assurance maladie prend en charge ces médicaments prescrits aux résidents exactement comme si la personne était à son domicile.

Les nouvelles conditions de financement définies dans le cadre expérimental (forfait alloué à l'Ehpad au lieu du remboursement aux assurés) modifient-elles les mécanismes d'achat de médicaments par les Ehpad ? En d'autres termes, avec cette nouvelle donne, les Ehpad sont-ils soumis pour l'achat des médicaments de leurs résidents au code des marchés publics (mise en concurrence, appels d'offre, etc.) ?

⁷ Résultats d'une enquête menée par Celtipharm pour le compte de l'Association de Pharmacie Rurale en avril 2009 et qui portait sur 300 pharmacies servant des Ehpad. Pour les pharmacies situées en milieu rural, le pourcentage d'Ehpad servies par une seule pharmacie est beaucoup plus élevé et dépasserait 80%.

La réponse est non.

En effet, un Ehpad public est « pouvoir adjudicateur »⁸ au sens du droit communautaire et à ce titre il est soumis au code des marchés publics⁹. Mais, selon les termes de l'article 1^{er} du code des marchés publics (2^{ème} alinéa) « Les marchés publics sont les contrats conclus à titre onéreux entre les pouvoirs adjudicateurs (...) et des opérateurs économiques publics ou privés, pour répondre à leurs besoins en matière de travaux, de fournitures ou de services. ».

Les besoins du pouvoir adjudicateur sont non seulement les besoins liés à son fonctionnement propre (ex : des achats de fournitures de bureaux) mais aussi tous ceux liés à son activité d'intérêt général et qui le conduisent à fournir des prestations à des tiers. Mais si ces tiers sont individualisés, on se situe en dehors du champ du code des marchés publics.

Or, la convention passée entre l'Ehpad et les pharmaciens pour la fourniture de médicaments concerne l'achat de médicaments pour des tiers individualisés et non pour répondre aux besoins de l'Ehpad. En fait, l'Ehpad, même s'il est le débiteur final de la dépense, se borne à jouer un rôle d'intermédiaire entre les besoins des personnes hébergées et les pharmacies, et n'est donc pas soumis au code des marchés publics.

Par ailleurs, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 qui, dans le cadre expérimental de l'article 64, a réintroduit le médicament dans le forfait soins des Ehpad, n'a pas supprimé le droit pour les malades de continuer à s'approvisionner auprès des pharmaciens de leur choix. Les médicaments prescrits à un résidant d'Ehpad par un praticien libéral et dispensés par un pharmacien officinal sont donc considérés comme étant la propriété du résidant et les contrats de fourniture de médicaments sont donc hors du champ des marchés publics¹⁰.

L'analyse ci-dessus signifie que les Ehpad publics ne sont pas tenus, pour l'achat de médicaments, aux procédures telles que l'appel d'offre ou la mise en concurrence. Cependant rien ne leur interdit, s'ils le souhaitent, d'y recourir. Tout dépendra localement des relations que souhaiteront avoir les Ehpad publics avec les pharmaciens officinaux.

2.3 L'acquisition des médicaments par les pharmaciens officinaux

L'expérimentation prévue par l'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2009 ne modifie en rien les conditions habituelles d'achat et d'approvisionnement des médicaments par les officinaux pour les résidents en Ehpad. Les règles relatives aux marges de distribution et aux procédures d'achat auprès des grossistes-répartiteurs ou en achat direct auprès des laboratoires pharmaceutiques, sont les règles administratives habituelles qui prévalent sur le marché de ville officinal.

⁸ Le pouvoir adjudicateur est la personne qui conclut un marché avec un prestataire.

⁹ Un Ehpad non établissement public pourrait être soumis non au code lui-même mais à l'ordonnance 2005-649 du 6 juin 2005 qui comporte en dégradé des règles identiques.

¹⁰ Pour un Ehpad public avec une pharmacie à usage intérieur, il y a déconnexion entre les besoins des personnes hébergées et les commandes de médicaments. Ces commandes seront alors soumises au code des marchés publics. La différence entre Ehpad avec PUI et Ehpad sans PUI tient principalement dans un effet de seuil : un Ehpad avec une PUI commande systématiquement des médicaments qui seront prescrits à un moment ou à un autre parce que le volume le permet et il peut le faire justement parce qu'il a une PUI qui lui permet de faire tampon entre les pharmacies et les patients.

2.4 *Le pharmacien référent, nouvel acteur de santé*

Le principe du pharmacien référent a été introduit par l'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 (Loi n°2008-1330 du 17 décembre 2008, complétant l'article L.5126-6-1 du code de la santé publique).

« La ou les conventions désignent un pharmacien d'officine référent pour l'établissement. Ce pharmacien concourt à la bonne gestion et au bon usage des médicaments destinés aux résidents. Il collabore également, avec les médecins traitants, à l'élaboration, par le médecin coordonnateur mentionné au V de l'article L. 313-12 du même code, de la liste des médicaments à utiliser préférentiellement dans chaque classe pharmaco-thérapeutique. »

La loi définit un nouveau rôle au pharmacien d'officine : celui de pharmacien référent. Le référent est unique pour un établissement donné et il n'est pas nécessairement le (ou l'un des) pharmacien(s) dispensateur(s) des médicaments aux patients de l'Ehpad. L'expérimentation devra prendre en compte les différents cas de figure. Il ne faut pas se masquer qu'il s'agit là d'une des difficultés de l'exercice. Quand l'Ehpad contractera avec un seul pharmacien, ce dernier sera à la fois référent et dispensateur mais quand plusieurs pharmaciens officinaux interviendront en Ehpad, on ne sait pas comment les rôles se répartiront. L'expérimentation permettra de préciser ce point.

Si la participation du pharmacien référent à l'élaboration de la liste des médicaments préférentiels est clairement mentionnée dans la loi, la « bonne gestion » et le « bon usage des médicaments destinés aux résidents » n'explicitent pas ses autres missions.

On peut considérer toutefois que ses tâches pourront comprendre dans la pratique :

- la transmission des prescriptions des patients vers l'officine,
- la vérification de la bonne prescription (posologie, contre-indication, interactions,..),
- le travail en coordination avec les autres professionnels de santé autour du patient,
- la formation et l'information des professionnels de santé sur les nouveaux traitements,
- la gestion des médicaments non utilisés et la vérification des lots périmés.

