Inspection générale
des affaires sociales
RM2011-113P

Financement des soins dispensés dans les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) - Evaluation de l'option tarifaire dite globale

RAPPORT DEFINITIF

Établi par

Nathalie DESTAIS Vincent RUOL Michel THIERRY

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Octobre 2011 -

Synthèse

[1] Par lettre de mission du 23 février 2011, les trois ministres chargés respectivement de la santé, des solidarités et des comptes publics ont demandé à l'IGAS une mission relative au financement des soins dispensés dans les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD). Cette mission, confiée à Nathalie DESTAIS, Vincent RUOL et Michel THIERRY, membres de l'IGAS, portait sur l'évaluation comparée des deux modes de financement des soins actuellement en vigueur, selon un tarif dit « partiel » et selon un tarif dit « global ». Il s'agissait de comparer les coûts pour l'assurance maladie des deux tarifs, d'examiner leurs incidences respectives sur la pertinence et la qualité des soins délivrés, enfin d'analyser les conditions de régulation et de suivi de la dépense dans ce secteur.

[2] Ces tarifs de soins s'inscrivent dans un cadre réglementaire complexe, qui a abouti au morcellement des régimes tarifaires des établissements conventionnés. Le budget des EHPAD est composé de trois sections, relatives à l'hébergement (à la charge du résident avec éventuelle intervention de l'aide sociale), à la dépendance (partagée entre le département et le résident) et aux soins (à la charge de l'assurance maladie). Cette tarification ternaire accompagne la signature de conventions tripartites quinquennales entre l'établissement, l'ARS et le Conseil général.

[3] La dotation de soins couvre un périmètre variable selon l'option tarifaire retenue par l'EHPAD, les autres postes de soins étant remboursés aux résidents comme soins de ville ou comme soins hospitaliers. Outre les soins couverts par le tarif partiel, le tarif global inclut aussi quatre postes supplémentaires :

- les consultations d'omnipraticiens ;
- l'ensemble des soins d'auxiliaires médicaux ;
- les examens de radiologie légère ;
- les examens de biologie courante.

[4] La dotation de soins allouée à l'EHPAD est arrêtée annuellement par le directeur général de l'ARS. Son montant est déterminé soit en fonction de dotations historiques soit en fonction d'une évaluation des soins médico-techniques requis sur la base du référentiel « PATHOS » ; dans ce dernier cas, le besoin de soins évalué conjugué à la dépendance moyenne de la population hébergé (GMP) sont convertis en un nombre de points (GMPS) ; ce GMPS multiplié par la capacité de l'établissement et par la valeur du point, permet de déterminer une dotation théorique, qui dépend aussi du périmètre de soins couverts, donc de l'option tarifaire de l'établissement, et de l'existence ou non d'une pharmacie à usage intérieur (PUI). Cette dotation théorique a valeur de plafond dans le cadre du principe de « convergence tarifaire » mais tend à être considérée comme une cible par de nombreux acteurs.

[5] Dans une période récente où les enveloppes allouées par la CNSA n'étaient pas réellement limitatives, les facteurs d'automatisme de cette formule ont été largement utilisés par les autorités tarifaires locales, confrontées à des situations de sous-encadrement médical et paramédical des établissements, avec une tendance forte à concentrer les augmentations de moyens sur le premier ou les deux premiers exercices suivant le renouvellement d'une convention tripartite ou l'avenant de passage au tarif global.

[6] Ce cadre complexe s'est également avéré mouvant, marqué par une évolution heurtée du périmètre des tarifs ou de leurs modalités d'application : intégration puis exclusion des médicaments dans le tarif global, intégration mal préparée des dispositifs médicaux dans les budgets soins. Une politique très volontariste de l'État, tant en matière de médicalisation des EHPAD qu'en matière d'incitation au choix du tarif global, a été suivie d'un coup d'arrêt soudain mi 2010.

[7] S'agissant de la comparaison des coûts, la mission s'est heurtée à de fortes limites méthodologiques, liées notamment au cloisonnement des données et à leur piètre qualité pour une analyse médico-économique. Elle a toutefois présenté dans un rapport provisoire remis début juillet, conformément à la lettre de mission, une première série de résultats, en s'appuyant notamment sur l'expertise technique de quelques CPAM[1]. La mission a ensuite procédé à une deuxième série de calculs sur la base de données complémentaires et a enrichi ses analyses pour réaliser ce rapport définitif.

[8] Le présent rapport fournit donc des éléments de réponse à la première question posée : **le tarif global a t-il un intérêt économique** ?

[9] Ces éléments de réponse peuvent être ainsi résumés :

- Les passages récents au tarif global se traduisent généralement par des sauts de dotation de l'ordre de 30 à 40 % la première année, et peuvent dépasser 50 % sur deux exercices;
- Le surcroît de dotation par place est de l'ordre d'au moins 3200 € pour un établissement déjà tarifé au GMPS, et de 4 800 € en cas de concomitance entre passage au tarif global et passage à la tarification au GMPS ;
- L'importance de ces hausses de dotation est largement liée à des facteurs externes à l'intégration des quatre postes de dépenses de soins: elles résultent notamment d'un sur-calibrage du différentiel entre les valeurs du point respectives du tarif global et du tarif partiel. Si l'on fait un calcul simple, l'application du différentiel de 3 euros par place (entre les deux valeurs du point) à un établissement type dont le GMPS se situerait à la moyenne nationale, aboutit à un ordre de grandeur de 3 300 € par place, alors que les dépenses nouvelles budgétées par les établissements sur les quatre postes intégrés en cas de passage au tarif global sont nettement inférieures à ce montant ; dans les établissements examinés par la mission elles représentent généralement entre 40 et 50 % du surcroît de dotation. Les prévisions budgétaires effectuées lors du passage au tarif global sont du reste un peu supérieures aux réalisations constatées au compte administratif, ce qui dénote une correcte maîtrise par les établissements des dépenses intégrées ;
- À cet effet général s'ajoute un effet spécifique très net en cas de passage *simultané* au tarif global et à la tarification au GMPS (« effet Pathos ») que la mission évalue à un tiers du saut de dotation (1 600 € sur 4 800 € environ) ;
- Par ailleurs, l'intégration du ticket modérateur dans les dépenses de soins de ville prises en charge par les EHPAD en tarif global engendre un transfert de charges modeste des résidents ou de leurs organismes d'assurance maladie complémentaire vers l'assurance maladie obligatoire, à hauteur de 6 % des remboursements sur les quatre postes considérés, soit un montant de l'ordre de 10 M€ au niveau national ;
- Le tarif global s'accompagne cependant de moindres remboursements de soins de ville, à hauteur 1 650-1 700 euros par place (par rapport aux EHPAD en tarif partiel). Ces moindres dépenses reflètent en partie un biais de structure lié à la présence fréquente de PUI parmi les EHPAD en tarif global et leur absence fréquente parmi les EHPAD en tarif partiel ; or ces PUI s'accompagnent d'économies substantielles sur les remboursements de soins de ville y compris au-delà du poste des médicaments ; ce chiffrage paraît une

[1] CPAM de Bayonne, Clermont-Ferrand, Nancy, et Rouen-Dieppe-Elbeuf.

référence pertinente pour opérer des transferts au sein de l'ONDAM entre les sous-objectifs soins de ville et médico-social/personnes âgées ;

- Dans les conditions actuelles de recours au tarif global, même en tenant compte des économies externes indiquées ci-dessus, les analyses de coûts complets ne paraissent pas en faveur du tarif global ; encore ces coûts complets, variables d'une région à l'autre, reflètent-ils en grande partie les politiques tarifaires des DDASS puis des ARS, les bases budgétaires historiques des établissements et le poids des EHPAD issus du milieu hospitalier souvent situés au-dessus des dotations plafonds ; en outre, les coûts induits par les séjours à l'hôpital ne sont pas intégrés à ces calculs ;
- Les dépenses des résidents en EHPAD hospitalisés en établissements de santé n'ont pu, dans l'état actuel des systèmes d'information, être appréhendées par la mission, alors qu'il s'agit de dépenses potentiellement élevées au regard des budgets de soins des EHPAD ; la mission n'a donc pas été en mesure d'évaluer l'effet respectif des deux tarifs sur les dépenses d'hospitalisation induites et les séjours évitables. Il s'agit là d'un sujet à approfondir, à la faveur de l'amélioration des systèmes d'information ; ses enjeux en termes financiers et en termes de qualité de prise en charge de personnes âgées très vulnérables sont importants.

[10] En définitive, la question posée sur l'intérêt économique du tarif global appelle une réponse paradoxale : oui, le tarif global coûte cher dans ses conditions d'emploi actuelles - pour des raisons étrangères à l'option elle-même et à la différence de champ entre les deux tarifs ; mais il pourrait entraîner à moyen terme des gains significatifs, aussi bien sur les quatre postes de dépenses de soins qu'il intègre que sur d'autres postes de soins de ville. Tout dépend de ses conditions de mise en œuvre : processus de tarification, cadre de régulation médico-économique, suivi du budget soins des établissements et du service rendu, organisation des soins dans les EHPAD.

[11] **Une deuxième question était posée : le tarif global induit-il une organisation des soins plus efficiente et une meilleure qualité de prise en charge ?**

[12] La mission a observé une grande diversité des organisations de soins en EHPAD, non directement liée au choix de l'option tarifaire. Les positionnements et profils des médecins coordonnateurs sont divers, même si s'accentue leur rôle de conseiller médical de l'établissement plutôt que de coordonnateur des intervenants extérieurs. Les cadres de santé jouent un rôle crucial en matière de promotion des bonnes pratiques, de mise à jour des dossiers de soins des résidents et de suivi de la dispensation des médicaments. Aux côtés du médecin coordonnateur et du cadre de santé, le pharmacien de PUI, lorsqu'il existe, représente le troisième acteur clé de l'organisation des soins en EHPAD, légitime interlocuteur du médecin traitant dans la rationalisation de la prescription et la prévention de la iatrogénie médicamenteuse ; l'intérêt des PUI en termes économiques rejoint donc leur intérêt en termes de santé publique, ainsi que la possibilité de redéployer auprès des résidents un temps infirmier précieux.

[13] De manière générale, la traçabilité des interventions des professionnels libéraux reste insuffisante (moins d'un quart de leurs interventions sont directement consignées dans le dossier de soins), avec des problèmes spécifiques aux interventions de masseurs- kinésithérapeutes, signalés par la quasi-totalité des établissements rencontrés. Enfin, une présence ou une astreinte infirmière de nuit reste exceptionnelle - limitée à de très gros établissements ou à des EHPAD en mesure de mutualiser cet emploi - alors qu'elle est très probablement un facteur de prévention des hospitalisations (nombreuses hospitalisations de nuit liées au désarroi d'aides soignantes confrontées à des incidents imprévus).

[14] Si les bonnes pratiques rencontrées ne sont pas l'apanage des établissements sous tarif global, celui-ci offre cependant un levier favorable à une meilleure maîtrise coût /qualité des soins. Ses effets régulateurs portent essentiellement sur :

- la cessation de pratiques abusives (par exemple, la facturation d'autant de visites que de consultations au cours d'un même déplacement, les renouvellements *a posteriori* de prescriptions pour des séances de kinésithérapie effectuées, ou encore des cotations inadéquates) ;
- une relative contraction du nombre des intervenants, qui facilite la coordination sans aller jusqu'à remettre en cause la liberté de choix des patients ; précisons que le passage au tarif global n'entraîne pas la salarisation systématique des professionnels de santé, loin de là ;
- l'amélioration du suivi de la dépense de soins payée par l'établissement ;
- un souci accru du « juste soin » qui contribue à une adaptation des prescriptions aux besoins des résidents.

[15] Notons que ce souci de l'efficience sur les postes de soins gérés par l'EHPAD n'a pas conduit, sauf exception, à la négociation avec les professionnels de santé libéraux de modalités de rémunération dérogatoires au paiement à l'acte. Au-delà du cadre économique, l'amélioration de l'efficience de la dépense de soins reste liée à des facteurs clés tels que la taille de l'établissement, l'organisation des soins ainsi que le degré d'informatisation des dossiers de soins.

[16] À ces effets directs s'ajoutent des effets indirects du tarif global : le gain lié au sur-calibrage du différentiel de dotation entre les deux tarifs (cf. plus haut) ne constitue pas un « enrichissement sans cause » pour les établissements mais a été utilisé pour renforcer quantitativement et qualitativement les équipes soignantes (paramédicales surtout) et sécuriser la prise en charge quotidienne des résidents.

[17] Comme indiqué plus haut, la mission n'a pas été en mesure d'établir de lien entre mode tarifaire et hospitalisations des résidents. Tout au plus peut on noter, à partir de données nationales anciennes (2007) un moins grand nombre d'hospitalisations pour les établissements sous tarif global, assorti d'une durée moyenne d'hospitalisation plus longue, effet significatif pour les EHPAD publics. Moins d'hospitalisations parce que plus justifiées et portant sur des cas plus graves ? Les EHPAD ont généralement la volonté de limiter les hospitalisations, car celles-ci sont traumatisantes pour les personnes âgées concernées et souvent génératrices de difficultés accrues de prise en charge au retour de l'hôpital. Les EHPAD ont peut-être quelques moyens de limiter la fréquence des hospitalisations, par la prévention de la iatrogénie médicamenteuse (à laquelle les PUI peuvent contribuer), la prévention des chutes, qui lui est liée, et éventuellement une présence ou une astreinte infirmière de nuit ; à cet égard, le tarif global semble facilitateur. Une étude locale récente (Essonne) indique en effet que les résidents d'établissements en tarif global sont hospitalisés moins souvent et moins longtemps que les résidents d'établissements en tarif partiel.

[18] La mise en œuvre du tarif global ne fait pas apparaître aujourd'hui de stratégie particulière de sélection dans l'admission des résidents –au-delà du souci manifesté par tous les EHPAD d'ajuster le profil des résidents accueillis aux capacités de prise en charge de leurs personnels– ni de phénomènes de rationnement des soins. Cette question reste néanmoins à suivre attentivement dans les années à venir, notamment en lien avec les coûts pharmaceutiques associés à certains traitements très coûteux (chimiothérapies, dégénérescence maculaire liée à l'âge, trithérapies…) pour les établissements assumant ces dépenses sur leur budget de soins (en l'espèce les établissements dotés d'une PUI).

[19] Les observations et analyses de la mission nourrissent enfin le constat de l'absence d'une régulation globale des soins dispensés en EHPAD : cloisonnement des acteurs et des informations, déconnexion entre détermination des dotations et objectivation des coûts que celle-ci est censée couvrir, absence de modèle économique clair et ambigüités persistantes autour des règles du jeu budgétaires, risque de dévoiement de l'outil PATHOS, affaiblissement du dialogue budgétaire avec les gestionnaires d'EHPAD, délégation aux établissements sous tarif global d'une responsabilité de maîtrise et d'optimisation de la dépense sans leur donner tous les moyens de cette responsabilité…

[20] Les EHPAD sont aujourd'hui pris en tenaille entre la montée d'une logique institutionnelle – organiser une réponse collective et coordonnée, humainement et techniquement pertinente, à des états de santé et d'autonomie de plus en plus dégradés – et une approche individuelle et libérale des soins fondée sur l'idée de maison de retraite comme substitut du domicile. Les contrats de coordination proposés aux praticiens en application du décret du 30 décembre 2010 visent à concilier ces approches, mais ils se heurtent à une opposition des organisations professionnelles alors même que les conséquences de leur non respect restent incertaines. De plus, la question non résolue de la prise en charge des cotisations sociales par l'assurance maladie pour les praticiens libéraux intervenant dans les EHPAD sous tarif global peut mettre en difficulté leurs dirigeants.

[21] Le coup d'arrêt budgétaire de 2010/2011 comporte le risque de recréer ou d'amplifier des inéquités de base tarifaire entre établissements selon le moment du renouvellement de leur convention tripartite (en année d'expansion ou de restriction budgétaire). Le tarif global, qui suscite des dynamiques positives sur le fonctionnement des établissements et la prise en charge des résidents, n'est, malgré le contexte peu satisfaisant de sa mise en œuvre, pas à rejeter. Mais la poursuite de son déploiement doit être mieux encadrée.

[22] **La mission formule plusieurs propositions en vue de ménager les conditions d'une véritable option dans un cadre mieux régulé.**

[23] La réouverture en 2012 de l'option entre les deux tarifs est sa première recommandation. Elle est particulièrement importante pour des EHPAD engagés, avec d'autres établissements en tarif global, dans une stratégie de groupe ou de mutualisation qui suppose une homogénéité des régimes tarifaires ; elle est également attendue par certains établissements pour accompagner leur rattachement à une PUI dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire.

[24] La réouverture de l'option globale suppose cependant des modalités d'application et de régulation profondément remaniées, qui confortent les gains en termes de qualité d'organisation des soins et sécurisent aussi l'évolution et l'emploi des ressources d'assurance maladie ainsi engagées. Cela signifie :

- Réaffirmer le rôle des ARS dans la négociation de dotations de soins qui tiennent compte, lors du passage au tarif global, des consommations de soins antérieures des résidents, et qui prévoient un cheminement vers des cibles de dotation sur l'ensemble de la période conventionnelle, avec des conditions relatives au suivi du budget de soins de l'établissement, à la qualité des soins (rationalisation de la prescription médicamenteuse par exemple) ou à la maîtrise de dépenses induites (diminution du taux d'hospitalisation par exemple) ;
- Lisser l'effet sur-incitatif de la valeur du point du tarif global, en ne le revalorisant pas sur les exercices 2012 et 2013 et en envisageant l'intégration dans le tarif partiel de l'ensemble des dépenses d'auxiliaires médicaux, sur la base d'une juste appréciation des dépenses de kinésithérapie ; cette mesure correspond à une logique de projet de soins collectif et d'intégration dans le socle tarifaire commun de tous les soins quotidiens, à l'instar de ce qui fut réalisé pour les soins infirmiers ;
- Au-delà de cet ajustement progressif de périmètre et de barème, expertiser des améliorations de la formule de tarification au GMPS ;

- Se donner les moyens de connaître et de suivre les coûts, en croisant systématiquement les données de l'assurance maladie et des ARS aux fins d'analyse médico-économique et de gestion du risque, et en reconstituant un échantillon national représentatif d'EHPAD aux fins de suivi permanent des coûts des soins ;
- Réaliser progressivement, sur deux ou trois exercices, les transferts souhaitables de la sous-enveloppe soins de ville de l'ONDAM vers la sous-enveloppe médico-sociale personnes âgées ; la mission estime ce transfert à 250 millions d'euros sur 2012/2013, sur la base d'une hypothèse de réouverture raisonnable du tarif global (80 M€) et de l'intégration de l'ensemble des soins paramédicaux dans le socle des deux tarifs (170 M€) ;
- Accompagner la responsabilisation des gestionnaires d'EHPAD en clarifiant certaines règles du jeu budgétaires (relatives au partage des gains d'efficience ou à la réalisation des évaluations selon le référentiel PATHOS, par exemple) et en stabilisant le cadre économique et réglementaire applicable ;
- Appuyer les gestionnaires dans leurs efforts de rationalisation de la prise en charge médicale des résidents en développant les programmes de gestion du risque dans ce secteur et en insistant davantage sur l'évaluation de résultats qualitatifs à travers les conventions pluriannuelles ; encourager également la mutualisation de ressources spécifiques entre EHPAD, en utilisant à cet effet les techniques de contractualisation disponibles ;
- Faciliter le développement des PUI, en habilitant les groupements de coopération d'établissements médico-sociaux ou d'autres formules de coopération à porter une PUI, et en prévoyant que la création d'une PUI à dotation constante puisse exonérer les établissements « en convergence » des diminutions de crédits applicables ;
- Encourager le recrutement de médecins gériatres salariés partageant leur activité entre des fonctions de coordination et de médecin traitant, éventuellement dans des établissements différents ; apaiser les relations avec les praticiens libéraux en prévoyant explicitement la prise en charge de leurs cotisations sociales par l'assurance maladie, selon le droit commun, pour leurs interventions en EHPAD quel que soit le régime tarifaire de celui-ci.