L'implication du pharmacien référent dans l'Ehpad doit correspondre à un nouveau service de santé rendu à l'établissement et aux résidents. Le pharmacien référent définira avec précision son implication dans l'établissement, ses missions et le temps qu'il y consacrera. Ce service et le temps consacré par le pharmacien référent d'Ehpad seront valorisés.

L'expérimentation prévoira explicitement une rémunération du pharmacien référent.

2.5 *La préparation des doses à administrer (PDA)*

La PDA consiste à préparer, après dispensation, conformément aux bonnes pratiques fixées par arrêté, des « piluliers » individualisés par résident. Jusqu'à ce jour et en l'absence de cadre juridique stabilisé, la PDA est une option très minoritaire dans la dispensation des médicaments en Ehpad. On estime à :

- 20 à 25% la proportion des cas où cette prestation complémentaire à une dispensation individuelle est effectuée à l'officine par le pharmacien qui livre ensuite les piluliers à l'Ehpad,
- 10 à 15% la proportion des cas où la PDA est effectuée en Ehpad par le pharmacien officinal,
- 60 à 70% la proportion des cas où la PDA est effectuée en Ehpad par le personnel infirmier, ce qui entraîne un investissement important en temps infirmier.

Dans les conditions actuelles de pratique, la PDA implique un déconditionnement/reconditionnement des spécialités pharmaceutiques. En effet, il est souvent nécessaire de déconditionner les médicaments de leur emballage d'origine pour les reconditionner dans un pilulier qui contient autant d'alvéoles que d'unités (comprimés, gélules, etc.) préparées.

L'engagement des industriels à mettre sur le marché des présentations à conditionnement unitaire va modifier le process de fabrication des piluliers qui ne nécessiteront plus un déconditionnement/reconditionnement comme actuellement mais un « sur-conditionnement », chaque unité incorporée dans le pilulier restant dans son conditionnement industriel d'origine. Cette nouvelle modalité réglera à la fois la question de la traçabilité des unités prises et celle du délai de préparation et de conservation des piluliers.

Des projets de textes réglementaires (décret PDA et arrêté relatif aux bonnes pratiques) sont finalisés et ont été soumis à concertation.

La PDA est un service que peut rendre le pharmacien dispensateur aux résidents de l'Ehpad. Il ne s'agit pas d'une mission du pharmacien référent.

En tout état de cause, il paraît important d'évaluer le coût de la PDA en fonction des différentes modalités de réalisation.

2.6 L'application des référentiels de bonne pratique de soins en Ehpad et l'élaboration de la liste des médicaments

La régulation des prescriptions se fera grâce à la coordination des professionnels de santé autour du patient en Ehpad : pharmaciens officinaux (référent, dispensateur), médecin coordonnateur, infirmier, praticiens libéraux prescripteurs. Il conviendra, dans le cadre de l'expérimentation, de tester différentes formes de coopération, en particulier la mise en place dans l'Ehpad d'un *comité de suivi thérapeutique*.

Deux groupes ont été initiés par le Secrétariat d'Etat chargé de la solidarité. L'un de ces groupes, animé par le docteur Nathalie Maubourguet, présidente de la Fédération Française des Associations de Médecins Coordinneurs en Ehpad, travaille sur le positionnement du médecin coordonnateur. L'autre groupe, animé par le docteur Alain Lion, président de l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Alsace) étudie les relations entre Ehpad et professionnels de santé. Les propositions de ces groupes, coordonnés par le professeur Claude Jeandel, chef du service de médecine interne – gériatrie au CHU de Montpellier, en particulier

la convention-type nationale Ehpad – médecins libéraux, seront à intégrer à l'expérimentation au fur et à mesure de leur disponibilité.

Comme le rappelle fort justement le rapport Deloménie de 2005¹¹, le dialogue entre médecin coordonnateur et médecin prescripteur est d'autant plus difficile qu'il existe peu de documents validés sur le thème « médicament et personne âgée », alors même que la prescription est particulièrement délicate.

Pour cette raison, il paraît important d'élaborer des fiches thérapeutiques relatives aux pathologies les plus fréquemment rencontrées en Ehpad. Ces fiches pratiques, issues d'une analyse des diverses recommandations gériatriques nationales ou internationales, présenteraient, pour chaque pathologie étudiée, l'arbre de décision des bonnes stratégies de prescriptions gériatriques selon lesquelles des médicaments précis ou des familles thérapeutiques devraient être utilisés dans cette pathologie par les médecins généralistes. Ce travail, effectué sous l'égide du conseil scientifique de la SFGG, Société Française de Gériatrie et Gérontologie, est en cours et devrait être disponible dès le début de la phase expérimentale. La HAS devrait valider ces recommandations afin qu'elles puissent être utilisées plus efficacement par l'ensemble des intervenants du secteur.

La démarche devra déboucher, comme le précise la loi, sur *la liste des médicaments à utiliser préférentiellement dans chaque classe pharmaco-thérapeutique* (article 64 de la LFSS pour 2009) qui sera adaptée localement en fonction des besoins propres à chaque établissement..

L'expérimentation permettra d'analyser pour différents Ehpad (urbains, ruraux, avec un ou plusieurs pharmaciens dispensateurs, avec quelques ou de très nombreux médecins prescripteurs) les conditions d'application effective des référentiels de bonne pratique en Ehpad.

C'est du changement de comportement des prescripteurs en Ehpad et du plus grand respect des bonnes pratiques thérapeutiques que résulteront les améliorations, à la fois en termes d'effets iatrogènes et de régulation des médicaments. La modification de la tarification est un élément incitatif à des changements de comportement mais seule la forte implication coordonnée de tous les professionnels de santé conduira à une meilleure qualité des soins et à une optimisation des ressources.