Sommaire

SYNTHESE **3**

INTRODUCTION **13**

1. UN CADRE TARIFAIRE COMPLEXE ET MOUVANT 17

1.1. Les piliers de la réglementation actuelle *17*

1.1.1. Des établissements soumis à un régime de tarification complexe 17
1.1.2. Une tarification largement tributaire de la « pathossification » 20
1.1.3. Une option tarifaire jouant sur peu de postes de dépenses 26

1.2. Une évolution chaotique du périmètre des tarifs ou de leurs modalités d'application *30*

1.2.1. Un statut changeant des dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux 30
1.2.2. Des zones de flou importantes 31

1.3. Les fragilités de la politique tarifaire de l'État *33*

1.3.1. Une intégration des médicaments en 2001 mal préparée 33
1.3.2. Une réintégration des dispositifs médicaux en 2008 maladroitement gérée en termes de calendrier et de calibrage 33
1.3.3. Une forte incitation financière donnée au tarif global à partir de 2006 sans analyse des coûts ni des conditions de sa bonne utilisation 34
1.3.4. Une politique volontariste suivie d'un coup d'arrêt soudain en 2010 34

2. LE TARIF GLOBAL A-T-IL UN INTERET ECONOMIQUE ? 37

2.1. Limites méthodologiques *37*

2.1.1. Une information cloisonnée 37
2.1.2. Limites inhérentes à l'exploitation des données collectées auprès des CPAM et ARS 42

2.2. Le passage au tarif global se traduit par des sauts de dotation importants… *44*

2.2.1. En Auvergne 44
2.2.2. Dans le Nord Pas de Calais 44
2.2.3. Dans les Pays de la Loire 45

2.3. …pour des raisons largement extérieures à l'option *45*

2.3.1. L'ambivalence de la notion de tarifs plafonds 45
2.3.2. L'importance de l'effet PATHOS 46
2.3.3. Un différentiel sur-calibré 47

2.4. L'intégration du ticket modérateur dans les dépenses de soins prises en charge par les EHPAD en tarif global engendre un surcoût modéré *48*

2.5. Le tarif global s'accompagne cependant d'économies substantielles sur des postes de dépense hors périmètre, particulièrement nettes lorsqu'existe une PUI *49*

2.5.1. Structure de la dépense de soins de ville en EHPAD 49
2.5.2. Exploitation de l'échantillon constitué par la CNAMTS 52
2.5.3. Exploitation des données collectées par la mission 53
2.5.4. Recherche du seuil d'équilibre d'une PUI 58

2.6. Les comparaisons économiques des coûts complets pour l'assurance maladie doivent être approfondies *61*

2.6.1. Un coût complet hors hospitalisation dépendant fortement des politiques tarifaires régionales 61

2.6.2. Quelques indices en faveur du tarif global en termes de recours à l'hospitalisation. 65

2.7. En termes de gestion budgétaire, le passage au tarif global a été correctement maîtrisé par les établissements *66*

3. LE TARIF GLOBAL INDUIT-IL UNE ORGANISATION DES SOINS PLUS EFFICIENTE ET UNE MEILLEURE QUALITE DE PRISE EN CHARGE ? 67

3.1. Les prestations de soins de santé en EHPAD : une grande diversité en termes d'organisation et d'effort de rationalisation, non directement liée au mode de tarification *67*

3.1.1. Le positionnement du médecin coordonnateur et du cadre infirmier 67
3.1.2. La gestion de l'information relative aux soins des résidents ; la traçabilité des interventions 70
3.1.3. L'effort de maîtrise des prescriptions 70
3.1.4. Le circuit du médicament (fourniture et dispensation) 73
3.1.5. La composition de l'équipe de nuit 74
3.1.6. Les relations avec les institutions sanitaires environnantes 75

3.2. L'effet du tarif global : un levier favorable à une meilleure maîtrise coût-qualité des soins dispensés en EHPAD *77*

3.2.1. L'effet direct du tarif global : une sensibilisation immédiate des établissements payeurs à la dépense de soins ; le souci du « juste soin » 78
3.2.2. L'effet indirect du tarif global : le renforcement de l'encadrement en personnel soignant ; la recherche d'une sécurisation des prises en charge médicales quotidiennes 79
3.2.3. Des effets qui rencontrent des limites et ne remettent pour l'instant pas en cause les modalités de rémunération des professionnels de santé 80
3.2.4. L'effet du tarif global sur les hospitalisations : un enjeu déterminant 82
3.2.5. La question du rationnement des soins et de la sélection à l'entrée 84

3.3. L'émergence de bonnes pratiques permet d'identifier les facteurs d'une bonne maîtrise des soins dispensés en EHPAD *86*

3.3.1. Une organisation solide des soins paramédicaux y compris de nuit 86
3.3.2. Un circuit du médicament sécurisé, de préférence fondé sur une pharmacie à usage intérieur (PUI) 87
3.3.3. Des facteurs structurels importants : informatisation du dossier du résident et taille de l'EHPAD 91

4. UNE REGULATION MEDICO-ECONOMIQUE INEXISTANTE 93

4.1. Des systèmes d'information balbutiants *93*

4.1.1. L'absence de rapprochement des informations détenues par les ARS et par les CPAM : une habitude qui prive ces acteurs des moyens d'accomplir pleinement leurs missions respectives 93
4.1.2. Les pertes d'information induites, dans le contexte actuel, par le tarif global 94
4.1.3. Les difficultés du chaînage ville-hôpital pour la population hébergée en EHPAD 94

4.2. Un cadre rigide et peu incitatif *94*

4.2.1. Les rigidités pesant sur les recrutements de personnels : une limite à la responsabilisation des EHPAD dans la gestion de leur budget de soins 94
4.2.2. Les contraintes budgétaires conjuguées de l'assurance maladie et des départements 95
4.2.3. Un manque de dialogue avec les établissements 95
4.2.4. La question non résolue du partage des gains d'efficience entre établissements et assurance maladie 96
4.2.5. Des cloisonnements multiples 96

4.3. Les soins dispensés en EHPAD, entre logique institutionnelle et logique libérale *97*

4.3.1. La montée en puissance de la logique institutionnelle 97
4.3.2. Un contrat de coordination contesté 98
4.3.3. La question de la prise en charge par l'assurance maladie des cotisations sociales des professionnels de santé libéraux intervenant en EHPAD 98

4.4. Un manque de clarté des règles du jeu économiques *101*
4.4.1. Les incertitudes entourant l'exercice de l'option tarifaire 101
4.4.2. Les ambiguïtés du modèle économique appliqué aux EHPAD 102
4.4.3. Du bon usage de Pathos 103

5. MENAGER LES CONDITIONS D'UNE VERITABLE OPTION DANS UN CADRE MIEUX REGULE 105

5.1. Se donner les moyens de suivre les coûts *106*
5.1.1. Croiser les données de l'assurance maladie et des ARS 106
5.1.2. Construire un véritable échantillon de suivi des établissements 107

5.2. Lisser l'effet de sur-incitation de la valeur du point tarif global *108*

5.3. Rompre avec les modes automatiques de tarification *109*

5.4. Cibler, dans une approche prévisionnelle sur 2 ou 3 exercices, les transferts souhaitables de l'enveloppe soins de ville vers l'enveloppe médico-sociale personnes âgées *112*

5.5. Appuyer les gestionnaires dans leurs efforts de rationalisation de la prise en charge *114*
5.5.1. Renforcer le rôle du médecin coordonnateur 114
5.5.2. Faciliter le développement des PUI 116
5.5.3. Développer les incitations à l'amélioration de la qualité 116
5.5.4. S'appuyer sur une mutualisation des ressources 117

LISTE DES RECOMMANDATIONS 119

LETTRE DE MISSION 121

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES 125

OBSERVATIONS DE LA CNSA SUR LE RAPPORT PROVISOIRE 135

REPONSES DE LA MISSION AUX OBSERVATIONS DE LA CNSA 141

ANNEXE N°1 : STRUCTURE ECONOMIQUE ET JURIDIQUE DU SECTEUR DES EHPAD 143

ANNEXE N°2 : REPARTITION DES EHPAD SELON L'OPTION TARIFAIRE DANS LES REGIONS VISITEES PAR LA MISSION 147

ANNEXE N°3 : CARACTERISTIQUES DES RESIDENTS DES EHPAD 151

ANNEXE N°4 : ANALYSE DES DEPENSES : FORMALISATION D'UN PROFIL D'EHPAD (EXEMPLES DES CPAM DE NANTES ET DE BAYONNE) 153

ANNEXE N°5 : BORDEREAU DE TRANSMISSION DES DEPENSES LIBERALES PAYEES SUR DOTATION DE SOINS 161

ANNEXE N°6 : ANALYSE DES SURCOUTS BUDGETAIRES LIES AU PASSAGE EN TARIF GLOBAL 163

ANNEXE N°7 : ESTIMATION DE L'EFFET PATHOS 173

ANNEXE N°8 : EXPLOITATION DE L'ECHANTILLON CNAMTS 175

ANNEXE N°9 : EXEMPLE D'EXPLOITATION DES DONNEES DES CPAM COLLECTEES PAR LA MISSION 179

ANNEXE N°10 : COURRIER D'UN MEDECIN COORDONNATEUR A SES CONFRERES 187

ANNEXE N°11 : QUELQUES CAS TYPES D'ORGANISATION DES SOINS EN EHPAD 189

ANNEXE N°12 : EXEMPLES D'ORDONNANCES 197

ANNEXE N°13 : PROJET D'INDICATEURS DE GESTION DU RISQUE « EFFICIENCE DES EHPAD » 199

ANNEXE N°14 : PRISE EN CHARGE DES COTISATIONS SOCIALES DES PROFESSIONNELS DE SANTE LIBERAUX PAR L'ASSURANCE MALADIE 201

ANNEXE N°15 : CONCLUSIONS DU RAPPORTEUR PUBLIC DU CONSEIL D'ÉTAT DANS LE RECOURS N°347098 (QUESTION PRIORITAIRE DE CONSTITUTIONNALITE) 205

Introduction

[25] Par lettre de mission du 23 février 2011, les trois ministres chargés respectivement de la santé, des solidarités et des comptes publics ont demandé à l'IGAS une mission relative au financement des soins dispensés dans les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD). Cette mission, confiée à Nathalie DESTAIS, Vincent RUOL et Michel THIERRY, membres de l'IGAS, portait plus précisément sur l'évaluation comparée des deux modes de financement des soins actuellement en vigueur, selon un tarif dit « partiel » et selon un tarif dit « global ».

[26] La lettre de mission (jointe en annexe) déterminait précisément trois axes d'analyse :

- le calcul et la comparaison des coûts pour l'assurance maladie des soins dispensés en EHPAD, selon leur statut tarifaire, en combinant la dotation de soins allouée à l'établissement et les remboursements directs aux résidents ; les analyses sur ce point devaient permettre d'évaluer l'intérêt économique de l'option du tarif global et d'apporter des éléments objectifs nécessaires au calibrage d'éventuels transferts de l'enveloppe soins de ville de l'ONDAM vers la sous-enveloppe médico-sociale personnes âgées ;
- les incidences des différents statuts tarifaires sur la qualité de prise en charge médicale et paramédicale dans ces établissements (organisation de l'accès aux soins, coordination des soins, rationalisation des prescriptions et prévention d'hospitalisations évitables) ;
- le suivi de des dépenses et la régulation de l'activité des soins en EHPAD.

[27] Cette mission est à resituer dans un contexte immédiat et dans une perspective historique plus longue.

[28] La perspective longue est caractérisée par la politique engagée depuis 1999 de développement et de médicalisation des capacités d'accueil des personnes âgées dépendantes, politique fondée sur trois piliers : le conventionnement tripartite de ces établissements avec le conseil général et le préfet de département (auquel se substitue désormais l'Agence régionale de santé - ARS) ; la mise en place d'un financement ternaire des EHPAD (distinguant les dépenses liées aux soins, à l'hébergement et à la dépendance spécifiquement) ; enfin, s'agissant des soins de santé, la création de deux options tarifaires entre lesquelles les EHPAD doivent choisir : l'option du tarif partiel, d'une part, selon laquelle l'établissement reçoit une dotation couvrant un champ limité –mais non marginal– de dépenses, le reste des soins de ville étant remboursé directement aux résidents par l'assurance maladie; l'option du tarif global, d'autre part, qui alloue à l'EHPAD une dotation couvrant un périmètre plus large –mais non exhaustif– de dépenses de soins, les remboursements individuels restant la règle pour les postes de soins exclus de la dotation. Ces deux options se différencient donc par le degré d'internalisation de la dépense de soins en EHPAD. Dans les deux cas, les médicaments sont pris en charge par l'EHPAD suivant un autre critère : l'existence d'une pharmacie à usage intérieur.

[29] Au niveau de l'ONDAM, un transfert financier de l'enveloppe de soins de ville vers l'enveloppe médico-sociale a accompagné, en 2001-2002, cette politique de médicalisation. Celle-ci a encore été renforcée par le plan Solidarité-grand âge de 2006, qui a réformé le mode de calcul des dotations pour le fonder sur le degré de dépendance de la population hébergée et sur une évaluation dans chaque EHPAD des « soins médico-techniques requis » à l'aide d'un référentiel national (« PATHOS »).

[30] La référence aux soins requis signifiait un changement de logique par rapport à celle qui consistait à reconduire des budgets historiques avec des inflexions marginales. Elle avait en outre pour vocation d'augmenter substantiellement les dotations de soins des établissements. De fait, la médicalisation des EHPAD et leurs capacités d'accueil ont nettement progressé au cours des dix dernières années et le conventionnement est aujourd'hui achevé.

[31] Toutefois, le contexte récent, dans lequel s'inscrit cette mission, est marqué par des évolutions plus chaotiques : extension en 2008 du périmètre des dotations pour y intégrer une grande partie des dispositifs médicaux, hésitations concernant le traitement des médicaments (pour lesquels une expérimentation a été engagée puis prolongée jusqu'en 2013[2]), incitation forte de l'État au choix du tarif global par une augmentation importante de celui-ci entre 2007 et 2009 à laquelle répondent effectivement des passages accélérés vers ce mode tarifaire (lequel, fin 2010, s'appliquait à 30% des EHPAD pour 38% des places installées) ; à cette incitation succède la fermeture soudaine de l'option du tarif global en même temps que des enveloppes régionales à partir du deuxième semestre 2010.

[32] Ce brusque revirement résulte des inquiétudes sur la dynamique de dépense générée par le tarif global et par des interrogations sur son intérêt économique et médical. Il est vrai que l'expansion du secteur des EHPAD et des soins dispensés en leur sein, et les décisions de politique tarifaire prises en la matière ne se sont pas accompagnées du développement en temps utile d'un système d'information approprié sur les dépenses et les prestations.

[33] Dans ce contexte, l'objet de la mission confiée à l'IGAS faisait apparaître plusieurs problématiques : quels sont les déterminants du choix par les établissements du tarif global ou partiel ? Comment se situe le tarif global par rapport au coût effectif des postes de dépenses qu'il est censé couvrir ? Quel est le bilan coûts/avantages du tarif global en termes de régulation de la dépense (en niveau et en tendance) et de coordination des soins? Quelles seraient les conditions de l'efficacité du tarif global ? Comment assurer un modèle tarifaire viable et équilibré pour les établissements et l'assurance maladie ? Comment éviter que l'optimisation de l'enveloppe de soins ne se traduise par une sélection des résidents à l'entrée en établissement ou un transfert de charges vers l'hôpital ? De quels moyens effectifs de régulation de la dépense de soins et de coordination des interventions disposent les directeurs d'EHPAD et leurs équipes soignantes ? Comment développer ces moyens d'action ? Si l'option du tarif global est réouverte, à quel niveau et dans quelles conditions établir les transferts d'enveloppe au sein de l'ONDAM ? Quelle est la capacité des systèmes d'information existants à éclairer la régulation de cette dépense ?

[34] En termes méthodologiques, la partie de la mission relative à l'étude des coûts a dû être menée, en l'absence de panel national d'EHPAD, de manière empirique à partir, d'une part, d'un échantillon constitué par la CNAMTS, sur lequel la direction de la sécurité sociale avait commencé à travailler (dépenses de remboursements issues de sept caisses primaires d'assurance maladie - CPAM- pour 400 EHPAD pendant le premier semestre 2010), d'autre part de requêtes spécifiquement adressées à 16 CPAM sur une plus longue période (de 12 ou 24 mois). Les CPAM ciblées sont celles qui ont effectivement mis en œuvre la démarche « Top H » consistant à identifier les dépenses des résidents en EHPAD sur la base des listes que sont tenus de leur transmettre les établissements depuis 1999 (mais que l'assurance maladie n'a commencé à traduire de façon opérationnelle qu'à partir de 2008). Il faut noter que le déploiement d'un outil de transmission automatisée de ces listes de résidents auprès des CPAM, prévu par un décret du 7 juin 2010, était encore en phase de test au sein de la CPAM de Paris tout au long du premier semestre 2011 et n'offrait à ce stade aucune possibilité d'exploitation.

[2] Un récent rapport de l'IGAS s'est prononcé en défaveur de cette intégration : *Rapport d'évaluation de l'expérimentation de réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD sans pharmacie à usage intérieur*, Pierre Naves et Muriel Dahan, septembre 2010.

[35] Ce recueil de données de remboursements a été complété par des entretiens dans huit CPAM avec les équipes en charge des relations avec les établissements, de la gestion du risque et des études statistiques, et par un recueil auprès des ARS concernées des données relatives aux dotations de soins allouées et aux caractéristiques médico-économiques des établissements. Enfin, l'exploitation des comptes administratifs de quelques EHPAD a permis de recueillir des informations chiffrées concernant la réalisation de leur budget de soins.

[36] Il a donc fallu combiner des informations issues de trois sources, en coordonner les champs, traiter les incohérences avant de procéder aux calculs et comparaisons de coûts attendus. Compte-tenu du temps nécessaire à ces opérations, la mission a d'abord procédé à une première vague de calculs présentée dans un rapport provisoire transmis début juillet, puis a procédé à une deuxième vague de calculs sur un ensemble de caisses plus large, présentée dans ce rapport définitif.

[37] Quant à l'étude qualitative de l'organisation des soins dispensés en EHPAD, l'équipe de l'IGAS s'est déplacée dans six régions (Ile-de-France, Auvergne, Nord Pas-de-Calais, Lorraine, Pays de la Loire, Aquitaine) pour y rencontrer les directeurs généraux et cadres concernés des ARS, ainsi que les directeurs et représentants des équipes soignantes de plusieurs EHPAD (20 EHPAD au total, à raison d'une demi-journée dans chacun d'eux en moyenne) auxquels s'ajoutent les représentants de deux groupes privés. La mission s'est également entretenue avec les acteurs nationaux participant à la régulation du secteur (très éclatée institutionnellement) ainsi que les syndicats de praticiens libéraux, de médecins coordinateurs et les fédérations d'établissements ; soit au total près de 200 interlocuteurs rencontrés.

[38] Au terme de ses investigations sur pièces et sur place, la mission de l'IGAS a collecté un matériau qualitatif et quantitatif important qui permet d'apporter des réponses à chacune des questions évoquées précédemment et de traiter les trois axes tracés par la lettre de mission.

[39] Un rapport provisoire a été remis début juillet aux ministres commanditaires ainsi qu'à la CNAMTS et à la CNSA, ces deux institutions ayant été invitées à faire part de leurs observations. La CNSA a transmis, début septembre, ses observations, dont il a été tenu compte dans la rédaction du rapport définitif et qui ont été jointes.

[40] Ce rapport définitif comprend donc :

- une revue de la réglementation en vigueur ;
- une analyse des conditions financières du passage du tarif partiel au tarif global par les établissements qui ont fait ce choix et des incidences du tarif global sur la maîtrise immédiate et future des dépenses de soins en EHPAD ;
- une présentation de la diversité des configurations existantes en termes d'organisation des soins, et des effets du tarif global à cet égard à côté d'autres facteurs, internes à l'établissement ou liés à son environnement sanitaire, déterminants pour la qualité des prises en charge médicales des résidents ;
- une analyse des modalités de régulation de ce secteur d'activité et de son financement ;
- plusieurs propositions destinées à ménager les conditions d'une véritable option dans un cadre mieux régulé.

1. UN CADRE TARIFAIRE COMPLEXE ET MOUVANT

[41] Avant de procéder à la comparaison médicale et économique des différents tarifs de soins, il importe d'exposer le cadre réglementaire du financement des soins en EHPAD, particulièrement complexe et instable. Après une description des principaux éléments constitutifs du cadre tarifaire en vigueur, seront présentées les récentes évolutions techniques des tarifs ; enfin, les fragilités de la politique tarifaire de l'État dans ce domaine seront soulignées.

1.1. Les piliers de la réglementation actuelle

[42] Le financement des EHPAD s'intègre dans le cadre des conventions tripartites signées par les établissements, les conseils généraux et les ARS. Cette dernière arrête annuellement le montant de la dotation soins de chaque établissement. Celui-ci est, pour les établissements ayant signé des conventions dites de 2ème génération (dits aussi « tarifés au GMPS » ou « pathossifiés »), établi à partir d'une équation tarifaire faisant intervenir une mesure des soins médico-techniques requis par la population hébergée : l'outil PATHOS. Cette évaluation des besoins fonde – y compris pour les établissements signataires de conventions de 1ère génération – le principe de convergence des EHPAD vers des niveaux de dotation plafond.

[43] L'option tarifaire à laquelle souscrit l'établissement joue, quant à elle, sur le périmètre couvert par la dotation de soins versée : quatre postes de soins (dépenses d'omnipraticiens, d'auxiliaires médicaux, de radiologie et de biologie lourdes) sont ainsi imputés à l'EHPAD en tarif global et à l'assurance maladie en tarif partiel.

1.1.1. Des établissements soumis à un régime de tarification complexe

1.1.1.1. Une tarification ternaire dans le cadre de conventions tripartites

[44] Les EHPAD sont soumis à un régime d'autorisation (article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles), accordée pour une durée de 15 ans. L'autorisation est accordée conjointement par le président du conseil général et le directeur général de l'agence régionale de santé (article L. 313-3 du code de l'action sociale et des familles) sauf lorsque l'établissement n'est pas agréé pour l'aide sociale, auquel cas seul le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) est compétent pour autoriser l'établissement.

[45] L'autorisation est conditionnée au conventionnement (article L. 313-6 du code de l'action sociale et des familles), sous la forme d'une convention tripartite signée entre l'établissement, le directeur général de l'ARS et le président du conseil général, qui doit être conforme au modèle précisé dans l'arrêté du 26 avril 1999 modifié par l'arrêté du 13 août 2004. L'usage veut que la caisse pivot[1] de l'EHPAD ainsi conventionné soit destinataire de cette convention.