2.7 Le calibrage de l'enveloppe médicaments à allouer à chaque Ehpad de l'expérimentation

Quelle est la consommation pharmaceutique des résidents en Ehpad sur une période donnée ? La simplicité de la question n'a d'égale que la complexité de la réponse. En effet les systèmes d'information actuels ne permettent pas d'identifier les patients en Ehpad. La législation et la réglementation considèrent le résident en Ehpad comme étant à son domicile. L'évolution des systèmes d'information devrait lever cette limitation d'ici quelque temps. Mais dans l'immédiat, nous devons nous contenter de données provenant d'enquêtes ou d'exploitations partielles des chaînes de liquidation de l'assurance maladie.

Voici l'ensemble des chiffrages disponibles à ce jour :

¹¹ Pierre Deloménie, président du Groupe de travail sur la prise en charge des médicaments dans les maisons de retraite médicalisées, rapport IGAS n°2005 022, mars 2005, page 5

Tableau 11 : La consommation journalière des médicaments dans les établissements ne disposant pas d'une pharmacie à usage intérieure (consommation par jour et patient en €)

Source des données	Consommation pharmaceutique par jour et patient (en €)
CNAMTS-MSA-CANAM (rapport Deloménié), 51 établissements sans PUI, dernier trimestre 2002,	3,21€
DHOS (enquête auprès de 13 DDASS) (rapport Deloménié), 112 établissements, années 2002 et 2003	3,51€ en 2002 3,94€ en 2003
Fédération Hospitalière de France et Conférence nationale des Directeurs d'Ehpad (rapport Deloménié), 91 établissements dont 42 sans PUI (environ 2800 résidents), novembre 2004	3,20€
Eurostaf pour le compte de la Direction de la Sécurité Sociale, 52 Ehpad, 2703 résidents, décembre 2007,	3,89€ remboursable ; 3,34€ remboursé
Association de pharmacie rurale, enquête sur 300 pharmacies servant des Ehpad, avril 2009	4,80€
Fédération des syndicats pharmaceutiques de France, enquête sur 193 pharmacies servant 13812 patients en Ehpad, avril 2009	4,21€
Syndicat National des Etablissements et Résidences pour Personnes Agées (SYNERPA), enquête sur 250 Ehpad (environ 18000 résidents), avril 2009	5,13€ (y compris médicaments non remboursables)
CNAMTS, Enquête sur la consommation pharmaceutique au cours du premier semestre 2008 des 25409 résidents de 60 ans et plus en Ehpad sans PUI, assurés au Régime général, dans les 4 régions : Bretagne ; Centre ; Pays de Loire ; Aquitaine ; juin 2009	4,12€ remboursable ; 3,52€ remboursés Intervalle de confiance : IC95% [2,94€ ; 4,10€]

Le chiffrage le plus récent et le plus complet conduit à une dépense de médicaments par jour et par résident de 4,12€.

Dans le système actuel de tarification du médicament, l'assurance maladie prend à sa charge 3,52€ par jour et par résident, soit 85,4% de la consommation remboursable. Le reste à charge de 0,6€ par jour et par résident est à la charge de l'assuré ou, le cas échéant, pris en charge par sa complémentaire maladie.

Dans le nouveau mode de financement qui résultera de la réintégration des médicaments au forfait soins des Ehpad, il y a une analogie avec le système de financement des Ehpad qui disposent d'une Pharmacie à usage intérieur et l'intégralité de la dépense de médicaments sera à la charge de la collectivité sans reste à la charge pour le résident. Cette amélioration de l'accès aux soins des assurés se traduira par un surcoût pour l'assurance maladie, et par une économie pour les organismes de protection complémentaire¹². La question de cette nouvelle répartition des charges entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie

¹² Dans la mesure où la totalité des résidents ne disposent pas d'une complémentaire santé, on ne peut pas assimiler *stricto sensu* surcoût pour l'assurance maladie obligatoire et économie pour l'assurance maladie complémentaire.

complémentaire devra être évoquée. Il conviendra d'associer les organismes de protection sociale complémentaire à l'évaluation des montants transférés entre l'enveloppe soins de ville et l'enveloppe médico-sociale.

Le chiffre de 4,12€ servira de base au calibrage de l'enveloppe moyenne à transférer aux Ehpad lors de la généralisation de la mesure.

Il s'agit d'une donnée moyenne et il existe une grande diversité de situations entre les Ehpad. L'étude de la CNAMTS met d'ailleurs en évidence un écart entre les régions. Ainsi pour le Centre la valeur moyenne est de 3,49€ par jour et par résidant alors qu'en Bretagne la moyenne est de 4,53€ par jour et par résidant.

L'analyse conduite par le SYNERPA dans le cadre de la mission de préparation de l'expérimentation montre qu'il ne semble pas exister de lien direct entre la consommation moyenne de médicaments par résidant et par jour et le GMP ou le PMP¹³ des établissements. En revanche, un lien semble exister avec la taille d'un établissement (taille et consommation pharmaceutique moyenne en liaison inverse). Il est aisé de comprendre qu'un petit Ehpad a plus de mal qu'un grand à « moyenniser » la consommation pharmaceutique de résidents fort consommateurs.

Il ne nous paraît pas souhaitable de rechercher pour le démarrage de l'expérimentation une méthode d'allocation fine Ehpad par Ehpad, d'autant plus que le chiffre de base correspond à une pratique non optimisée de la prescription pharmaceutique.

Aussi est-il proposé de calibrer le transfert d'enveloppe de chaque Ehpad expérimentateur sur la base de sa consommation pharmaceutique « historique » observée par l'assurance maladie au cours du premier semestre 2009.

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

Comme l'expérimentation doit permettre de préparer les nouveaux modes de tarification des médicaments, il conviendra de préciser, au cours de l'expérimentation les modalités du calcul de l'enveloppe à transférer. En particulier devront être recherchés les principaux déterminants de la variation des consommations pharmaceutiques entre Ehpad. En effet, pour calibrer l'enveloppe à transférer à chaque Ehpad, il est important de tenir compte de la disparité des situations des Ehpad. A cet égard, il sera procédé à l'actualisation de la valeur du point Pathos médicament (poste 8) qui sert à l'élaboration du PMP. La valeur de ce point (0,192€) n'a pas évolué depuis 1999¹⁴.