[1] Chaque EHPAD est rattaché à une caisse pivot qui lui verse une dotation de soins. La caisse pivot est, en principe, la CPAM du lieu d'implantation de l'EHPAD. Par dérogation, si un EHPAD héberge une majorité de résidents relevant d'un autre régime que le régime général, alors la caisse du régime majoritairement représenté dans l'établissement peut demander à être sa caisse pivot (par exemple, sur les 77 EHPAD établis sur le territoire relevant de la CPAM du Hainaut, celle-ci est caisse pivot de 76 d'entre eux et la caisse locale de la MSA est la caisse pivot d'un EHPAD).

[46] Le budget de l'EHPAD est divisé en trois sections (article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles) :

- la section « soins », à la charge des régimes d'assurance maladie, dont la dotation est arrêtée par le directeur général de l'ARS, suivant « *un barème et [des] règles de calcul*» fixés par l'arrêté du 26 février 2009[2] ;
- la section « dépendance », à la charge du conseil général, dont la dotation est arrêtée par son président ; celle-ci 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 « hébergement », à la charge du résident.

[47] Ces trois sections sont réputées étanches entre elles. En pratique, il s'agit plutôt d'une fongibilité asymétrique, la section hébergement pouvant le cas échéant compenser les insuffisances de financement des deux autres sections. En outre, le poste de dépenses relatif aux aides soignantes (AS) et aides médico-psychologiques (AMP) relève conjointement des sections soins (pour 70%) et dépendance (à hauteur de 30%)[3] comme le montre le tableau 1 :

Tableau 1 : Répartition des frais de personnel par section tarifaire

Poste	Soins	Dépendance	Hébergement
Direction – administration			100%
Cuisine – services généraux			100%
Animation – service social			100%
Agents de service affectés aux fonctions de blanchissage, nettoyage et service des repas		30%	70%
Aides soignantes et aides médico-psychologiques	70%	30%	
Psychologues		100%	
Infirmières	100%		
Autres auxiliaires médicaux	100%		
Pharmacien et préparateur en pharmacie (si PUI)	100%		
Médecin coordonnateur	100%		

Source : annexe 3-2 du code de l'action sociale et des familles

1.1.1.2. Des retards récurrents dans la tarification de la section soins

[48] L'ARS est chargée de la tarification de la section soins. Cette tarification est effectuée sous contrainte budgétaire dans le cadre de l'objectif global de dépenses (OGD) national : en application de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles, les ministres chargés de la sécurité sociale, de l'action sociale, de l'économie et du budget sont supposés prendre, dans les 15 jours de la publication de la loi de financement de la Sécurité sociale, un arrêté fixant « *le montant total annuel des dépenses prises en compte pour le calcul des dotations globales, forfaits, prix de journée et tarifs* » des établissements et services relevant de la CNSA. Celle-ci répartit alors ce montant en dotations régionales limitatives (cf. encadré suivant).

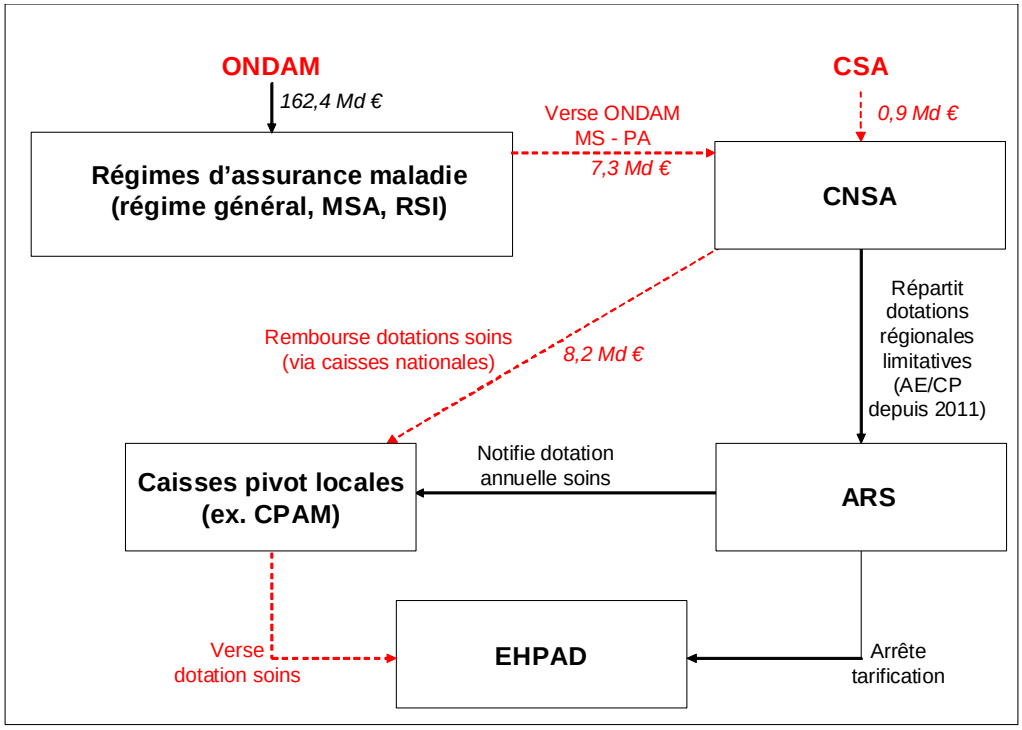
[49] La publication de la décision du directeur de la CNSA fixant les dotations régionales fait courir un délai de 60 jours pour que l'ARS prenne les arrêtés individuels de tarification des établissements (article R. 314-36 du code de l'action sociale et des familles).

[2] Arrêté du 17 mars 2009 pour les unités de soins de longue durée (USLD) qui ne font pas partie du champ de cette mission.
[3] La répartition 70% / 30% est fixée par l'article R. 314-164 du code de l'action sociale et des familles.

OGD et dépenses d'assurance maladie

Le budget de la CNSA est divisé en six sections[4]. La section I, de loin la plus importante (85,8% du budget 2010 de la caisse), est divisée en deux sous-sections spécialisées dans les champs des personnes handicapées (sous-section I) et des personnes âgées (sous-section II). C'est cette dernière sous-section qui concerne les EHPAD.

Graphique 1 : Flux financiers et de tarification (chiffres 2010 – source CNSA)



En ressources de la section I on trouve :

- la contribution des régimes d'assurance maladie, qui représente l'essentiel de ces ressources : fixée dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale, la contribution de l'assurance maladie se compose de deux sous-enveloppes destinées respectivement aux établissements et services pour personnes âgées (7,3 Md€ en 2010 et 7,6 Md€ en 2011) et aux établissements et services pour personnes handicapées (8,2 Md€ en 2011). La somme de ces deux contributions est souvent dénommée « ONDAM médico-social » ;
- une fraction[5] de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) : celle-ci se ventile entre sous-sections de la manière suivante : 10% à 14% de la CSA[6] est affecté aux personnes handicapées et 40% de la CSA est affecté aux personnes âgées (soit 896 M€ en 2010).

On retrace en charges de cette section :

- l'objectif global de dépense (OGD), d'un montant de 16,1 Md€ en 2010, constitué par les remboursements aux régimes d'assurance maladie afférents à la prise en charge de leurs

[4] Article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles.
[5] Le solde de la CSA est affecté aux sections II (contribution au financement de la PCH) et III (contribution au financement de l'APA) du budget.
[6] En pratique, le taux de 14% a été retenu pour les budgets 2008 à 2010.

affiliés dans les établissements ; les caisses pivot versent en effet les dotations de soins aux établissements de leur ressort et sont ensuite remboursées par la CNSA[7] ;

– le financement des groupes d'entraide mutuelle, d'un montant très faible.

En application de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles, la CNSA répartit les dépenses encadrées[8] en dotations régionales limitatives.

[50] La préparation de la campagne budgétaire par les ARS peut, dans les faits, débuter avec la notification des crédits et la diffusion de l'instruction technique de la CNSA et de la circulaire budgétaire élaborée par les directions d'administration centrale compétentes ; or ces notifications et instructions interviennent elles-mêmes tardivement. Les retards dans la procédure budgétaire sont donc récurrents (cf. tableau ci-dessous[9]).

Tableau 2 : Dates de publication des principaux textes nécessaires à la campagne tarifaire des EHPAD

Campagne budgétaire	Publication LFSS	Arrêté OGD	Instruction technique CNSA	Décision CNSA
2009	18 décembre 2008	28 mars 2009	13 février 2009	8 avril 2009
2010	27 décembre 2009	18 juin 2010	14 juin 2010	29 juin 2010
2011	21 décembre 2010	13 mai 2011	5 mai 2011	22 mai 2011

[51] Ces retards sont difficiles à gérer par les services des ARS – la campagne 2010, qui a eu lieu pendant l'été, a ainsi été mal vécue – et ils posent problème aux établissements, dont ils diffèrent d'autant la préparation des budgets prévisionnels.

1.1.2. Une tarification largement tributaire de la « pathossification »

[52] Chaque établissement reçoit une dotation de soins individuelle dont le montant est arrêté par le directeur général de l'ARS. Cette dotation est établie en tenant compte d'une équation tarifaire nationale, qui permet de calculer une dotation théorique vers laquelle les établissements devraient tendre ; de ce point de vue, le principe de « convergence tarifaire » impose que les établissements « surdotés » voient leur dotation progressivement ramenée vers sa valeur théorique. Cette équation ne détermine cependant pas entièrement le calcul de la dotation de soins, qui résulte aussi d'autres règles et contraintes, dont la conciliation n'est pas aisée. Enfin, l'application du référentiel Pathos pour tenter d'objectiver les besoins de soins des personnes hébergées fait l'objet de plusieurs critiques.

[7] La CNAMTS pilote l'opération. Une régularisation est ensuite effectuée entre régimes d'assurance maladie au prorata du nombre d'assurés des différents régimes concernés, ainsi que des contributions des différentes caisses pivot.

[8] La différence entre OGD et dépenses encadrées est constituée par les ressources atténuatives des établissements sociaux et médico-sociaux (ressources propres des établissements) incluses dans les dépenses encadrées et non dans l'OGD. Toutefois l'écart entre ces deux agrégats est minime. Cf. rapport conjoint IGAS / IGF n° RM2009-141P / 20096 M 036-02, « Enquête sur la consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépenses (OGD) ».

[9] Les dates annoncées sont les dates de parution au journal officiel.

1.1.2.1. Un mode de calcul des dotations de soins ambigu

[53] L'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles dispose que les EHPAD sont financés par « *un forfait global relatif aux soins prenant en compte le niveau de dépendance moyen et les besoins en soins médico-techniques des résidents, déterminé par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé en application d'un barème et de règles de calcul fixés, d'une part, par un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et des personnes âgées, en application du II de l'article L. 314-3 et, d'autre part, par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris en application du troisième alinéa de l'article L. 174-6 du code de la sécurité sociale* ». Cette rédaction est ambiguë dans la mesure où elle laisse au tarificateur une marge d'appréciation (usage de la locution « *prenant en compte* ») tout en la soumettant à un barème, lequel résulte d'arrêtés fixant des valeurs plafonds.

[54] Ces plafonds s'articulent difficilement avec les dispositions réglementaires en vigueur, qui, antérieures à la nouvelle formulation de l'article L.314-2, continuent à prévoir une tarification fondée sur les budgets prévisionnels des EHPAD. La concordance des textes législatifs et réglementaires en matière de calcul des dotations de soins des EHPAD reste à finaliser.

[55] Dans les faits, l'automaticité, qui apporte une certaine simplification pour les ARS et la CNSA, est aujourd'hui largement appliquée dans la procédure budgétaire, sur la base de l'équation suivante :

Dotation de soins plafond = Valeur du point × (GMP + 2,59×PMP) × capacité autorisée

[56] Les paramètres de l'équation tarifaire sont ainsi définis :

- le GIR[10] moyen pondéré (GMP) de l'établissement : l'article L.314-9 du code de l'action sociale et des familles dispose que « *l'évaluation de la perte d'autonomie des résidents de chaque établissement réalisée à l'aide de la grille nationale mentionnée à l'article L. 232-2 est transmise, pour contrôle et validation, à un médecin appartenant à une équipe médico-sociale du département et à un médecin de l'agence régionale de santé territorialement compétente.* » Cette opération (le « GIRage ») est réalisée selon une périodicité établie dans la convention pluriannuelle de l'établissement ;
- le PATHOS moyen pondéré (PMP) de l'établissement représente la charge de soins médico-techniques requis : le classement (« coupe ») des résidents en catégories de l'outil PATHOS représentatives de divers soins médico-techniques requis est effectué dans les conditions précisées par la circulaire DGAS/DHOS/DSS/CNSA n°2006-447 (voir 1.1.2.1).

[57] La valeur annuelle du point dépend de l'option tarifaire retenue par l'établissement (cf. infra 1.1.3) et de l'existence ou non d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) au sein de l'établissement. Pour 2011, la valeur plafond du point a été précisée dans l'arrêté du 25 mai 2011.

[10] Le principe d'une grille nationale d'évaluation de la perte d'autonomie est posé à L. 232-2 du code de l'action sociale et des familles. Le décret n° 2008-821 du 21 août 2008 en précise les conditions de remplissage (avec, en annexe au décret, un « *guide de remplissage de la grille nationale AGGIR* »). Cette grille classe les personnes âgées en six niveaux de perte d'autonomie à partir d'une évaluation de leurs capacités à effectuer ou non les gestes de la vie quotidienne. Ces six niveaux, les Groupes iso-ressources (GIR), permettent de classer les personnes des plus dépendantes (GIR 1) aux moins dépendantes (GIR 6). Pour le calcul du GMP, selon l'article R. 314-171 du code de l'action sociale et des familles et l'annexe 3-6 dudit code, les résidents classés en GIR 1 sont cotés à hauteur de 1 000 points, ceux en GIR 2 à 840 points, ceux en GIR 3 à 660 points, ceux en GIR 4 à 420 points, ceux en GIR 5 à 250 points et enfin ceux en GIR 6 à 70 points.

Tableau 3 : Valeur du point en fonction de l'option tarifaire

Valeur du point	En valeur		En base	
2011	**Tarif global**	**Tarif partiel**	**Tarif global**	**Tarif partiel**
Avec PUI	13,10 €	10,10 €	137,2	105,8
Sans PUI	12,44 €	9,55 €	130,3	100
2010				
Avec PUI	12,98 €	10,01 €	137,1	105,7
Sans PUI	12,33 €	9,47 €	130,2	100

Source : Mission IGAS sur la base de la réglementation.
Lecture : on prend pour base 100 la valeur du point en tarif partiel sur chacune des années. En 2010 comme en 2011, la valeur du point en tarif global est de 30% supérieure à celle du tarif partiel pour les EHPAD sans PUI. Au sein du régime du tarif partiel, la PUI est valorisée à hauteur de valeur de 5,8% de la valeur du point sans PUI. Les tarifs ont été revalorisés entre 2010 et 2011 de manière homothétique.

[58] Le coefficient de 2,59 a été calibré lors de l'enquête ERNEST[11] afin que le PMP moyen alors constaté (116) ait un effet budgétaire équivalent à un GMP de 300. L'écart entre valeurs de point en tarif global ou partiel ne repose sur aucune étude de coûts préalable ; l'écart observé de 30% reflète le volontarisme d'une politique d'incitation au passage en tarif global conduite jusqu'à mi-2010 (cf. infra 1.3.4).

1.1.2.2. Les inconvénients d'une tarification automatique

[59] Le principe de l'automaticité de la dotation pose en lui-même problème. Il ne permet pas à l'autorité de tarification d'ajuster la dotation attribuée à un établissement aux conditions du terrain, à son organisation médicale et encore moins à la qualité des soins. Ainsi, un établissement en tarif partiel salariant des professionnels de santé recevrait la même dotation qu'un établissement aux mêmes caractéristiques ayant recours à des professionnels de santé libéraux ; pourtant, le premier établissement finance les soins sur son budget propre alors que le second les finance sur l'enveloppe soins de ville de l'ONDAM.

[60] Etant donnée la diversité des situations rencontrées sur le terrain, l'équation tarifaire ne permet pas de prendre en compte les aspects qualitatifs de l'organisation des soins en EHPAD. De plus, suivant un raisonnement par l'absurde, on comprend mal la pertinence d'une méthode consistant à déléguer au directeur général de l'ARS, représentant l'administration de proximité des EHPAD, la répartition d'une dotation régionale s'il est contraint par une équation tarifaire. Il apparaîtrait plus rationnel de limiter le rôle de l'ARS à la validation de la coupe PATHOS des établissements et de confier à un ordinateur de la CNSA le soin de calculer les dotations individuelles des établissements….tout en reconnaissant que priver l'ARS de l'outil tarifaire reviendrait à la laisser désarmée dans ses discussions avec les établissements.

[11] ERNEST : échantillon représentatif national des établissements pour simuler la réforme de la tarification, constitué en 1999 et comprenant un millier d'établissements.

[61] Surtout, les rigidités liées à l'équation tarifaire rendent son application automatique incompatible avec une enveloppe médico-sociale fermée. La circulaire n° DGCS/5C/DSS/1A/2011/160 du 29 avril 2011 relative aux orientations budgétaires 2011 pour les établissements et services médico-sociaux insiste, à juste titre, sur le fait que la dotation au GMPS doit être considérée comme un plafond : l'autorité de tarification doit demeurer attentive « *à ce que la revalorisation de la dotation d'un EHPAD, dès lors que celui-ci serait proche du plafond, ne conduise pas à un dépassement de celui-ci* ».

1.1.2.3. L'ambivalence de l'outil PATHOS

[62] L'outil PATHOS a été à l'origine développé par l'assurance maladie pour le milieu hospitalier afin d'évaluer les soins requis par les patients hospitalisés. Conçu d'abord comme un outil de mesure de la charge en soins pour aider à la réalisation du projet de soins, et comme un outil de comparaison statistique entre établissements, il est devenu progressivement un outil budgétaire, pour les unités de soins de longue durée en 2006, puis pout les EHPAD en 2007.

[63] À la suite de loi « Hôpital, patients, santé et territoire » de 2009, l'outil PATHOS a été dévolu à la CNSA, pour sa gouvernance opérationnelle, et aux agences régionales de santé, pour la validation des coupes.

[64] La circulaire du 17 octobre 2006 précise qu'une coupe PATHOS est effectuée en priorité :

- lors du renouvellement de la convention tripartite (en principe quinquennale) ;
- lors du passage à l'option tarifaire globale ;
- ou lorsque le GMP devient supérieur à 800 points.

[65] Au-delà de ces établissements prioritaires, et lorsque l'enveloppe budgétaire disponible le permet, peuvent également bénéficier d'une coupe PATHOS et de la tarification au GMPS les établissements suivants[12] :

- les établissements nouvellement créés ;
- les établissements dont les moyens acquis antérieurement, via le mode de calcul de la DOMINIC, ont été contenus dans les limites qui prévalaient alors et s'avèrent désormais insuffisants ;
- les établissements dont le GMP est supérieur à 700 ;
- à titre exceptionnel, les établissements disposant d'un forfait de soins en application des dispositions transitoires de la loi du 20 juillet 2001 et qui rencontreraient de graves difficultés financières.

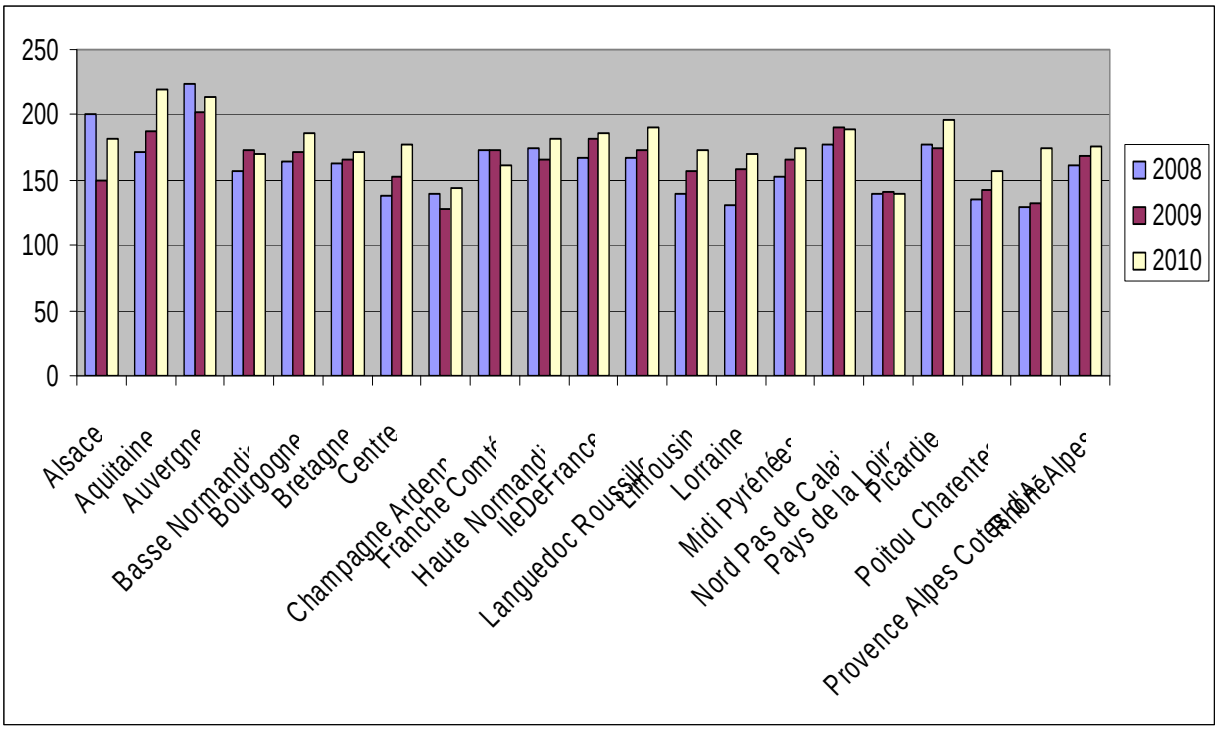
[66] D'après la CNSA, près des 2/3 des places d'EHPAD font aujourd'hui l'objet d'une tarification au GMPS fondée sur PATHOS[13] (367 000 places sur un total de 575 000).