L'actualisation du point Pathos sera conduite par le docteur Jean-Marie Vétel en relation avec les services médicaux et administratifs de la CNAMTS, sur la base d'un échantillon de 1500 patients à constituer au sein des établissements expérimentateurs.

Il serait sans doute utile de procéder au sein des établissements expérimentateurs à une actualisation ou à une réalisation d'une coupe PATHOS de leurs résidents, afin de rapprocher les résultats de cette coupe et la consommation « historique » observée.

D'autres éléments devront être pris en compte dans l'analyse du forfait soins médicaments. En effet des médicaments sont prescrits à des résidents pendant des périodes où ils ne sont pas hébergés à l'Ehpad (vacances, hospitalisation, etc.). L'expérimentation permettra d'évaluer l'importance de ces facturations à l'assurance maladie en dehors du forfait.

¹³ Sur le PMP, pathos moyen pondéré, voir en annexe.

¹⁴ Il serait pertinent d'actualiser également l'ensemble des valeurs des postes du point Pathos

Enfin, l'enveloppe à transférer devra tenir compte, lors de la généralisation, de l'existence d'un certain nombre de médicaments particulièrement onéreux qui continueront de relever du système actuel de financement des soins de ville. Ces médicaments constituent ce qu'on appelle « la liste en sus ».

2.8 La liste en sus

Il n'est pas question de restreindre l'accès des Ehpad aux résidents qui auraient besoin de traitements coûteux. La loi¹⁵ prévoit l'instauration d'une liste de médicaments facturables en sus des forfaits de soins. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe cette liste de spécialités pharmaceutiques prises en charge dans les conditions de droit commun.

La liste en question sera spécifique aux Ehpad. Elle sera établie à partir d'un certain nombre de critères, notamment le coût élevé du médicament lorsqu'il est utilisé par un nombre très restreint de résidents. Ainsi lorsque le coût du traitement journalier est supérieur à 50% du tarif journalier moyen, on peut considérer qu'il est incompatible avec le tarif du forfait de soins et qu'il y aura lieu d'inscrire ce médicament sur la liste en sus.

C'est ainsi que, dans un premier temps, les érythropoïétines et les médicaments de la DMLA (dégénérescence maculaire liée à l'âge) seront inscrits sur cette liste.

Les mises à jour seront régulières tant en termes d'ajout que de suppression en fonction des données disponibles.

Dans le cadre de l'expérimentation qui, rappelons-le, garantit l'enveloppe financière médicaments des Ehpad, il est sans doute préférable pour des raisons de simplification, que l'enveloppe inclue les médicaments de la future liste en sus.

2.9 Evaluation de l'expérimentation : indicateurs qualitatifs de prescription + indicateur quantitatif synthétique

L'objectif principal de l'expérimentation est d'améliorer la prise en charge pharmaceutique des résidents en Ehpad en assurant la meilleure coordination possible des acteurs de santé (médecin coordonnateur, infirmier coordonnateur, pharmacien référent, médecins prescripteurs). Cette amélioration de la prise en charge diminuera les effets iatrogènes et contribuera à la régulation des médicaments prescrits.

Pour évaluer l'expérimentation et mesurer l'effet de la coordination entre les acteurs de santé, nous retiendrons des indicateurs simples, issus de travaux préalables du Collège Professionnel des Gériatres Français et de la Haute Autorité de Santé. Ces indicateurs font actuellement l'objet d'une concertation large incluant les prescripteurs (médecins généralistes, gériatres, cardiologues et psychiatres notamment), ce qui facilitera leur appropriation par les professionnels de santé. Leur publication par la HAS et les organisations professionnelles est programmée fin 2009.

Pour chaque prescription seront relevés les 12 items suivants :

- 1) L'ordonnance est structurée par domaine pathologique (Oui/Non)
- 2) Elle ne comprend pas 2 médicaments dont l'association est absolument contre-indiquée (Oui/Non)

¹⁵ article L.314-8 du Code de l'action sociale et des familles modifié par l'article 64 de la LFSS pour 2009

3) Elle indique la clearance de la créatinine (Oui/Non)

4) Elle précise la durée de prise pour chaque médicament (Oui/Non)

(Les indicateurs 1, 2, 3, 4 sont des indicateurs qualitatifs relatifs aux règles générales de bonne prescription mesurables sur l'ordonnance)

5) Elle ne comprend pas plus de 2 psychotropes

6) Elle ne comprend pas plus de 2 diurétiques

7) Elle ne comprend pas plus de 3 antihypertenseurs

(Les indicateurs 5, 6, 7 sont des indicateurs qualitatifs d'alerte iatrogénique mesurables sur l'ordonnance)

8) L'ordonnance ne comprend pas de médicament absolument contre indiqué au patient (Oui/Non)

9) L'ordonnance ne comprend pas de médicament sans indication documentée dans le dossier (Oui/Non)

10) L'ordonnance correspond au traitement noté dans le dossier (Oui/Non)

11) L'ordonnance comprend les médicaments nécessaires à la prise en charge des pathologies à traiter au regard des éléments du dossier médical (Oui/Non)

12) En cas de prescription de neuroleptiques chez le patient Alzheimer, l'indication a été confirmée (Oui/Non) (l'indicateur d'alerte iatrogénique du plan Alzheimer est le pourcentage de patients Alzheimer sous neuroleptiques)

(Les indicateurs 8, 9, 10, 11, 12 sont des indicateurs de maîtrise du risque iatrogénique mesurables sur l'ordonnance couplée à une discussion collégiale avec le prescripteur)

Pour chaque résidant seront analysées les prescriptions pharmaceutiques à trois périodes :

- au démarrage de l'expérimentation (à J0),
- à J0 + 6mois
- à J0 + 12 mois.

Une feuille de remplissage (tableur informatique) sera fournie à chaque Ehpad expérimentateur. Elle permettra un suivi de l'expérimentation au sein de chaque Ehpad - les données des résidants étant anonymisées - et une agrégation des résultats pour l'ensemble des Ehpad.

De plus on retiendra un indicateur synthétique, le nombre moyen d'unités (boîtes, flacons, etc.) prescrites au sein de l'Ehpad (nombre moyen annuel d'unités prescrites par résidant).

L'observation de la consommation pharmaceutique au cours du premier semestre 2009, préalable nécessaire au calibrage de l'enveloppe médicaments à transférer aux Ehpad, permettra de mesurer cet indicateur « avant l'expérimentation » (c'est-à-dire à J0). Un calcul de l'indicateur sur les premiers 6 mois de l'expérimentation, puis sur l'année complète, montrera comment évolue quantitativement la prescription de médicaments au sein de l'Ehpad.

Si le calcul de l'indicateur synthétique « avant l'expérimentation » est effectué à partir des données issues des chaînes de liquidation de l'assurance maladie, les calculs pendant l'expérimentation devront être conduits autrement.

En effet, dès le début de l'expérimentation, et puisque le mode de financement des médicaments changera, il n'y aura plus, sauf pour les médicaments de la liste en sus, de facturation du pharmacien d'officine aux résidents ou à l'assurance maladie.

Il est toutefois impératif que les pharmaciens continuent de « tracer » la dispensation aux Ehpad des médicaments, patient par patient, ordonnance par ordonnance, pour assurer la tenue du dossier thérapeutique de chaque résident. Ainsi l'information sur la consommation pharmaceutique n'arrivera plus aux caisses d'assurance maladie, mais restera accessible au travers des dispensations pharmaceutiques (avec ou sans précision des coûts, selon les possibilités données par les systèmes d'information pharmaceutiques).

Il appartiendra également aux Ehpad d'enregistrer la consommation de leurs résidents à partir des prescriptions faites par les médecins. Ces prescriptions transiteront des Ehpad aux pharmaciens d'officine pour la fourniture des médicaments. L'information existera donc dans les Ehpad et dans les pharmacies.

Il est proposé que les données nécessaires au calcul de l'indicateur soient obtenues à partir des informations recueillies par le système Pharmastat des pharmaciens d'officine.

Il conviendra également de suivre les dépenses de médicaments de l'établissement, par produit ou catégorie de produits.

3. Modalités pratiques et déroulement de l'expérimentation

3.1 Effectif retenu

L'expérimentation ne consiste pas à modéliser le fonctionnement des Ehpad sur la base d'un échantillon représentatif d'établissements. En revanche, elle doit permettre d'avoir une diversité suffisante de situations tant en termes de statut d'établissements (public, privé non lucratif, privé commercial), que de localisation (urbaine, rurale) et de capacité d'accueil. Aussi proposons-nous de constituer un échantillon de 360 Ehpad comme suit :

Statut des Ehpad	Moins de 60 places	60 places et plus
Public	30 ruraux + 30 urbains	30 ruraux + 30 urbains
Privé non lucratif	30 ruraux + 30 urbains	30 ruraux + 30 urbains
Privé commercial	30 ruraux + 30 urbains	30 ruraux + 30 urbains

Il sera également constitué un échantillon témoin de 50 Ehpad.

3.2 Constitution de l'échantillon

Les candidatures des établissements volontaires seront adressées par les fédérations d'Ehpad aux DDASS courant juillet 2009. La demande de participation à l'expérimentation devra comporter le nom de l'établissement, le lieu d'implantation, la capacité d'accueil, le nom du pharmacien fournisseur principal de l'Ehpad ou le nombre de pharmaciens lorsqu'il n'y a pas de fournisseur principal, le nombre de médecins prescripteurs habituels de l'Ehpad.

Comme l'expérimentation doit permettre de tester l'efficacité de l'implication du pharmacien référent dans l'Ehpad, il est important d'associer les pharmaciens officinaux dès la phase de constitution de l'échantillon.

3.3 Estimation de la consommation pharmaceutique pour chacun des Ehpad

Chaque Ehpad expérimentateur adressera à sa caisse pivot la liste des patients hébergés entre le 1^{er} janvier et le 30 juin 2009. La caisse pivot s'adressera aux caisses gestionnaires pour le calcul de la consommation pharmaceutique de leurs résidents au cours du premier semestre 2009 (coût des médicaments remboursables sur la base du prix public officinal TTC, (déduction faite du coût des spécialités entrant dans la liste en sus dès lors que la liste en sus est connue au démarrage de l'expérimentation).

Cette valeur servira de base au calcul de l'enveloppe expérimentale qui devra couvrir la période du 1^{er} septembre 2009 au 31 août 2010.

L'information sera transmise par les caisses gestionnaires aux caisses pivots qui remonteront les données aux Ehpad, aux DDASS concernés et à la CNSA.

3.4 *Crédits non reconductibles.*

A partir des informations transmises par les caisses et les DDASS, la CNSA étudiera la soutenabilité de l'expérimentation en fonction des départements d'implantation des établissements.

Cette évaluation portera sur les postes :

- médicaments (estimation à partir de la consommation pharmaceutique de janvier à juin 2009)
- rémunération des pharmaciens référents

Les DDASS seront chargées de verser l'enveloppe financière de l'expérimentation à chaque Ehpad.

3.5 *Circulaire DGAS, DSS, CNAMTS, MSA, CNSA*

Une circulaire conjointe (Direction générale de l'action sociale, Direction de la Sécurité sociale, Direction générale de la Santé, Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole et Caisse nationale de la solidarité et de l'autonomie) sera élaborée au cours de l'été 2009.

Elle précisera, entre autres, les modalités techniques et financières de l'expérimentation, les conditions de sortie éventuelle de l'expérimentation, les « clauses de sauvegarde » (pour attribution des crédits non reconductibles), la grille de saisie des indicateurs d'évaluation et les engagements des établissements et des pharmaciens en matière de suivi de l'expérimentation, le tableau de consommation détaillé de médicaments.

3.6 *Comité de suivi de l'expérimentation*

Un comité composé d'un représentant

- de chaque fédération d'Ehpad
- de chacun des trois syndicats de pharmaciens officinaux (FSPF, UNPF, USPO)
- de la FFAMCO,
- de la Direction générale de l'action sociale,
- de la Direction de la Sécurité sociale,
- de la Direction générale de la Santé
- de la Caisse nationale de la solidarité et de l'autonomie,
- de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés,
- de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
- de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie

assurera le suivi de l'expérimentation. Ce comité sera présidé par le responsable administratif chargé de préparer le rapport d'évaluation que le Gouvernement doit remettre au Parlement avant le 1er octobre 2010.