[67] Le PMP moyen en France métropolitaine (hors Corse) tel qu'issu des coupes effectuées en 2010 s'établit à 180, avec cependant de fortes variations régionales (entre 140 et 220). Sur l'ensemble de la période 2008-2010 il s'établit à 168.

[12] Circulaire n°DGAS/DSS/2008/54 du 15 février 2008 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2008 dans les établissements et services rnédico-sociaux accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées.

[13] Un autre document de la CNSA indique que 4 861 établissements (soit 75% des EHPAD) représentant près de 376 000 résidents ont fait l'objet d'une coupe PATHOS entre 2008 et 2010.

Graphique 2 : Valeur moyenne du PMP par région



Source : *CNSA*

[68] L'outil PATHOS fait aujourd'hui l'objet de plusieurs critiques portant à la fois sur son paramétrage et sur son utilisation à des fins budgétaires :

- ses insuffisances dans l'appréhension de certaines pathologies (notamment les démences) ;
- ses difficultés à prendre en compte les soins de prévention : le traitement des escarres des résidents « rapporte » des points PATHOS alors que leur prévention n'en rapporte pas ; « la conséquence paradoxale d'une tarification 'aux soins et à l'accompagnement requis' est qu'elle ne crée pas directement d'incitation financière à accroître les efforts visant à améliorer l'autonomie des personnes hébergées, alors même que ce type d'accompagnement peut se révéler beaucoup plus exigeant en termes de mobilisation des accompagnants »[14] ;
- son caractère uniforme, ne tenant pas compte des disparités salariales entre régions ou entre conventions collectives ;
- sa valeur instantanée très dépendante de la date de la coupe ;
- son caractère volatile en raison de l'évolution de l'état de santé des résidents et de leur renouvellement relativement rapide au sein des EHPAD ; en particulier dans les petits établissements l'évolution soudaine (éventuellement passagère) de l'état de santé de quelques résidents peut affecter grandement le PMP ;
- la sensibilité du résultat à la qualité de tenue des dossiers des résidents, donc à la disponibilité de systèmes d'informations modernes ;
- la sensibilité du résultat au degré de maîtrise de l'outil par le médecin coordonnateur chargé de réaliser la coupe, et le handicap des EHPAD qui n'ont pas de médecins coordonnateurs (postes non pourvus, nombreux dans certains départements).

[14] Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, « *Vieillissement, longévité et assurance maladie* », note adoptée le 22 avril 2010.

[69] Selon certains intervenants, PATHOS serait détourné de sa finalité de mesure d'une charge en soins pour servir un pilotage de la dotation budgétaire, les ARS étant simultanément chargées de valider les coupes et de répartir les dotations de soins. De fait, en 2010, le PMP proposé par les établissements a été, lors de sa validation, réduit pour 4 EHPAD sur 5 (avec une baisse moyenne de 33 points). Au total, en incluant les 20% d'EHPAD qui ont vu leur PMP réhaussé (en moyenne de 12 points) cette même année, la validation des coupes PATHOS se sera traduite par une baisse moyenne de 23 points[15].

[70] Le calcul des dotations budgétaires est, il est vrai, sensible à la valeur du GMPS : sur la base du nombre de places pathossifiées fin 2010, et de la répartition tarifaire du secteur des EHPAD à cette date, 1 point de GMPS représente une valeur totale de 4 M€ en dotations plafonds. Si l'ensemble des places étaient pathossifiées, en conservant la répartition tarifaire actuelle, l'impact d'un point de GMPS sur les dotations plafonds serait d'environ 6 M€.

[71] On peut penser que l'actuelle pause marquée dans les coupes PATHOS n'est pas seulement liée au manque d'effectifs de médecins chargés de la validation mais que le « gel du thermomètre » résulte aussi de la contrainte budgétaire - faute de régulation financière conciliant les règles tarifaires en vigueur avec les contraintes d'enveloppe.

1.1.2.4. La convergence tarifaire comme principal mode de régulation des enveloppes

[72] La convergence tarifaire visait à ce que, pour une même population accueillie (même GMP et même PMP), une dotation identique par place soit accordée à l'établissement. L'équation tarifaire précitée fournit la référence, à laquelle est comparée la dernière dotation versée à l'établissement. Ainsi, « *les lois de financement de la sécurité sociale pour 2008*[16] *et 2009*[17] *ont mis en place un dispositif de réduction de ces inégalités, consistant à plafonner et réduire progressivement - sur une période de sept ans - les dépenses des établissements disposant historiquement de moyens nettement supérieurs à ceux dont bénéficient les autres établissements accueillant des publics comparables*[18] ». Fin 2009, 583 EHPAD (soit 8,5% des établissements) étaient concernés par ce processus. Pour 273 d'entre eux, le dépassement était supérieur à 10% de la dotation plafond[19].

[73] L'arrêté interministériel du 26 février 2009 pris en application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2008 et 2009 (articles 63 et 69 respectivement) fixe les modalités de calcul des valeurs plafonds et les modalités de convergence des EHPAD en dépassement, à savoir « *une revalorisation limitée à 0,5 % des budgets des établissements en dépassement en 2009, puis une convergence tarifaire continue de 2010 à 2016 ramenant, à l'issue de la période, tous les tarifs en dépassement aux valeurs plafonds* »[20] .

[74] , La convergence tarifaire constitue aujourd'hui le principal mode de régulation au sein de l'enveloppe OGD[21]; dans un contexte de contrainte budgétaire, elle se traduit par le seul écrêtement des établissements « surdotés ». .

---

[15] « *AGGIR-PATHOS 2010, Bilan et résultats* », comité technique des référentiels AGGIR-PATHOS, CNSA, 2 mai 2011.
[16] L'article 69 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 prévoit le principe de la convergence tarifaire pour les EHPAD (article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles). Les modalités pratiques de la convergence tarifaire sont détaillées dans l'arrêté du 26 février 2009 (JO du 13 mars 2009).
[17] L'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 prévoit le principe de la convergence tarifaire pour les USLD (article L. 174-6 du code de la sécurité sociale).
[18] Rapport n°88 du Sénat sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, Sylvie Desmarescaux, 3 novembre 2010.
[19] Cf. rapport Desmarescaux, op. cit.
[20] Circulaire n° DGCS/5C/DSS/1A/2010/179 du 31 mai 2010 relative aux orientations de l'exercice 2010 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées.
[21] L'OGD lui-même a fait l'objet de réfactions, d'abondements et de mises en réserve.

[75] La circulaire budgétaire pour 2010[22] précise les voies à explorer afin de régulariser la situation des établissements dont l'écart entre dotations théorique et effective dépasse 10% :

- « *l'engagement d'accueillir une population dont le niveau de dépendance ou de soins requis est plus lourd ;*
- ***une option volontaire pour le tarif global***[23]*,*
- *la mise en place d'une unité Alzheimer spécialisée (UHR ou PASA),*
- *une gestion prévisionnelle des emplois utilisant les départs naturels (retraite),*
- *tout autre moyen jugé utile pour ramener la dotation aux tarifs plafonds à un rythme en phase avec les évolutions de l'établissement. « Il convient d'éviter toute mesure de licenciement de personnel* ».

[76] Lorsqu'aucune coupe PATHOS n'a été réalisée (cas des conventions tripartites dites « de première génération »), le PMP national moyen est attribué d'office à l'établissement afin de calculer sa dotation théorique : « *les établissements qui ne sont pas encore soumis à la tarification au GMPS voient leur plafond calculé sur la base de celle-ci, étant entendu que l'application de cette équation ne sert qu'à vérifier la situation de l'EHPAD au regard du plafond et non à calculer sa dotation 2011, et en aucun cas à allouer des crédits de médicalisation supplémentaires* ». À la date de rédaction de ce rapport, le PMP attribué par défaut s'élève à 168 points[24].

[77] Le nombre d'établissements sous convergence tarifaire doit logiquement diminuer sous l'effet mécanique de l'augmentation générale du PMP : la dotation théorique augmentant, les établissements voient leur excédent de dotation théorique diminuer. Il apparaît toutefois que certains établissements sous convergence tarifaire estiment que le PMP ayant servi à calculer leur dotation théorique est largement sous-évalué : la volatilité du PMP, particulièrement élevée dans les établissements de petite taille, ainsi que l'attribution d'un PMP d'office pour les établissements non encore pathossifiés, rendent en effet délicate l'application de la notion de convergence tarifaire.

1.1.3. Une option tarifaire jouant sur peu de postes de dépenses

[78] L'analyse du périmètre des dotations de soins conduit à distinguer trois catégories de dépenses : celles qui sont dans le champ de la dotation qu'elle soit partielle ou globale ; celles qui en sont exclues également dans les deux cas ; celles qui sont dans le champ de la seule dotation globale.

1.1.3.1. Des postes couverts par la dotation quelle que soit l'option tarifaire

[79] Accompagnant le processus de médicalisation des EHPAD, certaines dépenses sont imputées sur la dotation soins de l'établissement quel que soit son régime tarifaire :

- les charges relatives au médecin coordonnateur ;
- les charges relatives « *aux infirmières ou infirmiers libéraux* » (article R. 314-167 du code de l'action sociale et des familles), ce qui inclut, dans les faits, les soins d'infirmiers salariés comme libéraux ;
- les charges relatives aux aides-soignantes ; les dépenses de pédicures, ergothérapeutes et psychomotriciens, dont l'activité ne s'exerce pas selon une modalité libérale, sont de fait également imputées sur la dotation soins de l'établissement ;
- les charges relatives aux dispositifs médicaux non personnalisés.

[22] Cf. circulaire n° DGCS/5C/DSS/1A/2010/179 précitée.
[23] Piste abandonnée en 2011, voir *infra*.
[24] Cf. circulaire n° DGCS/5C/DSS/1A/2011/160 du 29 avril 2011. Ce PMP de 168 correspond à la moyenne nationale des PMP sur la période 2008-2010.

1.1.3.2. Des postes exclus de la dotation quelle que soit l'option tarifaire

[80] Quelle que soit l'option tarifaire retenue par l'établissement, et sans considération pour l'existence d'une PUI, les prestations suivantes sont remboursées directement aux résidents, comme soins de ville (article R. 314-168 du code de l'action sociale et des familles) :

- les dépenses relatives à une hospitalisation ;
- « *les séjours et interventions de services de suppléance aux insuffisants rénaux et respiratoires chroniques* » ;
- les interventions des équipes mobiles de psychiatrie ;
- les soins dentaires ;
- les dispositifs médicaux personnalisés ;
- les examens de radiologie et de biologie lourdes ;
- les honoraires des médecins spécialistes libéraux ;
- les transports sanitaires.

1.1.3.3. Une option tarifaire portant sur quatre postes de dépenses

[81] Enfin, aux termes de l'article R. 314-167 du code de l'action sociale et des familles, tout EHPAD doit choisir entre deux options tarifaires :

- soit l'option partielle, selon laquelle la dotation de soins de l'établissement vise seulement à couvrir les dépenses mentionnées au 1.1.3.1., les autres restant par conséquent remboursées directement aux résidents selon le droit commun des actes de soins de ville ;
- soit l'option globale, selon laquelle la dotation de soins de l'établissement couvre « *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* ». Les examens de biologie et de radiologie ici visés sont les examens courants (radiographie simple par exemple). Les auxiliaires médicaux inclus dans le champ du tarif global sont essentiellement les masseurs kinésithérapeutes (même si d'autres auxiliaires médicaux, comme les orthophonistes sont également concernés).

[82] L'imputation des dépenses de médicaments des résidents ne dépend pas de l'option tarifaire retenue mais de l'existence ou non d'une pharmacie à usage intérieur. Dans le premier cas, ces dépenses sont couvertes par la dotation de soins de l'EHPAD ; au contraire, en l'absence de PUI, ces dépenses sont exclues du budget soins de l'EHPAD et sont remboursées aux résidents sur l'enveloppe soins de ville de l'assurance maladie.

[83] Le tableau suivant récapitule les règles d'imputation des soins dispensés en EHPAD, soit sur la dotation de ce dernier, soit sur l'enveloppe soins de ville de l'assurance maladie (SV).

Tableau 4 : Prise en charge des dépenses de soins en EHPAD (en fonction de l'option tarifaire)

DESIGNATION DES PRESTATIONS	Tarif partiel	Tarif Global
HONORAIRES		
Honoraires de médecins spécialistes libéraux	SV	SV
Honoraires des médecins généralistes libéraux	SV	EHPAD
Honoraires des infirmières libérales[25]	EHPAD	EHPAD
Honoraires des autres auxiliaires médicaux	SV	EHPAD
Honoraires des chirurgiens dentistes	SV	SV
Actes délivrés ou dispensés lors d'une sortie pour convenances personnelles (si signalement à la CPAM)	SV	SV
Frais de prothèses dentaires, soins conservateurs dentaires, réparation des prothèses	SV	SV
EXAMENS (BIOLOGIE, RADIOLOGIE ET AUTRES)		
Analyses de biologie	SV	EHPAD
Prélèvement pour actes de biologie par une infirmière	EHPAD	EHPAD
Biopsies et examens anatomopathologiques	SV	SV
Actes de radiologie conventionnelle	SV	EHPAD
Coronarographies et radiothérapie (sans hospitalisation)	SV	SV
Echographies	SV	SV
Scanners, IRM, Scintigraphies	SV	SV
Actes associés à un Scanner / IRM	SV	SV
HOSPITALISATION ET AUTRES SOINS EN STRUCTURE		
Soins en court séjour, SSR, SSIAD	SV	SV
Frais d'hospitalisation	SV	SV
Séances de dialyse	SV	SV
Séjours et séances pour insuffisants rénaux et respiratoires chroniques	SV	SV
Consultations externes à l'hôpital	SV	SV
Intervention des équipes de psychiatrie générale	SV	SV
TRANSPORTS		
Transports sanitaires (ambulance, VSL…)	SV	SV
DISPOSITIFS MEDICAUX		
Dispositifs médicaux communs ou non personnalisés	EHPAD	EHPAD
ceinture abdominale, bandages orthopédiques,	SV	SV
Fauteuils personnalisés	SV	SV
Orthèses	SV	SV
Attelles pour le genou	SV	SV
Collier cervicaux	SV	SV
Collants, bas et chaussettes de contention	SV	SV
Bas varices	SV	SV
Oxygénothérapie	SV	SV
MÉDICAMENTS		
Médicaments[26]	Selon PUI	

urce : D'après la synthèse de la CPAM de Rouen

[25] Hors honoraires des infirmières libérales intervenant dans le cadre de soins pour insuffisance rénale et respiratoire chroniques.
[26] Hors médicaments non agréés en collectivité ou réservés à l'usage hospitalier.

1.1.3.4. Un choix parfois exercé de manière aveugle

[84] Afin d'exercer l'option qui leur est offerte par la réglementation, les EHPAD devraient être en mesure d'estimer la consommation de soins de ville qui reviendrait à leur charge en cas de passage au tarif global. La mission a constaté plusieurs cas de figure :

- certains EHPAD ont interrogé leur caisse pivot: dans la majorité des cas, celle-ci a fourni un profil de consommation, toutefois, certaines caisses n'ont pas pu ou pas voulu fournir cette information pour diverses raisons invoquées (retards dans la saisie de la liste des résidents, crainte de ne pouvoir répondre à toutes les demandes, etc.) ;
- certains EHPAD ont interrogé leur ARS, qui a transmis la demande à la caisse pivot ;
- d'autres établissements ont estimé eux-mêmes leur consommation de soins à partir de la fréquence constatée des visites des praticiens libéraux.

[85] Dans l'ensemble, de grandes variations locales (en fonction des ARS et des caisses pivot) existent dans l'information des EHPAD sur leur consommation de soins de ville. Finalement, le choix du régime tarifaire a souvent été largement guidé par l'autorité de tarification (DDASS puis ARS).

[86] Fin 2010, la répartition des EHPAD selon leur régime de tarification des soins s'établissait comme suit :

Répartition des places en EHPAD selon le mode de tarification des soins au 31/12/2010 :

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"[27]	41 065	4 028	45 093	21%	16 951	145 855	162 806	46%	207 899	**36%**
Mode "PATHOS"	106 353	67 673	174 026	79%	13 267	179 812	193 079	54%	367 105	**64%**
Total par tarif	147 418	71 701			30 218	325 667			575 004	**100%**
	219 119			100%	355 885			100%		
	38%				**62%**				**100%**	
Distribution de chaque tarif selon le critère "avec ou sans PUI"	67%	33%			8%	92%				

Source : CNSA

[27] La dotation minimale de convergence (DOMINIC) est l'ancêtre du GMPS actuel. La formule permettant son calcul repose sur une valeur de point multipliée par la capacité de l'établissement multipliée par un facteur égal à la somme du GMP de l'établissement et d'un nombre de points dépendant de la présence ou non d'une PUI (120 points en l'absence de PUI, 300 points en présence de PUI et 800 points pour les USLD). La fixation de la DOMINIC est précisée dans les circulaires DHOS n°2002/205 du 10 avril 2002 relative à la prise en compte des médicaments dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées et à la fixation du budget de soins, DHOS n° 2004/73 du 18 février 2004 et n° 2004/415 du 30 août 2004 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2004 dans les établissements et services médicosociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées et DHOS n° 2005/113 du 18 février 2005 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2005 dans les établissements et services médicosociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées.

1.2. Une évolution chaotique du périmètre des tarifs ou de leurs modalités d'application

[87] La définition des dépenses devant être prises en charge par les établissements sur leur dotation de soins a connu depuis une dizaine d'années maintes fluctuations, tout particulièrement au sujet des médicaments et des dispositifs médicaux. Elle comporte aussi des zones de flou, qui alimentent des indus pour les établissements ou des incertitudes pour leurs résidents et les professionnels de santé.

1.2.1. Un statut changeant des dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux

[88] L'intégration des médicaments dans le cadre du tarif global était prévue en 1999 (décret n° 99-316 du 26 avril 1999) alors qu'ils étaient remboursés comme soins de ville dans le cadre du tarif partiel. Une circulaire de septembre 2000 prévoyait un dispositif dérogatoire de prise en charge des médicaments « coûteux » pour les petits établissements[28].

[89] Les produits inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables étaient par contre initialement compris dans le forfait soins de tous les établissements quelle que soit leur option. Un arrêté du 4 mai 2001 est venu compléter la liste des petits matériels médicaux et des matériels médicaux amortissables pris en compte dans le cadre de la dotation soins.

[90] En 2001, la budgétisation de la dépense de médicament a été étendue aux établissements en tarif partiel (décret n° 2001-388 du 4 mai 2001). Mais dès 2002 ce cadre juridique a été de nouveau modifié : l'article 96 de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades lie la prise en charge de cette dépense par l'établissement à l'existence d'une PUI exclusivement ; tel est le schéma encore en vigueur aujourd'hui. Le même article retire les dispositifs médicaux du budget des établissements ne disposant pas d'une PUI pour l'imputer sur l'enveloppe de soins de ville.

[91] Enfin, l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 prévoit, pour tous les EHPAD, la réintégration dans la dotation des dispositifs médicaux dont la liste est fixée par arrêté, avec effet différé au 1er janvier 2007, repoussé ultérieurement[29] au 1er janvier 2008, puis au 1er août 2008, sur la base de l'arrêté du 30 mai 2008 ; ce différé d'application est regrettable, ayant laissé aux établissements le temps de réaliser de nombreux achats (hors budget) durant le premier semestre 2008, conduisant l'assurance maladie, cette année-là, « à payer deux fois ».

[92] Le régime applicable aux médicaments demeure précaire. L'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 prévoit de réintégrer le médicament dans le budget de soins de tous les EHPAD, sans considération pour leur option ni pour l'existence éventuelle d'une PUI, sur la base d'une expérimentation préalable[30] et en accompagnant cette réintégration d'une « liste en sus » de spécialités pharmaceutiques[31]. Cependant l'expérimentation menée à compter de décembre 2009, dans 276 établissements volontaires (dépourvus de PUI), qui devait s'achever au 1er janvier 2011, a été prolongée de deux ans (article 80 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011) en raison « *de sérieux risques qui doivent être pleinement pris en compte avant une généralisation éventuelle*[32]».

[28] Circulaire DGAS/Marthe/DHOS/DSS n° 2000/475 du 15 septembre 2000
[29] Article 88 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.
[30] Les circulaires du 6 août et du 10 novembre 2009 relatives à l'expérimentation de la réintégration des médicaments dans les dotations soins des EHPAD visaient à préparer la généralisation de cette réintégration.
[31] Article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles.
[32] Rapport n°88 du Sénat sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, S. Desmarescaux, novembre 2010.