ANNEXES

Annexe 1 : textes législatifs et réglementaires

1. **LOI n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009, Article 64**

I. — L'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles est complété par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Des expérimentations relatives aux dépenses de médicaments et à leur prise en charge sont menées, à compter du 1er janvier 2009 et pour une période n'excédant pas deux ans, dans les établissements et services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 qui ne disposent pas de pharmacie à usage intérieur ou qui ne sont pas membres d'un groupement de coopération sanitaire. Ces expérimentations sont réalisées sur le fondement d'une estimation quantitative et qualitative de l'activité de ces établissements et services réalisée. Au titre de ces expérimentations, les prestations de soins mentionnées au 1° de l'article L. 314-2 peuvent comprendre l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale.

« Le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation de ces expérimentations avant le 1er octobre 2010. Ce rapport porte également sur la lutte contre la iatrogénie.

« En fonction du bilan des expérimentations présenté par le Gouvernement, et au plus tard le 1er janvier 2011, dans les établissements et services mentionnés au I de l'article L. 313-12 du présent code, les prestations de soins mentionnées au 1° de l'article L. 314-2 comprennent l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale. Elles comprennent également l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des dispositifs médicaux, produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du même code ou, pour les établissements et services qui ne disposent pas de pharmacie à usage intérieur ou qui ne partagent pas la pharmacie à usage intérieur d'un groupement de coopération sanitaire, de certains d'entre eux dont la liste est fixée par arrêté.

« Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des spécialités pharmaceutiques, bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et dispensées aux assurés hébergés dans les établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code, qui peuvent être prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations de soins mentionnées au 1° de l'article L. 314-2. Ces spécialités pharmaceutiques sont prises en charge dans les conditions de droit commun prévues par la section 4 du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale. Les dépenses relatives à ces spécialités pharmaceutiques relèvent de l'objectif mentionné à l'article L. 314-3-1 du présent code. »

II. — Le premier alinéa de l'article L. 5126-6-1 du code de la santé publique est complété par trois phrases ainsi rédigées :

« La ou les conventions désignent un pharmacien d'officine référent pour l'établissement. Ce pharmacien concourt à la bonne gestion et au bon usage des médicaments destinés aux résidents. Il collabore également, avec les médecins traitants, à l'élaboration, par le médecin coordonnateur mentionné au V de l'article L. 313-12 du même code, de la liste des médicaments à utiliser préférentiellement dans chaque classe pharmaco-thérapeutique. »

III. — A la fin de la première phrase du V de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « dont les missions sont définies par décret » sont remplacés par trois phrases ainsi rédigées : « Le médecin coordonnateur contribue, auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement, à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. A cette fin, il élabore une liste, par classe pharmaco-thérapeutique, des médicaments à utiliser préférentiellement, en collaboration avec les médecins traitants des résidents et avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien d'officine référent mentionné au premier alinéa de l'article L. 5126-6-1 du code de la santé publique. Ses autres missions sont définies par décret. »

IV. — A compter du 1er janvier 2011, le septième alinéa de l'article L. 314-8 du même code est supprimé.

2. Article L5126-6-1 du Code de la santé publique, modifié par la loi n°2008-1330 du 17 décembre 2008 - art. 64

Les établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles qui ne disposent pas de pharmacies à usage intérieur ou qui ne sont pas membres d'un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur concluent, avec un ou plusieurs pharmaciens titulaires d'officine, une ou des conventions relatives à la fourniture en médicaments des personnes hébergées en leur sein. La ou les conventions désignent un pharmacien d'officine référent pour l'établissement. Ce pharmacien concourt à la bonne gestion et au bon usage des médicaments destinés aux résidents. Il collabore également, avec les médecins traitants, à l'élaboration, par le médecin coordonnateur mentionné au V de l'article L. 313-12 du même code, de la liste des médicaments à utiliser préférentiellement dans chaque classe pharmaco-thérapeutique.

Ces conventions précisent les conditions destinées à garantir la qualité et la sécurité de la dispensation pharmaceutique ainsi que le bon usage des médicaments en lien avec le médecin coordonnateur mentionné au V de l'article L. 313-12 du même code. Elles sont transmises par les établissements à l'autorité administrative compétente ainsi qu'à la caisse primaire d'assurance maladie dont ils relèvent et par les pharmaciens au conseil compétent de l'ordre. Les personnes hébergées ou leurs représentants légaux conservent la faculté de demander que leur approvisionnement soit assuré par un pharmacien de leur choix.

Les conventions doivent reprendre les obligations figurant dans une convention type définie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Annexe 2 : Pathos et PMP (Pathos Moyen Pondéré)

L'état d'un résident en Ehpad est déterminé à partir de son degré d'autonomie (domestique et sociale : besoins d'aide sociale ; corporelle et mentale : besoins de soins de base) de son environnement et de ses pathologies (besoins de soins médicaux et techniques). Le modèle Pathos traite du dernier point.

Pathos permet de décrire la polypathologie des personnes âgées et d'évaluer le niveau de soins médico-techniques nécessaires pour en assumer la prise en charge. L'outil est utilisable à domicile ou en institution, avec des objectifs différents selon que l'on s'adresse à un individu ou à une population.

Le niveau de soins est déterminé par un couple état pathologique / profil de soins.

Un thésaurus de 50 états pathologiques a été défini après études dans les services et les établissements. Ils décrivent 98% des situations rencontrées.

12 profils de soins sont retenus (T1, T2 : pour les soins techniques lourds ; P1, P2 : pour la prise en charge psychiatrique et psychologique ; R1, R2 : pour rééducation ; CH pour chirurgie, pansements ; DG pour diagnostic ; M1, M2 : pour les soins palliatifs ; S1, S0 : pour soins et surveillance)

À chaque état pathologique ne peut correspondre qu'un seul profil de soins. Pour chaque couple état-profil (on en dénombre 240 possibles), une ordonnance définissant les soins nécessaires a été rédigée par un groupe d'experts. Le codage de la pathologie et du profil permet de calculer le niveau de soins nécessaires à partir de 8 postes de consommation de ressources :

1 : Gériatre	2 : Psychiatre	3 : Infirmiers	4 : Rééducation
5 : Psychothérapie	6 : Biologie	7 : Imagerie	8 : Pharmacie

Dans chacun des 8 postes de consommation de ressources il existe 4 niveaux de soins différents. Les ressources sont exprimées en temps ou en unités monétaires. Par exemple, le niveau maximum pour le gériatre est 20 minutes par jour.