1.2.2. Des zones de flou importantes

1.2.2.1. Des règles d'imputation sujettes à interprétation

[93] Les dispositifs médicaux constituent la principale source d'indus constatés par les caisses d'assurance maladie, en raison notamment des difficultés d'interprétation que soulève leur traitement budgétaire. En effet, si de manière générale les dispositifs médicaux doivent être payés par l'établissement sur sa dotation de soins, échappent à la règle les dispositifs « personnalisés »[33]. Or la caractérisation et la justification d'une personnalisation de certains équipements est sujette à discussion et nourrit de nombreux désaccords entre caisses d'assurance maladie et établissements ; tel est notamment le cas des fauteuils roulants dont quelques éléments d'adaptation permettent d'en transférer la charge sur les remboursements de soins de ville, sauf action en récupération d'indus de la part des caisses.

[94] Quant aux soins infirmiers, le droit commun est leur imputation sur la dotation soins de l'établissement –quelle que soit son option tarifaire– mais les soins relatifs à l'insuffisance rénale ou respiratoire chronique sont hors dotation[34], sans que les textes réglementaires ne précisent les contours de cette exception ; ainsi le traitement financier de la dialyse péritonéale (exigeant des soins infirmiers intensifs) a été, jusqu'à une période très récente, fluctuant selon les CPAM, certaines notifiant des indus à ce titre, d'autres remboursant cette dépense en soins de ville. Saisie de demandes de clarification sur ce point, la CNAMTS a pris position[35] fin avril 2011 : « *Dans l'attente d'un texte réglementaire plus explicite [que l'article R. 314-168 du code de l'action sociale et des familles], nous avons toujours considéré que la prise en charge de la dialyse pouvait être remboursée en sus du forfait soins de l'EHPAD, qu'il soit en tarif partiel ou global, de même que les actes infirmiers spécialisés qui vont avec, pour les raisons suivantes :*

- *les actes infirmiers en question ne peuvent être réalisés que par des infirmiers formés spécifiquement à ces techniques de dialyse, ce que ne sont généralement pas les infirmiers des EHPAD ;*
- *le refus de prise en charge risque de conduire à une prise en charge en centre d'hémodialyse plus coûteuse finalement pour l'assurance maladie, voire à des refus d'admission en EHPAD de ces résidents en insuffisance rénale chronique.* »

[95] La prise en charge des traitements très coûteux[36] semble devoir être discutée au cas par cas. Des travaux conjoints avec les services de l'État sont en cours afin d'arrêter une position sur ce type de prises en charge.

---

[33] Sont exclus de la dotation soins « *dispositifs médicaux mentionnés à l'article L. 5211-1 du code de la santé publique autres que ceux mentionnés aux a) et c) du III de l'article R. 314-162 en fonction du droit d'option tarifaire retenu par l'établissement* ».

[34] Article R. 314-168 du code de l'action sociale et des familles.

[35] Réponse n° 2011-1 du 28 avril 2011 (espace intranet questions/réponses de la direction des fraudes et du contentieux).

[36] Question n° 2011-2 du 28 avril 2011 (espace questions/réponses de la direction des fraudes et du contentieux de la CNAMTS). « *Question posée par un EHPAD sur les traitements onéreux : « une résidente de l'établissement revient ce jour de l'hôpital avec un cathéter péri-nerveux qui nécessite tous les 2 jours pour le soin spécifique l'utilisation d'un set de remplissage avec diffuseur ALR 270 ml – 5 ml/h qui coûte 32 € pièce soit 480 € par mois et 5 840 € par an ! Ce qui représente un soin très coûteux. De par la spécificité de ce dispositif de lutte contre la douleur et le coût, cela ne relève-t-il pas d'une prise en charge par la CPAM ?* »
Réponse : sur un cas particulier de traitement de la douleur pour une personne résident d'un EHPAD, il est nécessaire d'avoir un exposé du contexte suffisamment précis. Toutefois, cette personne a été hospitalisée avec sortie de la structure sanitaire et retour dans l'EHPAD avec un suivi par un service spécialisé (équipe mobile douleur ou soins palliatifs ?). Dans ce cas, les diffuseurs portables qui sont des dispositifs médicaux au titre de l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, peuvent être pris en charge en sus du forfait de soins, dans le cadre d'indications limitées au nombre desquelles figure la prise en charge de la douleur (5ème alinéa de l'article R. 314-168 du code de l'action sociale et des familles). En revanche, le produit analgésique est un médicament et pourrait quant à lui être compris dans le forfait soins de l'EHPAD.
En tout état de cause, il semble qu'un indu ne saurait être notifié pour cette situation et que ce cas d'espèce aurait dû être examiné par un praticien conseil placé près la CPAM. Je vous invite donc à saisir votre praticien conseil référent en la matière. »

1.2.2.2. La question non réglée de la prise en charge des dépassements d'honoraires

[96] La prise en charge des dépassements d'honoraire par l'assurance maladie complémentaire (AMC) dépend de manière générale des couvertures choisies par les résidents. Or, dans le cas des EHPAD en tarif global, dans le silence des textes sur ce point, la question se pose de la volonté et de la capacité des établissements à assumer cette charge intégralement. Si tel n'est pas le cas la couverture par l'organisme complémentaire du résident est également incertaine, l'assurance maladie obligatoire n'émettant pas de feuille de soin (puisque la dépense entre dans la dotation de l'établissement).

[97] On observera que des négociations sont engagées sur ce point par certains groupes d'EHPAD privés ayant une forte implantation en région parisienne où le problème des dépassements d'honoraires est le plus aigu. Ainsi le contrat d'hébergement en vigueur dans un groupe d'EHPAD privés commercial stipule que : « *L'EHPAD ne prend pas en charge les dépassements d'honoraires, quelle que soit l'option conventionnelle du praticien. Si de tels dépassements devaient être facturés au résident, l'établissement n'en fera pas l'avance et laissera le résident intervenir auprès de sa mutuelle, par le biais de la quittance établie par le médecin à chacune de ses interventions Cette quittance sera accompagnée d'un courrier informant la mutuelle des modalités de prise en charge par le tarif global* ».

1.2.2.3. La portée incertaine du contrat de coordination avec les professionnels libéraux

[98] L'article L. 314-12 du code de l'action sociale et des familles prévoit la signature d'un contrat entre professionnel intervenant en EHPAD et établissement. Ce contrat doit être « *conforme aux contrats-types* » fixés par arrêté[37] (article R. 313-30-1 du code de l'action sociale et des familles).

[99] Le principe même de la signature de ce contrat a fait l'objet de vives réactions de la part des praticiens libéraux (voir chapitre 4.3.2) Sans s'intéresser au fond de cette contestation, les conséquences du refus de signer apparaissent mal mesurées. Ainsi, l'intervention de médecins de garde non signataires – hors hypothèse d'urgences vitales – se ferait dans un cadre incertain.

[100] En outre, l'impact du refus de signature d'un intervenant libéral en EHPAD sur la couverture de sa responsabilité civile professionnelle, obligatoire en application de l'article L. 1142-2 du code de la santé publique, n'a pas été étudié. En effet, la plupart des contrats de responsabilité civile professionnelle excluant la garantie des actes effectués en violation de la réglementation en vigueur, il est possible qu'ils excluent les actes effectués par un médecin hors contrat avec l'EHPAD[38].

[101] L'État s'est borné à indiquer[39] aux médecins qu'une attention particulière doit être prêtée au sort de ce contrat en cas de refus de signature de la convention : « *il est conseillé aux médecins de prendre l'attache de leur assurance afin de vérifier si en cas de sinistre les professionnels seraient couverts par leur assurance* ».

---

[37] Arrêté du 30 décembre 2010 (JO du 31 décembre 2010) applicable aux médecins libéraux et aux masseurs kinésithérapeutes. L'arrêté précisant le contrat-type applicable aux autres professions de santé n'est pas paru.

[38] La clause est typiquement rédigée de la manière suivante : « sont exclus de la garantie les dommages résultant d'actes professionnels prohibés par les dispositions légales ou réglementaires ». La conformité d'une telle clause aux dispositions de l'article L. 113-1 du code des assurances est discutable.

[39] Foire aux questions relatives à la coordination des intervenants libéraux en EHPAD, DSS/MCGR, 22 avril 2011.

1.3. Les fragilités de la politique tarifaire de l'État

[102] Les choix successifs effectués par l'État concernant le financement des soins en EHPAD sont sources de difficultés tant pour l'assurance maladie que pour les établissements, en raison d'une insuffisante appréhension des coûts et des facteurs structurels associés au bon usage des différents tarifs, et d'un manque de continuité dans les politiques suivies.

1.3.1. Une intégration des médicaments en 2001 mal préparée

[103] L'intégration, en 2001, des médicaments dans le forfait soins des EHPAD a échoué en grande partie à cause d'un manque de préparation de cette opération[40]. En effet, les dépenses de médicaments en établissement étaient mal connues et l'évaluation initiale de la dotation s'est avérée d'un déploiement difficile sur le terrain. Encore moins qu'aujourd'hui, les EHPAD n'avaient les moyens de rationnaliser la prescription en raison du grand nombre de prescripteurs libéraux et de l'extrême difficulté à imposer les bonnes pratiques en la matière. Les modalités d'approvisionnement et de dispensation n'avaient pas non plus été étudiées.

1.3.2. Une réintégration des dispositifs médicaux en 2008 maladroitement gérée en termes de calendrier et de calibrage

[104] Le principe de la réintégration des dispositifs médicaux dans le forfait de soins a été retenu dès 2005 pour une application au 1er janvier 2007, repoussée au 1er janvier 2008, date à laquelle l'arrêté du 26 avril 1999 (modifié par celui du 4 mai 2001) aurait dû s'appliquer.

[105] L'arrêté du 30 mai 2008 modifie la liste des dispositifs médicaux réintégrés ; il a été pris « *à l'issue de concertations préalables avec les professionnels du secteur. Toutefois, afin de faciliter l'organisation des acteurs de terrain, il a été décidé de ne rendre effective l'opération qu'à partir du 1er août 2008*[41] ». Il s'en est suivi, au cours du premier semestre 2008, particulièrement en juin et juillet, des achats et stockages importants de certains dispositifs médicaux. La CNAMTS[42] chiffre à 101 M€ le coût de cet effet d'aubaine. Ces 101 M€ auraient été principalement destinés à l'acquisition de lits médicalisés et de matelas anti escarres (66%), à l'achat de fauteuils roulants (13%) et au stockage de pansements (12%). Parallèlement, la réintégration des dispositifs médicaux dans le forfait soins des EHPAD avait donné lieu à un transfert de l'enveloppe « soins de ville » vers l'enveloppe médico-sociale à hauteur de 320 M€. La direction de la sécurité sociale[43] estime a posteriori ce transfert à 150 M€.

[106] Il convient de préciser que, si l'effet d'aubaine sur 2008 n'est pas contestable, l'intégration des dispositifs médicaux a permis, depuis, de réduire considérablement la progression de ce poste de dépense.

---

[40] Cf. Rapport de l'IGAS n° 2005 022 sur la prise en charge des médicaments dans les maisons de retraite médicalisées, par Pierre Deloménie et Marie Fontanel-Lassalle, 2005.
[41] Note n° 10-085 du 24 septembre 2010 de la direction de la sécurité sociale.
[42] « *Bilan de l'intégration au 1er août 2008 de certains dispositifs médicaux dans le forfait soins des EHPAD* », document de travail DDGOS/DOS/DPROD - LPP - EHPAD
[43] Note n° 10-085 précitée.

1.3.3. Une forte incitation financière donnée au tarif global à partir de 2006 sans analyse des coûts ni des conditions de sa bonne utilisation

[107] « *Afin d'inciter les établissements à choisir le tarif global prévu initialement comme le dispositif de droit commun de la réforme de la tarification […], il est prévu de revaloriser de 15% le tarif global de soins de tous les établissements ayant opté ou optant pour ce tarif* » ; ainsi le prévoit la circulaire du 17 octobre 2006 relative à la campagne budgétaire[44].

[108] De nouveau, en 2008, la circulaire budgétaire[45] insiste sur le fait que « *le tarif global a été revalorisé via le calcul de la valeur du point GMPS. II devient ainsi particulièrement avantageux pour les établissements qui souhaiteraient l'adopter, le plafond de ressources du tarif global étant supérieur de 30 % au plafond du tarif partiel. De plus, il permet une prise en charge coordonnée et de qualité des résidents. C'est pourquoi il est recommandé de calculer de façon systématique les deux modalités de tarification pour les établissements qui passeront dans le nouveau mode de tarification afin qu'ils puissent choisir l'option tarifaire en connaissance de cause* ».

[109] On rappelle que l'écart de 30% entre les valeurs de point en tarif global et en tarif partiel n'est pas fondé sur une objectivation des dépenses à couvrir, et que ce calibrage apparaît peu argumenté.

[110] La doctrine d'emploi de la tarification globale fait tout autant défaut. Au mieux trouvera-t-on dans les circulaires 2009 et 2010 un usage d'opportunité au tarif global, visant à permettre à certains établissements de satisfaire ainsi la convergence tarifaire. L'objectif de coordination des soins et d'amélioration de leur qualité a été ainsi plus présumé qu'étudié dans ses conditions de réalisation.

1.3.4. Une politique volontariste suivie d'un coup d'arrêt soudain en 2010

[111] Comme indiqué supra, l'action des pouvoirs publics est dès 2006 très volontariste en faveur du tarif global et du déploiement de l'outil PATHOS au moyen de « crédits de médicalisation ».

[112] En 2009, la circulaire tarifaire[46] permet l'utilisation du tarif global dans le cadre de la convergence tarifaire : « *Les EHPAD dépassant les plafonds précisés dans l'arrêté [....] pourront gérer ces contraintes dans le cadre d'une option pour le tarif global permettant de passer de l'équation DOMINIC à l'équation GMPS même si la première convention tripartite n'est pas arrivée à échéance* ».

[113] En 2010 encore, la circulaire tarifaire[47] incite fortement au passage au tarif global : « *Dans le prolongement de la politique de gestion globale et coordonnée du soin en EHPAD, vous veillerez à inciter et favoriser le choix des établissements pour le tarif global à la faveur de l'entrée de ceux-ci dans le conventionnement de 2nde génération. De même, vous faciliterez cette option pour les EHPAD qui l'envisageraient avant même la fin de la première convention tripartite* ».

[114] Les établissements ont largement répondu à ces incitations relayées par les DDASS puis par les ARS (voir chapitre 1.1.3.4).

---

[44] Circulaire DGAS/DHOS/DSS/CNSA/2006/447 du 17 octobre 2006 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2006 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées.

[45] Circulaire interministérielle n° DGAS/DSS/2008/54 du 15 février 2008 relative a la campagne budgétaire pour l'année 2008 dans les établissements et services rnédico-sociaux accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées.

[46] Circulaire interministérielle n° DGAS/5B/DSS/1A n° 2009-51 du 13 février 2009 relative aux orientations de l'exercice 2009 pour la campagne budgétaire des établissements et services médicosociaux accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées.

[47] Circulaire n° DGCS/5C/DSS/1A/2010/179 du 31 mai 2010 précitée.

[115] La rupture dans cette politique a lieu mi 2010. L'instruction de la CNSA du 14 juin 2010 précise que l'enveloppe de médicalisation, jusque là seulement indicative, devient limitative. Dans sa notification de délégation complémentaire de crédits 2010 du 3 décembre 2010, la CNSA rappelle que « *ces crédits complémentaires ne doivent en aucun cas être utilisés pour signer de nouvelles conventions, quelle qu'en soit l'option tarifaire, qui viendraient augmenter le volume des engagements financiers de médicalisation que vous avez communiqués dans le cadre de l'enquête tarifaire 2010. Il vous est par ailleurs tout spécialement demandé de limiter les engagements de passage au tarif global : le dynamisme des engagements financiers 2011 sur le tarif global excède en effet dès à présent celui des crédits disponibles pour l'exercice 2011* ».

[116] Dans ce contexte, la circulaire budgétaire pour 2011 confirme ce coup d'arrêt : « *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 associé, il vous est recommandé de surseoir au développement du tarif global, qui n'est, à ce jour, pas financé* ».

[117] Cette circulaire semble en contradiction avec l'article R. 314-167 du code de l'action sociale et des familles, qui prévoit le droit d'option tarifaire de l'établissement, sans considération budgétaire et sans que l'avis de l'autorité de tarification ne soit sollicité. La circulaire organise en outre un cadre très restrictif de renouvellement des conventions tripartites : « *Dans le contexte de tension sur les crédits de médicalisation, il vous sera loisible, dans le seul cas d'une annulation dans l'ouverture des établissements dans l'année, de mobiliser ces crédits libres d'emploi pour soutenir le renouvellement des conventions tripartites* ». Ce faisant, l'administration place en difficulté établissements et conseils généraux car le fonctionnement régulier d'un EHPAD suppose la signature d'une convention tripartite (article L. 313-6 du code de l'action sociale et des familles) ; la conséquence logique d'un refus de conventionnement serait donc la fermeture administrative de l'établissement…

[118] Le stock de conventions tripartites à renouveler a atteint un niveau préoccupant : 2540 conventions[48] devront faire l'objet d'un renouvellement d'ici à 2012.

[48] Source : extraction SAISEHPAD du 1er juillet 2011.

2. LE TARIF GLOBAL A-T-IL UN INTERET ECONOMIQUE ?

[119] Pour répondre à cette question, il convient à la fois de s'interroger sur le coût du passage du tarif partiel au tarif global (approche dynamique des surcoûts budgétaires) et de procéder à des comparaisons des coûts unitaires entre les deux catégories d'établissements, sous tarif partiel ou global, en visant une approche des coûts complets.

[120] La mission a combiné ces deux approches, en traitant des informations massives mais inorganisées, peu homogènes et très cloisonnées, qui posent des problèmes méthodologiques sur lesquels il convient d'abord de s'arrêter. Dans ce cadre et sous ces réserves, elle a individualisé des surcoûts budgétaires importants pour les établissements passant du tarif partiel au tarif global, pour des raisons du reste largement extérieures à l'élargissement du champ tarifaire.

[121] La mission a également cherché à mesurer l'impact pour l'assurance maladie de la prise en charge du ticket modérateur par les établissements sous tarif global dans le champ de leur dotation.

[122] Des comparaisons de coûts effectuées entre établissements, il ressort que le tarif global s'accompagne d'économies substantielles sur des postes extérieurs à son périmètre mais que les économies réalisées sur les quatre postes de soins de ville intégrés dans son périmètre sont nettement inférieures aux ressources budgétaires supplémentaires allouées au titre du tarif global. Enfin, on peut constater, en termes de gestion budgétaire, que le passage au tarif global a été correctement maîtrisé par les établissements.

2.1. Limites méthodologiques

2.1.1. Une information cloisonnée

2.1.1.1. Un cadre juridique ancien dont l'assurance maladie a tardé à tirer les conséquences

[123] Le besoin de connaissance des données de consommation de soins des résidents en EHPAD est aussi ancien que le tarif global lui-même. Ainsi, dès 1999 les EHPAD sont tenus de déclarer semestriellement aux organismes d'assurance maladie et sur leur demande « *la liste des personnes hébergées à la date de cette demande ainsi que les mouvements intervenus au cours des six derniers mois* » (article 11 du décret n° 99-316 du 26 avril 1999).

[124] Le décret n°2001-388 du 4 mai 2001 est venu renforcer ces obligations déclaratives : les EHPAD sont tenus de déclarer chaque semestre la liste de ses résidents à la caisse pivot, et, sur demande, à tout autre organisme d'assurance maladie ; en outre, ils doivent transmettre mensuellement « *un bordereau portant mention de l'option tarifaire choisie par l'établissement […] et comportant :*

a) Pour la part des rémunérations des professionnels d'exercice libéral intégrée dans le tarif journalier afférent aux soins, le montant, par catégorie professionnelle en distinguant, pour les médecins, les généralistes des médecins spécialistes, des rémunérations versées mensuellement ;
b) Le montant mensuel de la consommation de médicaments ;
c) Le montant mensuel de la consommation des résidents au titre de dispositifs médicaux intégrés dans le tarif soin ».

[125] L'arrêté du 9 juillet 2003 précisant le contenu de ce bordereau (voir annexe 5) a été repris dans la lettre réseau DRM 95/2004 de la CNAMTS. En pratique toutefois, les données contenues dans ces bordereaux ne sont pas exploitées par les CPAM, qui les transmettent au niveau national. Il semblerait que l'exploitation qui en est faite par la CNAMTS demeure très limitée dans la mesure où une remontée lacunaire, voire une absence de remontée, ne suscite pas de relance de la part de la caisse nationale.

[126] La liste des résidents, au contraire, a été exploitée, essentiellement à des fins de contrôle. Cette remontée non automatisée supposait un travail supplémentaire de saisie pour les caisses et de mise à jour de leur base de données opérationnelle (BDO). Pendant plusieurs années les pratiques des CPAM à cet égard ont été diverses : remontées mensuelles (avec la fourniture des bordereaux) traitées au fil de l'eau, remontées semestrielles traitées de manière prioritaire… ou tardive… ou jamais intégrées dans la BDO.