L'algorithme analyse l'association des différents couples état pathologique – profil de soins de chaque patient et tient compte de la simultanéité de certaines tâches, d'un maximum de ressources logiques et raisonnables, de l'existence d'actes dits « spécifiques », de situations particulières pour réaliser une « somme pondérée » des points liés aux différents couples présentés dans chacun des 8 postes de ressources et constituer 8 indicateurs distincts de niveaux de soins nécessaires.

Le PMP est un indicateur global unique de charge en soins médicaux et techniques pour une population. Il correspond à la somme pondérée des points de niveau de soins dans les huit postes de ressources analysés par le modèle (il varie considérablement au niveau individuel : de 0 à 2000 et plus).

Annexe 3 : Enquête CNAMTS pour l'estimation de la consommation de médicaments par les résidents des EHPAD¹⁶

Cette annexe reproduit des extraits d'une note établie par la CNAMTS pour la mission d'expérimentation.

Depuis 2008 la CNAMTS peut repérer les assurés résidant en Ehpads et les périodes de présence effective dans ces structures¹⁷. pour repérer

Cette saisie est réalisée à partir des listes semestrielles des résidents que les directeurs d'Ehpads transmettent aux caisses pivots, conformément à l'article R.314-169 du code de l'action sociale et des familles.

Toutefois l'information permettant de repérer, de manière exhaustive au niveau national, les personnes résidant en Ehpads, n'est pas disponible du fait notamment des informations incomplètes transmises par les directeurs d'EHPAD aux caisses pivots. Pour cette raison et afin d'avoir une vision la plus juste possible, une enquête régionale a été coordonnée et mise en œuvre par le département de l'hospitalisation de la CNAMTS (DHOSPI).

Deux requêtes ont été réalisées conjointement par la Direction régionale du service médical (DRSM) de Bretagne et le DHOSPI. L'objectif était d'obtenir des informations permettant, de manière rétrospective, de faire une estimation quotidienne du montant de la consommation par résident en Ehpads au premier semestre 2008 (du 1^{er} janvier au 30 juin 2008).

1. Méthodologie

1ère phase : collecte et sélection des numéros d'identification des résidents en Ehpads et des périodes de présence effective en Ehpads :

L'estimation de la consommation de médicaments des résidents en Ehpads suppose :

- que ces personnes sont résidentes en Ehpads sur la période de consommation évaluée,
- que ces personnes sont effectivement présentes dans l'établissement au moment de l'estimation et non décédées, en congés en famille, hospitalisées etc.

À partir de la base des données opérantes (BDO) comportant les données personnelles relatives aux assurés et aux bénéficiaires de l'assurance maladie, sera opérée une collecte et une sélection des NIR (numéros d'inscription au répertoire de l'INSEE qui permettent

¹⁶ A. Duchêne, G. Leblanc et J-F. Rouget, CNAMTS, DDGOS/DOS/DHOSPI. Enquête effectuée à la demande de la mission expérimentation article 64, juin 2009. Cette enquête a été faite par la CNAMTS, département de l'Hospitalisation, en collaboration avec les directions régionales du service médical de Bretagne, du Centre, des Pays de Loire et d'Aquitaine, Enquête.

¹⁷ Cf. la lettre-réseau LR-CNAMTS-DDGOS-43/2008 instaurant la saisie d'un top « H » dans les bases de données.

l'identification des assurés et des bénéficiaires de l'assurance maladie) des résidents en Ehpad et des périodes de présence effective. Des critères stricts d'inclusion des bénéficiaires et des établissements s'ajoutent à celui de la seule présence d'un top « H » car la qualité des informations saisies est insuffisante pour garantir la fiabilité de la sélection. En effet, des tests ont été effectués pour la réalisation de profils sur la base de ce top « H ». La qualité des informations saisies a été jugée insatisfaisante et il a été rappelé au réseau des caisses primaires¹⁸ la nécessité d'une amélioration à l'échéance de l'année 2008 afin de permettre l'exploitation des données de consommation sur l'enveloppe-ville des résidents en EHPAD à partir du top « H ».

Les établissements retenus pour l'enquête sont des maisons de retraite ou des foyers logements (catégories 200 et 202), sans PUI, en activité au 31 décembre 2007.

2e phase : requête sur les bases informationnelles des consommations de médicaments des résidents sélectionnés à l'aide du top « H ».

En pratique, une 2^{ème} requête permet de collecter, à partir des chaînes de liquidation et du système d'information régional, la consommation médicamenteuse (les montants remboursés et la base de remboursement) :

- sur le 1^{er} semestre 2008,
- par code CIP (code d'identification du médicament),
- pour chaque période de présence des assurés ciblés (un assuré pouvant présenter plusieurs périodes différentes de prise en charge dans un même établissement).

2. Résultats

2.1 Données de cadrage

Le Secrétariat d'État aux personnes âgées estimait le nombre de places en Ehpad à 513 600 en janvier 2008, ce qui correspond à un nombre de places en établissements sans PUI de 410 880 sur le territoire national.

Au total, l'étude porte sur les 4 régions de Bretagne, Centre, Pays de Loire et Aquitaine et concernent 25 409 résidents en EHPAD âgés de 60 ans ou plus.

Il convient d'observer que sur les établissements ayant bénéficié d'une coupe PATHOS, deux régions ont un PMP inférieur à la moyenne (Centre et Pays de Loire) et les deux autres régions ont un PMP régional supérieur à la moyenne.