[127] Il aura fallu attendre 2008 pour que deux lettres réseau de la CNAMTS déclinent opérationnellement la contrainte de remontée de liste des résidents, en imposant aux CPAM de renseigner la BDO au moyen d'un *flag* informatique (« top H »). Ainsi, la lettre réseau LR-DDGOS-20/2008 du 20 mars 2008 précise : « *Conformément à l'article R 314-169 du Code de l'Action Sociale et des Familles, les EHPA(D) doivent fournir à leur caisse pivot la liste des assurés domiciliés dans leur établissement. À partir de cette liste, les caisses procèdent à la mise à jour des rubriques de la BDO. La rubrique « Prise en charge » de l'application Progrès PE/MAJ a évolué pour identifier les hospitalisations dans les établissements de type EHPAD. Dans la zone « Nature de la prise en charge », la valeur «H» doit être saisie* ». Les modalités pratiques de saisie de la liste des résidents sont détaillées dans la lettre réseau LR-DDGOS-43/2008 du 30 mai 2008. En particulier, le calendrier y est affirmé clairement : « *La mise en œuvre de la saisie des informations doit donc se faire immédiatement sur la base des listes du 1er semestre 2007 (transmise le 1er juillet 2007) et du 2e semestre 2007 (transmise le 1er janvier 2008). Ces listes, transmises par les directeurs de l'EHPAD aux caisses pivots conformément à l'art. R314-169 du Code de l'Action Sociale et des Familles, devront être saisies dans la BDO au plus tard le 21 juin 2008 pour les EHPAD de plus de 80 lits sans pharmacie à usage intérieur et au plus tard le 15 juillet 2008 pour tous les autres EHPAD (y compris moins de 80 lits) […] La saisie des listes de résidents des EHPAD du 1er semestre 2008 devra démarrer dès réception de ces listes à partir du 1er juillet 2008 et devra être terminée au plus tard le 30 septembre 2008* ». Pourtant, aujourd'hui encore, le déploiement du « top H » est très hétérogène sur le territoire.

[128] Plus récemment, le décret n° 2010-621 du 7 juin 2010 a imposé le déploiement par la CNAMTS d'un traitement automatisé visant à faciliter « *la récupération des indus* » (voir chapitre 2.1.1.3).

2.1.1.2. L'espoir vain d'obtenir le coût complet ville-hôpital pour l'assurance maladie

[129] Le coût complet pour l'assurance maladie est composé de trois éléments :

- les dotations soins allouées aux EHPAD ;
- les remboursements de soins de ville ;
- les dépenses à l'hôpital.

[130] L'information sur les dotations de soins allouées aux EHPAD est disponible auprès des ARS : celles-ci sont signataires des conventions tripartites et prennent une part active dans leur négociation, prennent les arrêtés de tarification annuels, et approuvent les comptes administratifs des établissements. Elles ont donc une connaissance précise de cette situation. La mission a pu observer que les CPAM disposaient d'informations parfois erronées sur le régime tarifaire de certains EHPAD (passage au tarif global non encore enregistré, PMP non mis à jour, omission de l'existence d'une PUI). Ces discordances reflètent l'absence de rapprochement en routine ou d'échange automatisé des informations respectives des ARS et des CPAM au sujet des EHPAD vis-à-vis desquels elles détiennent pourtant des compétences complémentaires. De fait, l'échange d'informations dans ce domaine est très dépendant des contextes locaux[51] (cf. 2.1.2.1).

[131] Une analyse plus fine des dépenses en EHPAD est théoriquement possible, puisque des bordereaux – dont le contenu est au demeurant améliorable – retraçant l'activité libérale au sein de l'établissement doivent théoriquement être communiqués aux caisses. Ces données, en pratique non exploitées, ne sont pas fiables et la mission n'a pu s'appuyer que sur les comptes administratifs des établissements.

[132] Les dépenses de ville sont partiellement connues des caisses qui, par définition, n'ont accès à la consommation de soins que de leurs seuls ressortissants. La situation des résidents d'une autre caisse du régime général (cas des « subsistants »), de ceux des sections locales mutualistes, sans même parler des ressortissants des autres régimes que le régime général, demeure largement inconnue. En ce sens, la connaissance de la dépense de ville est partielle.

[133] Enfin, les dépenses individuelles de soins à l'hôpital sont aujourd'hui inconnues des caisses locales des régimes d'assurance maladie. Les bases annuelles et consolidées du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI- résumés de sortie anonymisés regroupés en groupes homogènes de séjours) sont disponibles largement avec un délai de six mois suivant la clôture de l'exercice considéré (soit au milieu de l'année N+1) et selon un mode d'anonymisation (FOIN 3)[52] qui ne permet pas de les apparier aux dépenses de soins de ville des caisses locales, lesquelles détiennent, en tant que caisses pivots, les listes de résidents en EHPAD. De plus, en supposant levés les problèmes d'anonymisation, il reste que ce délai ne laisse qu'une période de recoupement très courte avec les données de la BDO, qui ne sont conservées par les caisses locales que pendant 24 mois (auxquels s'ajoute le mois en cours) ; l'accès aux dépenses de soins hospitaliers ne deviendrait donc possible que lorsque les dépenses de soins de ville commenceraient à devenir indisponibles.

[134] La CNAMTS, en revanche, reçoit chaque mois, avec un différé de trois mois, les données du PMSI collectées par l'agence technique de l'information hospitalière (ATIH), selon le même mode d'anonymisation que celui utilisé dans le SNIIRAM (FOIN 2), ce qui rendrait possible à l'échelon national le rapprochement de ses bases avec les dépenses hospitalières des résidents en EHPAD…si seulement la caisse nationale disposait d'une liste consolidée de ces résidents !

---

[51] La mission d'enquête de l'IGAS relative à la consommation des crédits soumis à l'OGD dans quatre régions (rapport RM 2011-057P de mars 2011) souligne que « *les ARS entretiennent des liens plus ou moins étroits avec les CPAM de leur territoire, en fonction de facteurs historiques ou personnels. En effet, il n'existe pas de cadre uniforme de relations ni d'obligation institutionnelle de rapprochement. Du point de vue des systèmes d'information, et contrairement à ce qui est parfois avancé par la CNSA, les ARS n'ont pas encore accès directement au SNIIR-AM. Toutefois les agents de l'assurance maladie ayant rejoint les ARS ont conservé, à titre personnel, un droit d'accès au SNIIR-AM et si certains d'entre eux savent élaborer des requêtes, ils sont parfois peu familiers du champ médico-social et/ou leurs fonctions actuelles ne concernent pas ce secteur. Ce serait néanmoins par ce biais ou celui des CPAM que les ARS pourraient, si elles le souhaitaient, obtenir des informations sur le niveau des dépenses réalisées sur la base de leurs arrêtés de tarification. Les ARS rencontrées n'ont jamais effectué une demande de ce sens auprès des CPAM* ».

[52] FOIN : Fonction d'Occultation des Informations Nominatives.

[135] Le passage en facturation directe et individualisée des établissements de santé pourrait apporter aux caisses locales l'information manquante sur les coûts individuels des séjours hospitaliers. Toutefois, les difficultés de cette transition, dont l'expérimentation vient de débuter, ont été soulignées[53], de même que ses limites : la facturation directe ne fournira pas d'information relative aux diagnostics et ne permettra donc pas d'étude médico-économique fine.

[136] En toute hypothèse, la psychiatrie, qui représente une part non négligeable des hospitalisations des personnes résidant en EHPAD, reste pour l'heure en dehors du PMSI et du projet de facturation directe.

2.1.1.3. Un nouvel outil conçu pour les contrôles plus que pour le suivi de la dépense

[137] Un nouvel outil d'information, répondant aux obligations prévues par le décret du 7 juin 2010[54] et actuellement en test à la CPAM de Paris, permettra une remontée systématique, automatisée et mensuelle, auprès des caisses locales, des listes de résidents en EHPAD. Ce mode de transmission se substituera donc aux remontées semestrielles et de facto non exhaustives pratiquées jusqu'à présent. Il devait entrer en exploitation en septembre 2011 pour le régime général et être étendu ensuite à l'ensemble des régimes d'assurance maladie en novembre 2011 ; la phase de test a été prolongée de quelques mois.

[138] Cet outil d'information, piloté nationalement par la direction déléguée à la gestion de l'offre de soins de la CNAMTS (et non par la direction de la stratégie, des études et des statistiques), se présente sous la forme de trois applicatifs destinés :

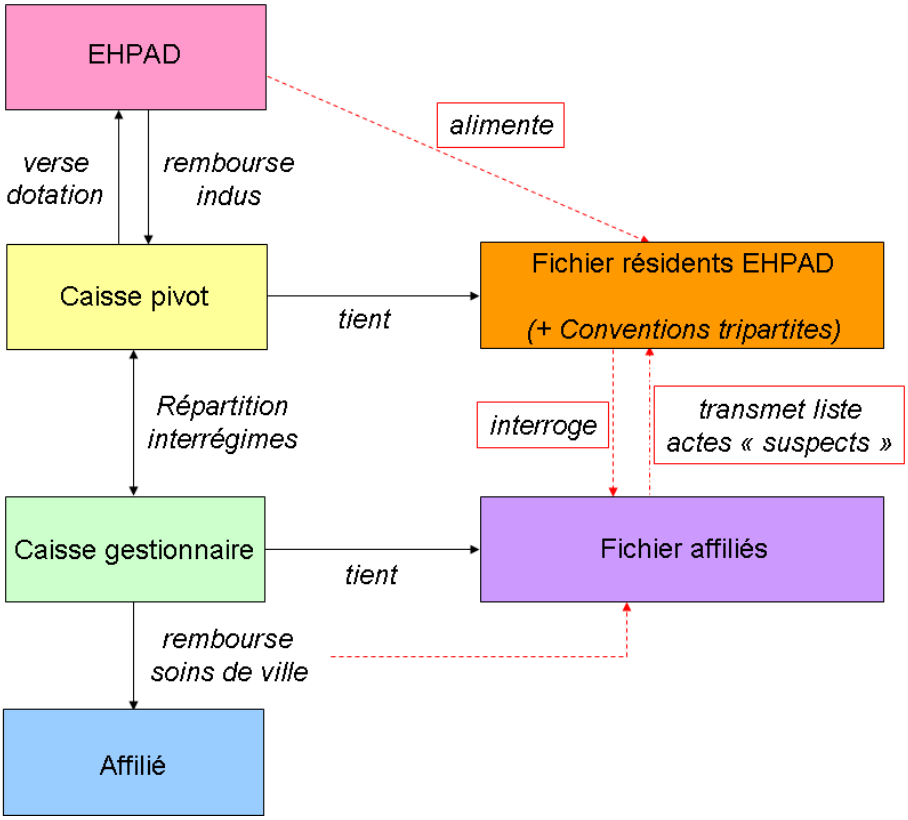
- aux directeurs d'EHPAD, qui devront entrer l'identité (nom, prénom et date de naissance) des résidents de leur établissement et les mouvements d'entrée ou de sortie de ceux-ci, les sommes payées mensuellement aux professionnels de santé (par catégorie de praticiens) dans le cadre de leur dotation de soins, ainsi que le nombre de praticiens ainsi rémunérés ;
- aux caisses pivot en relation avec les EHPAD : ces caisses auront la responsabilité du versement des dotations de soins aux EHPAD, du repérage des anomalies, du contrôle et de la répétition des indus éventuels. Les caisses pivot tiendront la liste des résidents en EHPAD ; elles verseront dans la base de résidents les informations relatives aux droits ouverts et régime d'affiliation des personnes ; étant également destinataires des conventions tripartites, elles pourront renseigner les caractéristiques tarifaires de l'établissement ainsi que de sa dotation soins[55] ;
- aux caisses auprès desquelles sont affiliés les résidents en EHPAD : ces caisses tiendront la liste de leurs affiliés et disposeront des données de dépenses de soins de ville pour chacun d'eux.

[53] IGAS, *Le passage à la facturation directe des établissements de santé anciennement sous dotation globale*, Rapport n°RM-2008-119P, décembre 2008.
[54] Décret ayant modifié l'article R. 314-169 du code de l'action sociale et des familles.
[55] Article R. 314-36 du code de l'action sociale et des familles.

[139] Sur la base de la liste des résidents ainsi constituée, qui inclut l'information sur leurs périodes de présence effective au sein de l'EHPAD, les caisses gestionnaires[56] transmettront à la caisse pivot[57] non pas l'intégralité des dépenses de soins de ville remboursées aux personnes considérées mais les dépenses « signalées », pour lesquelles existe une suspicion de double paiement (soins de ville figurant dans le périmètre de la dotation de soins et non liés à une période d'absence du résident, repérés par échange automatique de données entre le fichier des affiliés et celui des résidents en EHPAD).

[140] Les actes « suspects » seront ensuite traités manuellement par les caisses pivot qui décideront des suites à donner au signalement effectué : validation de l'anomalie (et déclenchement des procédures relatives aux indus) ou annulation.

Schéma 1 : Architecture du système de remontée automatisée des listes de résidents en EHPAD vers l'assurance maladie



[141] Le progrès ainsi réalisé dans la connaissance à la fois de la population hébergée en EHPAD et des rémunérations versées dans la cadre des dotations de soins, est réel ; il constitue une étape préalable essentielle à toute gestion du risque dans ce domaine.

[142] Néanmoins, on peut regretter certaines limites du nouvel outil d'information :

– Il vise avant tout à éclairer et orienter la politique de contrôle des caisses, qui est bien l'un des deux usages prévus au 2° du II de l'article R. 314-169 du code de l'action sociale et des familles (« *contrôles afférents aux facturations présentées au remboursement des organismes d'assurance maladie par le rapprochement des données relatives aux résidents*

[56] Une caisse gestionnaire ne sait pas a priori si l'un de ses affiliés est résident en EHPAD, sauf s'il réside dans un EHPAD pour lequel elle est également caisse pivot.
[57] Une caisse pivot ne dispose des données d'assurance-maladie des résidents en EHPAD que pour les résidents qui sont affiliés auprès d'elle.

avec celles relatives aux remboursements au titre des soins de ville dispensés à ces mêmes personnes ») et à simplifier et fiabiliser la répartition du forfait soin entre régimes d'assurance maladie (3° du II de l'article R. 314-169 du code de l'action sociale et des familles).

- En revanche, cet outil, en l'état, ne contribue que faiblement au « *suivi de la consommation médicale et de l'activité des professionnels de santé libéraux dans l'établissement* » comme le prévoit pourtant le 1° du II de l'article R. 314-169 du code de l'action sociale et des familles. Pour ce faire, il faudra soit procéder à la remontée au niveau national des listes de résidents afin de réaliser l'appariement avec les données de remboursement du SNIIRAM, soit procéder à des requêtes spécifiques dans les CPAM à partir de leurs données de remboursements stockées dans ERASME.
- L'appariement automatique entre dépenses de soins de ville et liste des résidents en EHPAD, qui permettrait un suivi continu de la dépense ambulatoire de ces populations, est présenté par la CNAMTS comme une seconde étape qui pourrait être engagée en 2012. Quant à l'intégration, a posteriori, des dépenses d'hospitalisation de cette même population, qui permettrait enfin le calcul de coûts complets des soins délivrés aux personnes dépendantes en institution, elle n'est pas prévue pour l'instant ; à noter que l'intégration en routine de la liste de résidents dans le SNIIRAM permettrait, au moins à l'échelon national, d'exploiter les données du PMSI transmises par l'ATIH.
- On peut enfin regretter l'absence de certaines informations relatives aux résidents ou aux établissements, pourtant utiles à l'analyse médico-économique de ces dépenses : les ALD ne figurent pas dans la fiche des résidents (information importante au regard de la perte de la contribution des organismes d'assurance complémentaire dans le tarif global) ; les évaluations servant de base au calcul des tarifs (GMP, PMP) ne figurent pas dans la fiche d'identité des établissements.

2.1.2. Limites inhérentes à l'exploitation des données collectées auprès des CPAM et ARS

2.1.2.1. Un manque de fiabilité et de robustesse des données

[143] Le système d'information n'étant pas partagé, en particulier entre assurance maladie et ARS, la mission a dû rechercher les informations des deux sources pour les recouper. Les ARS ont fourni l'option tarifaire, le dernier GMP et, le cas échéant, le dernier PMP validé, ainsi que les dotations soins hors crédits non reconductibles. De leur côté, les CPAM approchées[58] ont fourni les consommations de soins de ville des résidents en EHPAD sur les 24 derniers mois.

[144] Une première difficulté provient des discordances entre bases de données des ARS et de l'assurance maladie, évoquées précédemment. L'identifiant FINESS d'un établissement peut parfois différer, les ARS travaillant souvent sur la base du FINESS géographique alors que les caisses pivot effectuent leurs paiements sur la base du FINESS juridique. Des incohérences ont aussi été constatés pour un même EHPAD entre fichiers ARS et assurance maladie quant à l'option tarifaire (cas de passages au tarif global non enregistrés par la CPAM), la présence d'une PUI (parfois non enregistrée par la CPAM) ou la valeur du PMP. À titre d'exemple, sur les 210 EHPAD de la région Centre dont les données étaient exploitables, 29 présentaient des discordances entre les fichiers de l'ARS et de la CPAM dont 25 portaient sur le seul mode tarifaire, 2 sur l'existence d'une PUI et 2 simultanément sur le mode tarifaire et la PUI.

[58] Ont ainsi été en mesure de communiquer à la mission des résultats les CPAM suivantes : Ain, Ardèche, Cher, Haute-Loire, Indre, Indre et Loire, Loir et Cher, Loiret, Meuse, Hainaut, Paris, Puy-de-Dôme, Bayonne, Rhône, Savoie, Rouen-Elbeuf-Dieppe et Vosges.

[145] Le changement d'option tarifaire en cours d'année pose également problème. Dans la mesure du possible, la mission a écarté les données correspondant à ces EHPAD.

[146] Une troisième difficulté tient au décompte des résidents. En effet, les caisses ne disposent généralement pas du nombre de résidents en EHPAD de manière automatisée. Hors la liste semestrielle envoyée par l'établissement (qui doit être exploitée manuellement), il est relativement difficile, en l'état actuel des systèmes d'information de l'assurance maladie, d'obtenir un nombre de résidents pour un EHPAD donné. En effet, les résidents non consommants sont absents de la base (car ne consommant pas de soins de ville) et le remplacement d'un résident par un autre peut entraîner une augmentation du nombre de consommants (alors que le nombre de résidents de l'établissement est inchangé) car les caisses ne pondèrent pas le nombre de consommants par leur durée de séjour (qu'elles ne connaissant pas).

[147] Par ailleurs, l'analyse des chiffres fournis par les caisses fait parfois apparaître des variations importantes du nombre de résidents / consommants d'une année sur l'autre, sans explication de ces variations. Enfin, le statut particulier des sections locales mutualistes et des assurés « subsistants[59] » apporte une incertitude supplémentaire sur l'identité des champs des remboursements comptabilisés et des résidents concernés.

[148] La variabilité (et la fiabilité limitée) du dénominateur utilisé dans les principaux calculs de coût moyen par résident doit donc être prise en compte afin de lire les résultats avec prudence.

2.1.2.2. Des biais méthodologiques

[149] Le chiffrage de la consommation de soins de ville des résidents se fonde sur les données fournies par les CPAM. Or elles ne connaissent que les consommations des résidents qui sont leurs ressortissants. Une première hypothèse est que la consommation d'un résident du régime général est la même que celle d'un résident ressortissant d'un autre régime.

[150] Surtout, le passage au tarif global a été utilisé comme un outil permettant d'alléger la contrainte pesant sur les établissements en convergence tarifaire. Par construction, ces établissements « surdotés » (souvent issus de la partition des USLD) sont donc surreprésentés parmi les EHPAD ayant récemment opté pour le tarif global, et on peut raisonnablement s'attendre à constater un coût complet pour l'assurance maladie (soins de ville + dotation) supérieur pour ce type d'établissements.

[151] Enfin, l'absence de système d'information permettant d'exploiter les comptes administratifs des EHPAD de manière systématique empêche d'appréhender la dépense effective des établissements sur leur budget de soins. D'une part, le salariat des personnels médicaux est une donnée totalement inconnue des caisses d'assurance maladie (mais les ARS ont en principe les moyens d'obtenir ce type d'information). D'autre part, pour les établissements en tarif global, les prestations de professionnels de santé libéraux réglées par l'EHPAD sont très mal connues (voir 2.1.1.2).

[59] Un assuré changeant de ressort de CPAM doit, en principe, être immatriculé dans la CPAM de sa nouvelle résidence (et radié de la CPAM de l'ancienne résidence) dans un délai de 6 mois. Mais en pratique ce transfert ne se fait pas toujours, et certains résidents sont simultanément immatriculés dans deux CPAM (celle du lieu d'implantation de l'EHPAD et celle de l'ancien domicile).

2.2. Le passage au tarif global se traduit par des sauts de dotation importants…

[152] La CNSA chiffrait en 2009 à 2 300 euros la différence de coût à la place pour les établissements passés du tarif partiel au tarif global, à partir de données budgétaires 2008, différence qui pouvait dépasser 4 000 euros en cas de passage concomitant au tarif global et à la tarification au GMPS. Elle chiffre aujourd'hui à 4 900 euros la différence de coût dans ces situations de concomitance. La mission confirme cette estimation et la décompose entre l'effet tarifaire pur et l'effet de la Pathossification.

[153] Le passage à l'option globale se traduit par un saut important de la dotation soins, généralement de l'ordre de 30 à 40 % la première année, sauf pour les établissements en convergence ou proches du seuil de convergence. Ce saut dépasse fréquemment 50% en cumul sur les deux exercices suivant le passage[60].Ce saut peut du reste être nettement plus important lorsque le passage au tarif global et le passage à une tarification au GMPS (« pathossification ») sont concomitants (cf. ci dessous point 2.3.2)

[154] Ce constat peut être illustré par les calculs ou les constats effectués dans trois régions très différentes sur le plan sociodémographique, l'Auvergne, le Nord Pas de Calais et les Pays de la Loire.

2.2.1. En Auvergne

[155] Une étude de l'ARS d'avril 2011 (cf. extraits en annexe 6), portant sur les 19 établissements passés au tarif global depuis janvier 2008 (soit 1 534 lits), pour un total de 228 EHPAD conventionnés dans la région (18 081 lits) fait apparaître une croissance de 59 % de la dotation à la place, qui passe ainsi de 8 380 € à 14 209 € (en-deca du plafond à hauteur de 1.197 € par place).

[156] Ce taux de progression élevé doit cependant s'apprécier à la lumière de niveaux de dotation d'origine assez faibles et d'un GMPS élevé (1265), en raison d'un PMP (219) nettement supérieur à la moyenne nationale (168 sur la période 2008-2010).

[157] La mission a analysé (cf. annexe 6) les éléments de coût relatifs au passage à l'option globale de 12 des 14 EHPAD ayant fait ce choix en 2009 ou 2010 (2 établissements issus d'une partition d'USLD, donc sans référence à. un exercice antérieur, ont été exclus).

[158] Les augmentations de dotation sont comprises entre 17 % et 53 % en première année, avec un taux moyen de **37 %** Elles dépassent 50 % sur les deux premiers exercices (fourchette moyenne de 50-60 % pour 3 établissements sur 4), avec cette forte réserve que les observations sur deux exercices ne portent que sur quatre structures passées au tarif global en 2009. On ne trouve aucun lien net entre GMPS, taux de croissance des dotations et ratios d'encadrement médical et para médical.

2.2.2. Dans le Nord Pas de Calais

[159] Sur les 22 établissements passés au tarif global entre 2008 et 2010 (dont 3 passages en 2008, 4 en 2009 et 15 en 2010), pour une capacité de 2 317 lits, l'augmentation moyenne entre l'année précédant l'option et 2011, s'élève à **42 %**, avec une dotation moyenne par place de 14 423 € (530 € en dessous du plafond).

[60] L'appréciation sur deux exercices, N et N+1 est souvent nécessaire, à la fois parce que certaines autorités tarifaires cherchent à étaler l'effet de l'augmentation sur deux ans (notamment lorsque le tarif global a été adopté à l'occasion d'un renouvellement de convention) et aussi parce qu'est assez répandue une pratique de changement de régime en cours d'année civile, ce qui reporte sur l'exercice suivant l'effet en année pleine.

2.2.3. Dans les Pays de la Loire

[160] Dans la région des Pays de la Loire, qui comporte 509 établissements dont 147 au tarif global, 74 établissements ont fait depuis 2008 le choix de l'option globale. En ne retenant que 68 établissements ayant fait l'objet d'une augmentation de dotation sans extension de capacité (y compris les transformations d'USLD en EHPAD), on peut analyser leur répartition en fonction de la croissance de leur dotation entre l'année précédant l'option et 2011 :

Tableau 5 : Augmentation de la dotation de soins suite au passage au tarif global (2009-2011)

Taux d'augmentation	nombre d'établissements
<20%	11
de 20 à 30%	10
de 30 à 35%	10
de 35 à 50%	17
de 50 à 60%	7
de 60 à 80%	10
Plus de 80%	3

Source : Mission d'après les données ARS Pays de la Loire

[161] La moitié des établissements concernés (34 sur 68) ont connu une croissance cumulée de leur dotation, par rapport à 2009, comprise entre 30 % et 60 %.

[162] Une étude de mars 2011 de l'ARS des Pays de la Loire, sur un échantillon d'EHPAD des différents départements de la région, de capacité comparable et représentatifs de trois classes de GMP, aboutit à un surcoût moyen à la place de 3 317 € par place lié au passage au tarif global pour des EHPAD déjà tarifés au GMPS (cf. annexe n°6).

2.3. …pour des raisons largement extérieures à l'option

[163] Ces sauts de dotation de l'ordre de 30 % à 40 % sont en réalité sans rapport direct avec l'intégration des quatre postes de dépenses de soins qui font la différence entre le périmètre du tarif global et celui du tarif partiel. Ils sont essentiellement liés au choix politique national d'une forte incitation financière en faveur de l'option globale, dans le cadre de la tarification au GMPS, et à ce qu'on peut appeler l'effet « Pathos » ; le saut de dotation est ainsi amplifié dans les cas de concomitance entre passage à la tarification au GMPS et au régime du tarif global. Pour ces raisons, largement extérieures au tarif global lui-même, l'écart de dotation entre établissements selon les régimes tarifaires ressort largement supérieur à la différence, en soins de ville, des périmètres des deux tarifs.

2.3.1. L'ambivalence de la notion de tarifs plafonds

[164] Si l'équation tarifaire vise à calculer des tarifs plafonds, ceux-ci ont exercé un puissant effet d'attraction sur les dotations effectivement allouées, dans un contexte d'abondance relative des crédits. Certes, les tarificateurs ne s'alignent pas systématiquement sur la dotation théorique plafond et ménagent souvent des transitions sur deux exercices, mais il n'en reste pas moins que les établissements passant au tarif global sont très concentrés sur une zone comprise entre 90% et 95% du plafond.

[165] Dans ce contexte, l'existence d'un différentiel de 3 € entre les valeurs plafond des deux tarifs comporte une incitation très forte au choix du tarif global. Dans un établissement abstrait dont le GMPS serait égal au GMPS national moyen, la multiplication de ce nombre de points par le différentiel des valeurs plafond aboutit à un supplément de dotation à la place de plus de 3.000 euros pour un EHPAD passant du tarif partiel au tarif global. Le supplément de dotation est d'autant plus important que la majorité des établissements exerçant ce choix ont un GMPS supérieur à la moyenne nationale.

[166] À cet effet s'ajoute celui du passage à la tarification au GMPS pour les établissements qui n'étaient pas encore soumis à ce mode tarifaire.

2.3.2. L'importance de l'effet PATHOS

[167] La réglementation et les instructions données aux autorités tarifaires organisent la concomitance entre choix de l'option globale et tarification au GMPS : les EHPAD exerçant l'option en faveur du global sont prioritaires pour la validation d'une coupe PATHOS et passent en mode GMPS. Partant du constat que nombre des sauts de dotation proches de ou supérieurs à 50 % étaient liés à cette situation, la mission a cherché à mieux faire le partage entre ce qui relève du choix de l'option globale et ce qui est dû au passage en mode GMPS.

[168] Pour ce faire, la mission a analysé un échantillon de 35 établissements, dans cette situation de coïncidence entre passage au tarif global et « pathossification », répartis entre 4 régions (cf. annexe 7). Elle a essayé de décomposer le supplément de dotation (avant/après passage au global, avec effet en année pleine) entre ce qui relève du seul choix de l'option globale (sur la base de l'égalité : Valeur du Point du TG =1,3 * Valeur du Point du TP) et un solde qui correspond à l'effet « PATHOS » ; on fait donc l'hypothèse que la dotation est égale au plafond, ce qui revient probablement à sous-estimer légèrement l'effet Pathos.

Tableau 6 : Effet conjugué du passage au GMPS et du passage au tarif global simultanés :

Nombre d'EHPAD intégrés dans le calcul	35 établissements (sans PUI)
Capacité (en hébergement permanent)	2 593 lits
GMPS	1 191
Hausse totale de la dotation par place (hors crédits non reconductibles)	4805 €
Taux d'augmentation de la dotation	+ 52 %
Dont effet imputable à l'option tarifaire	+ 35 %
Dont effet Pathos	+ 18 %
Effets respectifs de l'option tarifaire / de Pathos, en valeur	3188 € / 1618 €
Part de l'effet PATHOS dans la hausse totale	**34 %**

Calcul effectué pour 35 EHPAD sans PUI ayant réalisé ce double changement tarifaire entre le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2010.
Source : Calculs IGAS sur données des ARS

[169] **D'après ces calculs, l'effet PATHOS représente donc environ 1 600 €, soit le tiers d'une augmentation globale du coût à la place (combinant pathossification et passage au tarif global), qui est d'environ 4 800 euros, chiffre cohérent avec l'estimation de la CNSA**.

[170] La couverture complète du secteur par une tarification au GMPS se traduira donc à terme par un coût supplémentaire de 330 M€ environ (pour 208 000 places restant, fin 2010, à médicaliser).

[171] En intégrant les calculs des sommes économisées sur les remboursements de soins de ville présentés plus loin (cf partie 2.5.3), on peut dresser le tableau synthétique suivant, qu'il conviendrait de valider sur l'ensemble des régions :

EHPAD hors PUI	Différentiel de dotation par place entre TG et TP	Economies réalisées sur les remboursements de soins de ville	Solde redéployé sur l'organisation des soins
EHPAD déjà tarifiés au GMPS	≈ 3 200 €	≈ 1 000 €	≈ 2 200 €
EHPAD passant simultanément au GMPS et au TG	≈ 4 800 €	≈ 1 000 €	≈ 3 800 €

Source : mission IGAS.

[172] Le même type de calculs, centré sur neuf établissements avec PUI, aboutit à une augmentation de dotation de 27% lors du passage au tarif global : 21 % pour le différentiel de tarifs et 6 % pour l'effet PATHOS, lequel pèse pour 22 % dans le surcroît de dotation. Cette estimation est cependant moins significative compte tenu de la faiblesse de l'échantillon et de situations atypiques d'établissements en convergence passés au tarif global à dotation quasi constante.

2.3.3. Un différentiel sur-calibré

[173] La mission, avec l'appui des ARS, a diffusé aux établissements ayant récemment choisi l'option globale un questionnaire sur les conditions de leur passage au tarif global, leurs prévisions budgétaires sur les quatre postes de dépense concernés (omnipraticiens, auxiliaires médicaux, biologie, radiologie courante) et les dépenses constatées en gestion. L'analyse des réponses- pour celles qui sont complètes et exploitables-fait apparaître que les prévisions de dépenses sur ces postes, et à fortiori les réalisations en gestion, sont nettement inférieures au surcroît de dotation lié au passage au tarif global, et ne dépassent que rarement 60% de ce supplément de crédits.

[174] L'exemple du Nord Pas de Calais peut illustrer ce fait : sur les 14 réponses reçues, la budgétisation des 4 postes représente 46 % des crédits supplémentaires hors CNR (moyenne calculée en excluant 2 établissements « en convergence », passés au tarif global à moyens constants). 3 établissements dépassent un taux de 60 % : l'un a un PMP élevé et un surcroît de dotation assez modéré, les deux autres ont des PMP faibles de 100 et 135 (cf. annexe 6).

[175] Le constat de ce sur calibrage doit être interprété avec beaucoup de prudence : il ne s'agit en rien d'un « enrichissement sans cause » des établissements concernés. Outre le fait que le passage au tarif global implique un investissement non négligeable en termes administratifs et organisationnels, ainsi qu'une disponibilité accrue du personnel infirmier, les moyens obtenus ont permis indéniablement d'améliorer la prise en charge des soins aux résidents (cf. partie 3). Mais il est dommage que, dans la période récente, ce renforcement des moyens se soit trop souvent effectué « à l'aveugle », sans négociation d'un projet d'amélioration de la qualité ou discussion sur d'éventuels recrutements de profils spécialisés (ergothérapeutes, psychorééducateurs, kinésithérapeutes…), sans évaluation *a posteriori* des résultats en termes de qualité des prises en charge ou d'efficience de gestion du budget soins. Il est vrai que la période 2008-2010 a été marqué par une profonde réorganisation des services déconcentrés.

2.4. L'intégration du ticket modérateur dans les dépenses de soins prises en charge par les EHPAD en tarif global engendre un surcoût modéré

[176] Dans un EHPAD en tarif global, le ticket modérateur correspondant aux dépenses imputées sur la dotation de soins est de fait payé par l'établissement en lieu et place du résident ; il est au contraire supporté par le résident dans un EHPAD en tarif partiel conformément au droit commun des soins de ville. Dans ce dernier cas, le résident peut être remboursé de cette dépense par son organisme complémentaire. Une distinction comparable est opérée selon l'existence ou non d'une PUI pour les dépenses de médicament.

[177] On soulignera que la prise en charge du ticket modérateur par l'EHPAD en tarif global est peu cohérente avec l'idée d'un établissement rémunérant les professionnels de santé pour le compte de ses résidents. Elle introduit également une différence de traitement difficilement compréhensible entre les résidents selon le statut tarifaire de l'établissement d'accueil.

[178] L'enjeu financier est en revanche modeste, en raison de la proportion élevée de résidents bénéficiant d'une exonération du ticket modérateur.

[179] Au sein de la population générale âgée de 85 à 89 ans, plus de 60% des patients bénéficient du régime des affections de longue durée (ALD)[61]. Or l'état de santé de la population résidant en EHPAD est plus dégradé que celui de la population générale et conduit à une prévalence plus élevée des ALD. Une étude sur la CPAM de Bayonne en 2010 montre que 86% des résident en EHPAD bénéficient du régime des ALD (cette proportion variant entre 56% et 100% selon leurs établissements d'accueil) ; s'agissant des dépenses de soins remboursées aux résidents en ALD, 90% des remboursements sont déclarés en rapport avec l'ALD, le « taux d'afférence » étant maximal pour les soins paramédicaux et les consultations d'omnipraticiens (96% et 97%).

[180] Il n'est donc pas surprenant de constater un relativement faible écart entre la base de remboursement et le montant effectivement remboursé pour les soins de ville dispensés en EHPAD : à partir des données fournies par sept CPAM, la mission a calculé que cet écart représente environ 6% sur les quatre postes différenciant tarifs partiel et global. Autrement dit, l'intégration du ticket modérateur dans les dépenses payées par les EHPAD en tarif global engendre **un surcoût pour l'assurance maladie d'environ 6%** ; sa contrepartie est une économie équivalente partagée entre les résidents et leurs organismes d'assurance maladie complémentaire. Ce taux moyen de 6% varie, selon les CPAM de l'échantillon, entre 5% et 10%, probablement en lien avec la proportion des résidents bénéficiant d'une exonération du ticket modérateur.

Tableau 7 : Comparaison entre montants remboursés et bases de remboursement sur les 4 « postes différentiels » :

Honoraires d'omnipraticiens, de radiologie, de biologie et de kinésithérapie.	Base de remboursement sur les 4 postes (1)	Montant remboursé sur les 4 postes (2)	Taux de remboursement apparent sur les 4 postes (2)/(1)	Hausse de dépense si passage du montant remboursé à la base de remboursement, sur les 4 postes [(1)/(2)] – 1
Total de 7 CPAM sur 2 ou 4 semestres	21 918 114 €	20 652 788 €	94,2%	6,1%

Source : Mission sur données CPAM

[61] « *Vieillissement, longévité et assurance maladie* », note du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie adoptée le 22 avril 2010.

[181] Le poids du ticket modérateur est plus important s'agissant des dépenses de médicament, mais il s'agit d'une problématique distincte. L'écart entre base de remboursement et montant de remboursé représente près de 18% de celui-ci pour les dépenses de médicament (entre 12% et 21% selon les caisses de notre échantillon). Cette part est payée par l'EHPAD si les médicaments sont achetés par une PUI et intégrés à ce titre dans son budget de soins; toutefois, dans ce cas, l'EHPAD peut négocier l'achat des médicaments à des prix inférieurs à ceux d'une officine.

Tableau 8 : Comparaison entre montants remboursés et bases de remboursement sur le poste médicament :

Montants remboursés de médicaments	Base de remboursement sur le médicament (3)	Montant remboursé sur le médicament (4)	Taux de remboursement apparent sur le médicament (4)/(3)	Hausse de dépense si passage du montant remboursé à la base de remboursement [(3)/(4)] – 1
Total de 7 CPAM sur 2 ou 4 semestres	23 618 303 €	20 055 844 €	84,9%	17,8%

Source : Mission sur données CPAM

[182] À l'échelle nationale, sur la base de la répartition tarifaire actuelle des EHPAD, la mission estime, en première approximation, à environ 10 M€ l'économie totale générée pour les résidents ou leurs organismes complémentaires d'assurance maladie par le tarif global et à environ 30 M€ l'économie générée par les PUI.

2.5. Le tarif global s'accompagne cependant d'économies substantielles sur des postes de dépense hors périmètre, particulièrement nettes lorsqu'existe une PUI

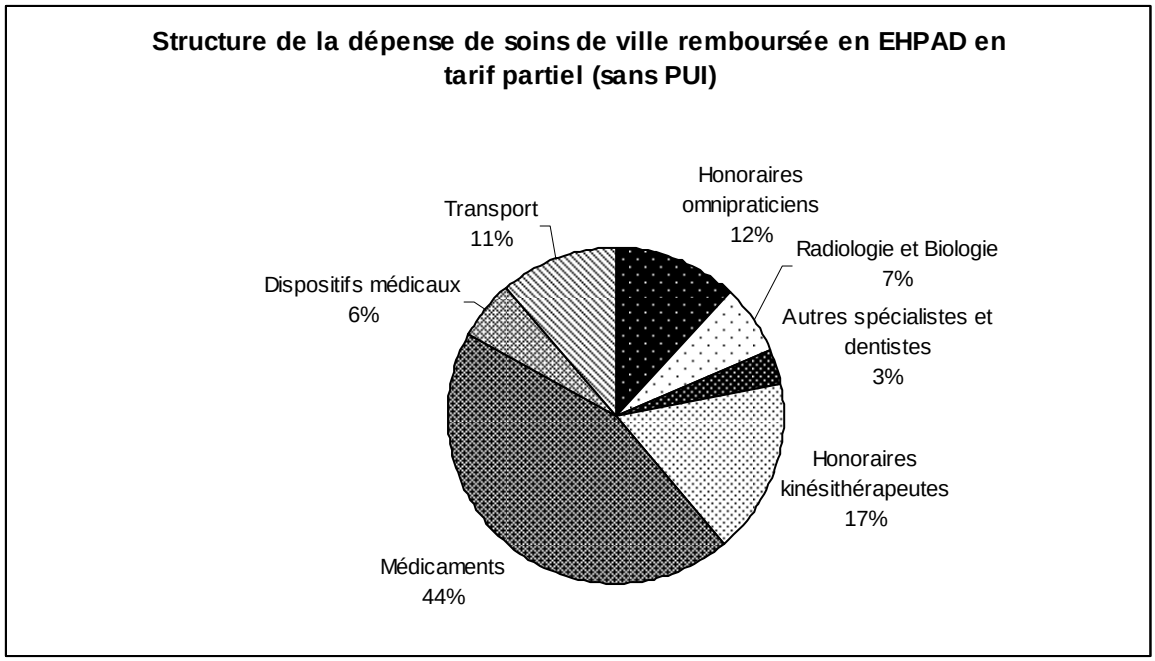
[183] La mission a procédé à des calculs et comparaisons de coûts de soins de ville dispensés en EHPAD en distinguant selon le mode tarifaire de l'établissement et selon l'existence ou non d'une PUI. En termes de dépenses remboursées, elle a distingué trois champs :

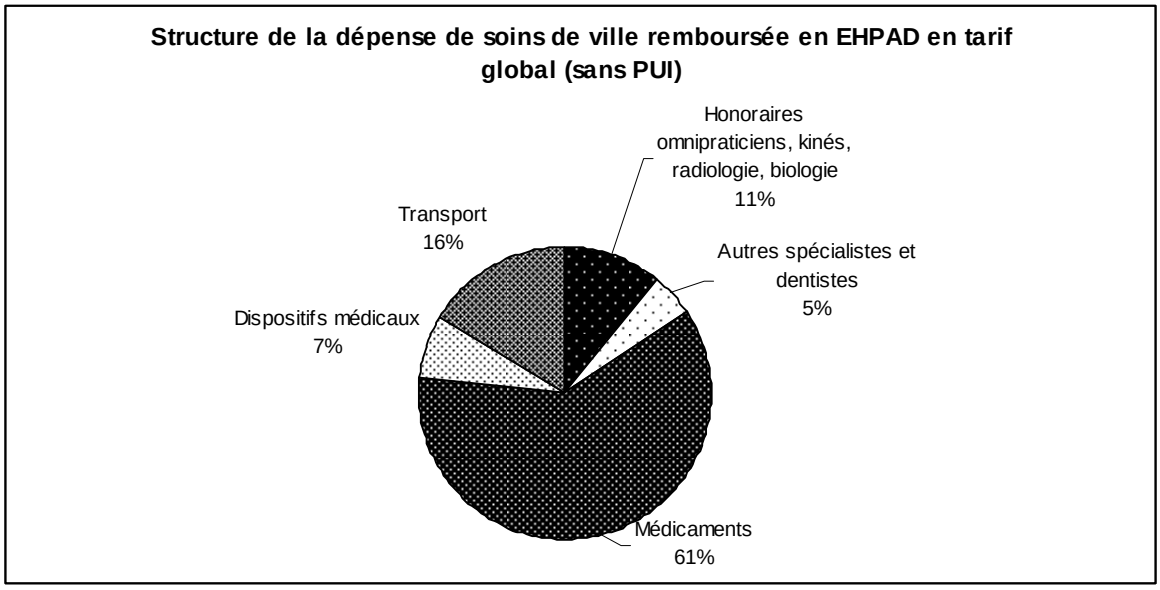
- les remboursements sur les quatre postes figurant dans le périmètre du tarif global et non dans celui du tarif partiel (« postes différentiels »).
- les remboursements de médicaments.
- les remboursements sur les autres postes de soins de ville.

[184] La mission présente ci-dessous le poids relatif des différentes postes de soins de ville, puis leur valeur à partir des données fournies par la CNAMTS, d'une part, et obtenues auprès des CPAM et des ARS, d'autre part.