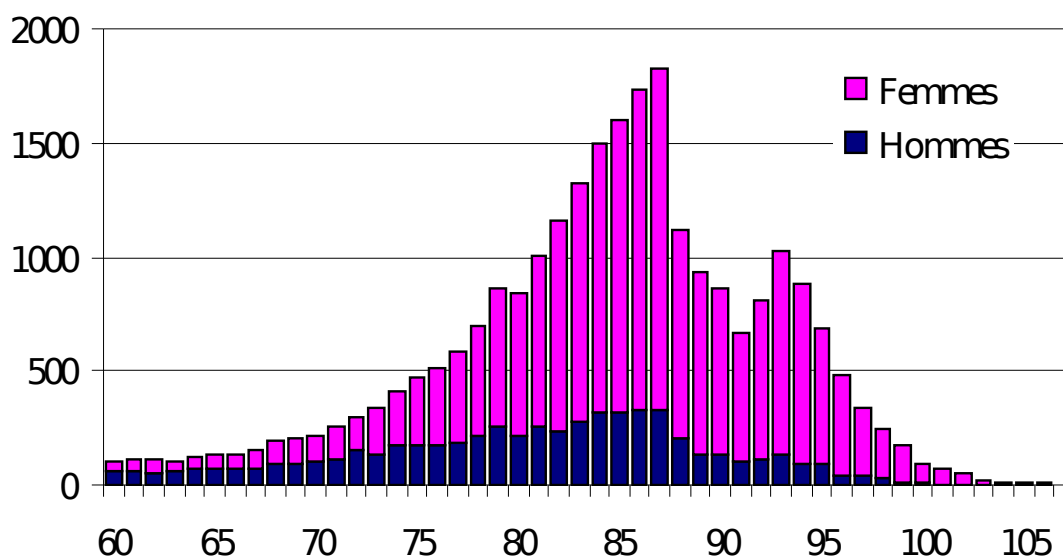
¹⁸ Lettre réseau LR-DDGOS-75/2008

	Nombre d'EHPAD sans PUI	Nombre de places autorisées	Nombre de résidents de l'échantillon	Nombre moyen de journées de présence
Ensemble	1 151	84 607	25 409	155
Aquitaine	289	18 508	4 618	149
Bretagne	311	23 034	8 344	150
Centre	118	12 299	4 639	158
Pays de Loire	433	30 766	7 808	161

Le nombre moyen de journées de présence, au cours du premier semestre 2008, des résidents dans l'établissement est de 155 jours, quel que soit le motif de sortie : congés en famille, hospitalisation ou décès. Les résidents sortent peu (le 1^{er} semestre 2008 compte 182 jours).

En moyenne, les personnes qui constituent l'échantillon de l'étude sont âgées de 84 ans et 76,9% sont des femmes.

Nombres de résidents par âge



2.2 Résultats de l'estimation de la consommation de médicaments des résidents en Ehpad sans PUI

Parmi, les personnes qui résident en Ehpad, 1 737 (6,8%) n'ont pas consommé de médicaments.

La dépense journalière moyenne de médicaments sur l'ensemble des résidents en EHPAD sans PUI est de 4,12 euros, dont 3,52 à la charge de l'assurance maladie (régime obligatoire). Ce calcul tient compte des jours de présence effective des résidents, la dotation budgétaire annuelle fléchée vers les médicaments devrait donc elle aussi être calculée en tenant compte

d'un nombre de jours de présence moyen par structure pour l'attribution de l'enveloppe relative aux médicaments, ce qui n'est pas la méthode de calcul habituelle.

	Montant remboursable moyen par jour	Montant remboursé moyen par jour	Reste à charge moyen par jour
Ensemble	4,12 euros	3,52 euros IC95% (2,94 ; 4,10)	0,60 euros
Aquitaine	4,51 euros	3,86 euros IC95% (2,42 ; 5,29)	0,65 euros
Bretagne	4,53 euros	3,95 euros IC95% (2,85 ; 5,05)	0,58 euros
Centre	3,49 euros	2,97 euros IC95% (1,88 ; 4,06)	0,52 euros
Pays de Loire	3,87 euros	3,22 euros IC95% (2,23 ; 4,21)	0,65 euros

2.3 Prise en compte des spécialités susceptibles de faire l'objet d'une liste en sus

Un groupe de travail piloté par la DSS est chargé de déterminer les spécialités à prendre en compte pour la liste en sus. La question de savoir si les traitements de la maladie d'Alzheimer doivent être intégrés au forfait ou non n'est pas tranchée mais, s'il est vrai que ces traitements augmentent en volume, il reste qu'ils concernent un nombre important de patients hébergés en Ehpad et ne devraient donc pas relever d'une liste d'exception faisant l'objet d'un remboursement en sus. Le résultat de l'analyse précédente devra donc être réexaminé à la lumière de la liste définitive.

Répartition des médicaments par classe thérapeutique (en cours)

Une analyse des médicaments consommés en Ehpad dans les quatre régions de la présente enquête pour identifier les médicaments les plus onéreux et dont la fréquence de consommation est faible, est en cours. Elle devrait permettre de faire des propositions pour constituer la liste en sus des médicaments hors forfait soins¹⁹. Cette liste permettra de stabiliser le calcul de la dépense en médicament par place en excluant les spécialités thérapeutiques qui intégreraient la liste.

Conclusion

Il existe des disparités entre les données des 4 régions même si les intervalles de confiance se recouvrent. Ces disparités ne sont pas expliquées par l'analyse des consommations des patients de 75 ans et plus (CF tableau joint).

Il est prévu ultérieurement de lancer la requête dans toutes les régions afin d'affiner les résultats.

¹⁹ Pour mémoire, la liste en sus des médicaments hors GHS pour la MCO en établissement de santé a été définie pour un coût des produits supérieur à 50% du tarif et pour des spécialités concernant moins de 20% des patients.

	EHPAD, Montant remboursable moyen par jour	REGION, Montant remboursable moyen par jour	EHPAD, Montant remboursable moyen par jour corrigé
Ensemble	4,12 euros		
Aquitaine	4,51 euros	3,59 euros	4,51 euros
Bretagne	4,53 euros	3,40 euros	4,78 euros
Centre	3,49 euros	3,51 euros	3,57 euros
Pays de Loire	3,87 euros	3,28 euros	4,23 euros
France entière	-	3,59 euros	
Rapport Max/min	1,30	1,09	1,34