2.5.1. Structure de la dépense de soins de ville en EHPAD

[185] Les deux graphiques ci-dessous illustrent la structure moyenne de dépense de soins de ville remboursée aux résidents d'un EHPAD en tarif partiel et d'un EHPAD en tarif global (sans PUI dans les deux cas).





Source : Calculs IGAS sur données des CPAM d'Eure-et-Loir, Indre-et-Loire, Loir et Cher, Loire, Loiret, Puy de Dôme et Rouen-Dieppe-Elbeuf.

[186] Les quatre « postes différentiels » représentent 36% de la dépense remboursée en EHPAD sous tarif partiel, cependant que le médicament en représente 44% et plus de 60% dans les établissements en tarif global, ce qui en fait le principal poste de dépense.

[187] On notera que ces quatre postes représentent encore environ 10% des dépenses remboursées en tarif global, correspondant à plusieurs types de situations : dépenses exclues réglementairement du périmètre du forfait (radiologie et biologie lourdes, soins spécifiques liés à certaines pathologies comme l'insuffisance rénale ou respiratoire chronique), soins consommés lors d'un séjour hors de l'EHPAD (domicile de la famille par exemple) et enfin indus (cf. encadré).

[188] On observe également le poids non négligeable des transports sanitaires, deux fois plus important que celui des dispositifs médicaux.

Les indus dans les dépenses de soins en EHPAD

La CNAMTS a lancé deux campagnes de contrôle contentieux dans les EHPAD en 2008 et en 2009[62] . Ces campagnes ont surtout visé à lutter contre les indus : « *la principale dérive consiste à facturer, en soins de ville, des prestations que l'Assurance maladie finance déjà, car incluses dans la dotation forfaitaire «soins»* ».

La première campagne, en principe exhaustive (elle a en fait concerné 4 948 établissements sur les 5 551 identifiés par la CNAMTS), concernait « tous les EHPAD pour tous les actes et prestations réalisés entre le 1er juillet 2006 et le 30 juin 2007 ». La deuxième campagne portait sur le premier semestre 2009 seulement pour un nombre restreint d'établissements : ceux qui, à l'issue du contrôle précédent, avaient présenté un préjudice pour la CNAMTS d'au moins trois plafonds mensuels de la sécurité sociale et ceux qui n'avaient pas été contrôlés en 2008 ; soit 942 EHPAD contrôlés en 2009.

Les indus suspectés par les caisses peuvent correspondre à :

- des dépenses relevant normalement de la dotation soins de l'établissement (auquel cas l'indu est notifié) ;
- l'enveloppe soins de ville de l'ONDAM, comme dans le cas d'un résident temporairement absent de l'établissement (séjour dans sa famille par exemple) ou dans les cas de soins spécifiquement exclus du forfait (les interventions d'auxiliaires médicaux dans le cadre de l'insuffisance rénale ou respiratoire chronique, par exemple, restent remboursées comme soins de ville).

L'écart entre indus suspectés et indus notifiés peut être important : à partir de 15,6 M€ d'indus suspectés en 2008, les indus notifiés ont représenté 6,6 M€ ; à partir de 2,5 M€ d'indus suspectés en 2009, les indus notifiés ont représenté 1,8 M€[63].

Les indus suspectés lors de la campagne 2009 portaient principalement sur les dispositifs médicaux (pour plus de la moitié des indus en valeur), les infirmiers libéraux et les masseurs-kinésithérapeutes libéraux (chacune de ces deux professions représentant environ 15% des montants).

Les représentants des CPAM rencontrés par la mission ont insisté sur certaines causes d'indus récurrentes :

- désaccords sur la notion de fauteuils roulants « personnalisés » ou sur la spécificité de certains petits matériels médicaux comme les pansements ;
- matériels médicaux achetés ou loués à l'initiative de la famille, sur prescription de son médecin, pour faciliter l'accueil occasionnel de la personne âgée, sans que l'établissement n'en ait eu connaissance ;
- erreur dans le circuit de facturation liée au passage récent au tarif global ;
- facturation excessive de déplacements (notamment dans le cas des soins de kinésithérapie) ;
- mauvais enregistrement de l'absence du résident.

Il existe par ailleurs quelques rares cas de fraude, comme des actes paramédicaux facturés mais non réalisés ou des lits médicalisés prescrits et remboursés mais jamais livrés.

Au total, l'importance des indus doit être relativisée. D'une part, les CPAM rencontrées ont souligné la diminution dans le temps des indus constatés pour un même EHPAD (sous l'effet d'une appropriation par les établissements et les professionnels des règles de facturation). D'autre part, même s'il est difficile à chiffrer globalement, le poids des indus apparaît très faible : l'abondement de l'ONDAM personnes âgées suite à l'intégration des dispositifs médicaux dans le forfait soins était estimé entre 230 M€ et 420 M€ ; or, sachant que les dispositifs médicaux représentent la moitié des 1,8 M€ d'indus notifiés en 2009, cela conduit à estimer la dépense d'assurance maladie indue entre 0,2% et 0,4% de l'enveloppe transférée, s'agissant d'un poste particulièrement exposé aux désaccords en matière de prise en charge.

[62] Lettre réseau LR-DCCRF-22/2007 du 5 décembre 2007 et lettre réseau LR-DCCRF-13/2009 du 19 octobre 2010.
[63] Données de la CNAMTS.

2.5.2. Exploitation de l'échantillon constitué par la CNAMTS

[189] On dispose, sur un échantillon d'EHPAD réunissant plus de 33 000 places, constitué par la CNAMTS dans le cadre de l'opération « Top H », d'informations sur les remboursements de soins de ville aux résidents, au cours du premier semestre 2010, pour les 7 caisses primaires du Hainaut, de la Côte d'opale, de Rouen, Orléans, Nancy, Clermont-Ferrand et Bayonne. La mission a analysé ces données pour les enregistrements du premier semestre 2010 (cf. annexe n°8). Les résultats de cet exercice sont à prendre avec une extrême précaution, compte tenu des incertitudes qui pèsent aussi bien sur le décompte des résidents ressortissants de la CPAM que sur les capacités des établissements non validées par les ARS. Mais l'intérêt de ce type d'exercice réside moins dans les chiffres qu'il peut produire que dans leur hiérarchisation et dans leurs écarts. La mission n'a pas tant voulu produire des chiffres de référence que baliser des écarts de consommations de soins remboursés à l'acte par l'assurance maladie (hors hospitalisation), entre établissements à tarif partiel et établissements à tarif global, avec ou sans PUI. Les hypothèses que peuvent étayer ces travaux mériteraient naturellement d'être validées sur des bases encore plus larges et sur une période supérieure à un semestre, et d'être croisées avec des indications de PMP et de GMP.

[190] Les consommations sont rapportées au nombre de résidents ressortissants des CPAM. Les effectifs pris en compte sont de 21.310 résidents (14.529 en établissement sous tarif partiel et 6.781 sous tarif global).

Tableau 9 : Remboursements de soins de ville aux résidents en EHPAD : comparaisons selon le mode tarifaire et l'existence ou non d'une PUI, échantillon CNAMTS, 1er semestre 2010 :

		Tarif global			Tarif partiel		
		Avec PUI	Sans PUI	Total TG	Avec PUI	Sans PUI	Total TP
Montant moyen de remboursement par personne	Médecins généralistes, auxiliaires médicaux, biologie et radiologie	81 €	209 €	102 €	231 €	503 €	480 €
	Médecins spécialistes	24 €	51 €	29 €	34 €	52 €	51 €
	Autres dépenses : dentistes, LPP, transports	192 €	225 €	197 €	221 €	229 €	228 €
	Médicaments	-	273 €	62 €	-	507 €	464 €
	Total soins de ville	297 €	858 €	390 €	487 €	1291 €	1223 €

Source : calculs IGAS sur données fournies par la CNAM issues de 7 CPAM, 1er semestre 2010.

[191] Ces résultats appellent trois remarques :

- On note dans ce tableau, au sein des établissements sous tarif global, un volant non négligeable de dépenses de soins de ville relatifs aux quatre postes budgétés, constitués surtout de dépenses d'auxiliaires médicaux et d'omnipraticiens. Cela est probablement dû à des causes multiples, précédemment identifiées (cf. partie 2.5.1). Cette persistance de remboursements sur les 4 postes sous tarif global est fortement réduite dans les calculs réalisés par la mission (cf. infra). C'est en tout cas un point à suivre de près au fil des semestres ultérieurs.
- L'existence ou non d'une PUI semble un facteur discriminant, quelle que soit l'option tarifaire. Sur n'importe quel poste de dépense, y compris ceux sans rapport avec le médicament, dans le cadre du tarif global ou partiel, les établissements avec PUI

coûtent moins cher en remboursements. Le facteur PUI est sans doute autant un symptôme qu'une cause : les établissements avec PUI sont probablement des établissements où gestionnaires et équipes soignantes portent un intérêt particulier à la rationalisation et à la coordination des soins. Ils ont le plus souvent une taille générant des effets d'échelle suffisants, voire une certaine pratique du recrutement de praticiens ou auxiliaires salariés. Enfin le tandem pharmacien /médecin coordonnateur peut constituer un atout efficace.

- La différence de remboursement moyen entre tarif global et tarif partiel ressort à 833 € par personne sur un semestre, soit une extension en année pleine autour de 1 650 €.

2.5.3. Exploitation des données collectées par la mission

2.5.3.1. Comparaison des remboursements de soins de ville selon le mode tarifaire

[192] La mission a procédé aux mêmes types de calculs et d'analyses que précédemment, sur les données collectées auprès de quelques CPAM, portant sur une plus longue période (12 ou 24 mois). Elle a procédé en deux vagues : dans un premier temps, les calculs ont été fondés sur les données de deux CPAM sur 24 mois ; dans un second temps, elle a exploité les données de dix CPAM sur une année.

[193] Les résultats des deux vagues de calculs sont très cohérents entre eux, à l'exception de la classe tarifaire « TP avec PUI » dont l'effectif est toutefois significativement plus faible et les résultats dès lors moins robustes.

Tableau 10 : Remboursement moyen annuel par résident en EHPAD (en euros) : comparaisons selon le mode tarifaire et l'existence ou non d'une PUI (1ère vague de calculs, 2 CPAM)

		Tarif global			Tarif partiel		
		Avec PUI	Sans PUI	Total TG	Avec PUI	Sans PUI	Total TP
2009	4 postes différentiels	44 €	213 €	71 €	442 €	920 €	891 €
	Médicament	16 €	830 €	142 €	15 €	959 €	902 €
	Autres postes*	434 €	418€	431 €	446 €	529 €	524 €
	Total soins de ville	*494* €	*1 461* €	*644* €	*903* €	*2 408* €	*2 317* €
2010	4 postes différentiels	35 €	147 €	52 €	507 €	910 €	885 €
	Médicament	23 €	985 €	175 €	24 €	957 €	901 €
	Autres postes*	355 €	442 €	369 €	487 €	502 €	502 €
	Total soins de ville	*413* €	*1 573* €	*597* €	*1 018* €	*2 369* €	*2 288* €

*Source : calculs IGAS sur données des CPAM de Rouen-Dieppe-Elbeuf et du Puy-de-Dôme - *Autres postes : spécialistes (hors biologie et radiologie légères), LPP, transports, soins dentaires.*

Tableau 11 : Remboursement moyen annuel par résident en EHPAD (en euros) : comparaisons selon le mode tarifaire et l'existence ou non d'une PUI (2ère vague de calculs, 10 CPAM)

		Tarif global			Tarif partiel		
		Avec PUI	Sans PUI	Total TG	Avec PUI	Sans PUI	Total TP
2010	4 postes différentiels	33 €	149 €	61 €	438 €	898 €	872 €
	Médicament	13 €	1 017 €	263 €	7 €	1 068 €	1 009 €
	Autres postes*	313 €	413 €	338 €	297 €	456 €	447 €
	Total soins de ville	358 €	1 578 €	662 €	742 €	2 422 €	2 328 €

*Source : calculs IGAS sur données des CPAM de Bayonne, du Cher, d'Eure-et-Loir, Indre, Indre-et-Loire, Loir et Cher, Loire, Loiret, Puy de Dôme et de Rouen-Dieppe-Elbeuf. *Autres postes : spécialistes (hors biologie et radiologie légères), LPP, transports, soins dentaires.*

Tableau 12 : Nombre d'établissements et de résidents intégrés dans la seconde vague de calcul

	Tarif global			Tarif partiel		
	Avec PUI	Sans PUI	Total TG	Avec PUI	Sans PUI	Total TP
Nombre d'établissements	64	45	109	10	448	458
Nombre de résidents CPAM	7 411	2 457	9 868	878	16 494	17 372

[194] Ces résultats appellent les commentaires suivants :

- À la différence de ce que l'on observait sur l'échantillon de la CNAMTS, le montant annuel remboursé sur les quatre « postes différentiels » est faible dans les EHPAD en tarif global : de l'ordre de 60 € (au lieu de 100 €).
- La diminution de ce montant entre 2009 et 2010 tend d'ailleurs à confirmer l'hypothèse d'un effet de transition : passages au tarif global intervenus en cours d'année, temps d'adaptation des professionnels de santé au nouveau circuit de paiement. Rappelons aussi que certains de ces remboursements ne sont pas des indus mais correspondent à des périodes d'absence du résident (séjour dans sa famille par exemple) ou à des soins spécifiques exclus des forfaits.
- Ce remboursement sur les quatre postes différentiels est inférieur d'environ 800 € par résident pour les EHPAD en tarif global par rapport à ceux sous tarif partiel (remboursement de 870 € environ pour ces derniers). Il s'agit donc d'un montant très en deçà du supplément de ressources apporté à l'établissement par le tarif global (un peu plus de 3 000 € en moyenne nationale, résultant de la combinaison de l'écart de valeur du point et du GMPS national). Cette estimation est cohérente avec celle tirée de l'échantillon CNAMTS.
- La consommation moyenne de médicaments apparaît nettement inférieure en tarif global par rapport au tarif partiel (260 € environ contre 1 000 €) mais cela reflète un « effet de structure » lié à la plus grande occurrence d'établissements possédant une PUI en tarif global qu'en tarif partiel. D'ailleurs les remboursements de médicaments des EHPAD sans PUI sont comparables dans les deux régimes tarifaires.

- Sur les autres postes de dépenses, le tarif global suscite un peu moins de consommation que le tarif partiel (340 € contre 450 €).
- Enfin, l'effet modérateur de la PUI sur l'ensemble des postes de dépenses de soins de ville apparaît quelle que soit l'option tarifaire.

[195] Au total, **les montants remboursés en soins de ville sont inférieurs de 1 650 - 1 700 € par personne et par an dans les EHPAD en tarif global par rapport aux EHPAD en tarif partiel**. Cet écart est cohérent avec celui qui ressort de l'échantillon de la CNAMTS.

[196] Quelle interprétation et quelle utilisation faire de ces résultats ?

[197] **Le montant de 1 650-1 700 €,** qui prend en compte l'ensemble des soins de ville remboursés en EHPAD, **est celui qu'il convient de retenir pour calibrer un transfert d'ONDAM** de la sous-enveloppe soins de ville vers la sous-enveloppe médico-sociale « personnes âgées » - sous réserve naturellement de reconnaître qu'il existe pour cette dernière des besoins de financement justifiant l'affectation des ressources économisées par ailleurs. Il ne s'agit pas à ce stade d'économies *nettes* pour l'assurance maladie (puisqu'une partie de ces dépenses est couverte sous forme de dotation versée à l'établissement) mais il s'agit bien d'économies induites par le tarif global, directement et indirectement, sur l'agrégat « soins de ville ».

[198] L'écart de 1 650-1 700 € par résident intègre certes un effet structure lié à la fréquence des PUI dans les établissements en tarif global (67% des places tarifées en tarif global disposent des services d'une PUI contre 8% des places en tarif partiel[64]). Toutefois, **PUI et tarif global ne sont pas des choix indépendants** de la part des établissements ; il existe au contraire un lien logique et pratique entre ces deux choix. En effet, outre le fait historique que le tarif global a été plus souvent choisi par des EHPAD liés à ou issus de structures hospitalières familières de ce modèle de financement, la gestion d'un budget de médicaments comporte des risques budgétaires non négligeables (les risques de dépassement sont élevés dès lors qu'un petit nombre de résidents développent des pathologies appelant des traitements médicamenteux très onéreux). Or ces risques peuvent être supportés si la surface financière du budget de soins est suffisamment large pour permettre d'éventuelles compensations sur d'autres postes de soins.

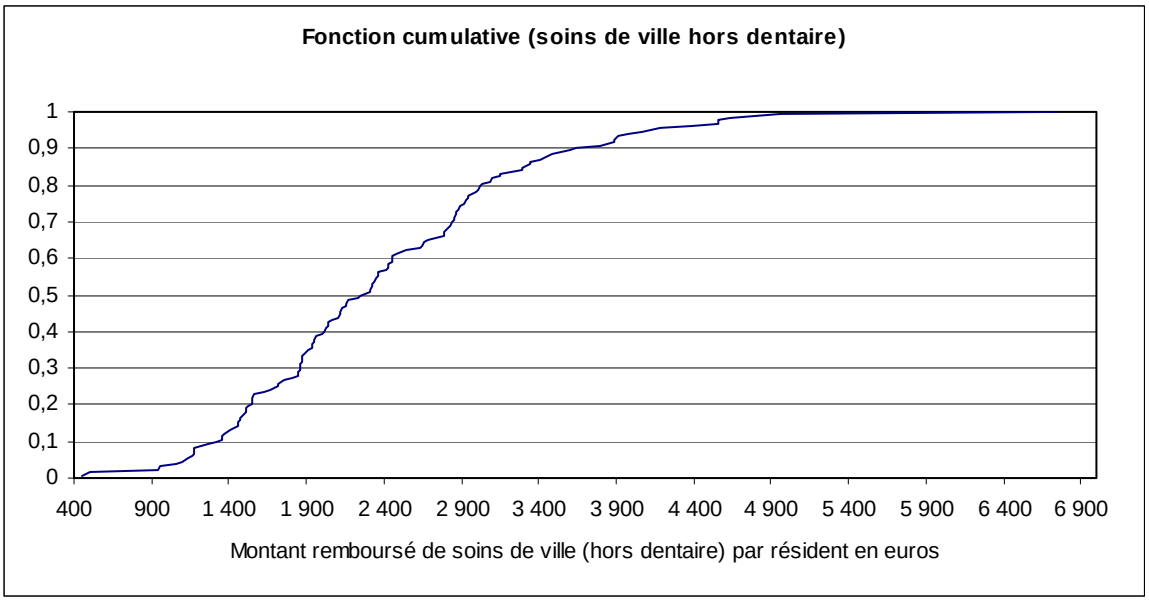
[199] L'analyse plus approfondie réalisée par la mission de la couverture des coûts d'une PUI montre que le supplément de dotation lié à celle-ci, en application des valeurs de point nationales, est faible au regard de ses frais fixes, et que ce sont les économies induites indirectement par la PUI sur les dépenses médicales au-delà du médicament qui contribuent à la rentabiliser (cf. infra 2.5.4). Ce n'est donc pas un hasard que la PUI soit très rarement associée au tarif partiel ; les EHPAD dans cette configuration sont le plus souvent de grande taille (150 lits ou plus) ou insérés dans un groupe d'établissements comportant un hôpital, et nombre d'entre eux sont en attente d'un passage au tarif global.

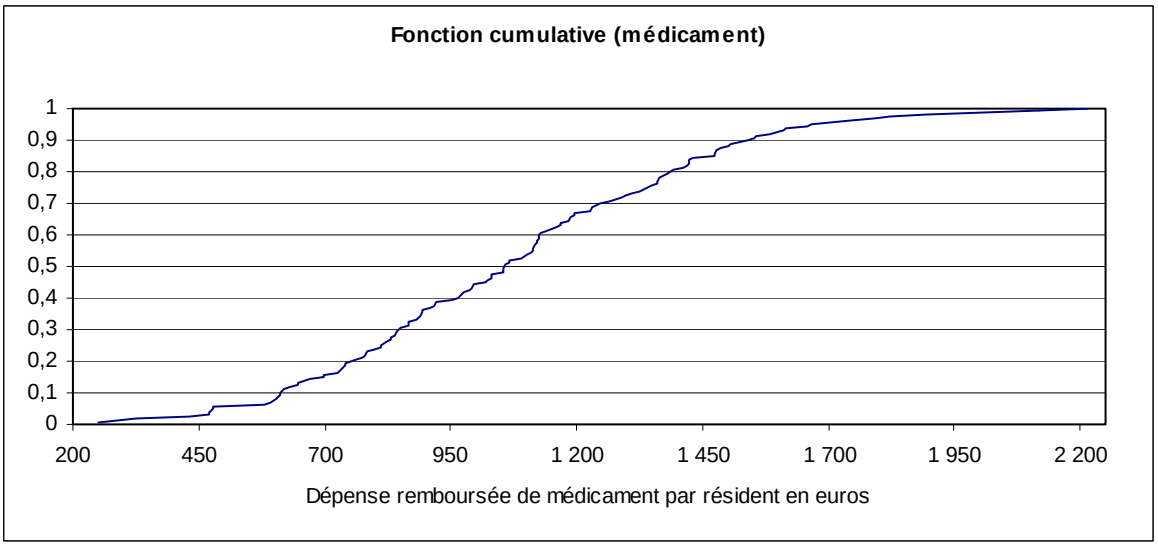
2.5.3.2. Examen de la dispersion des dépenses

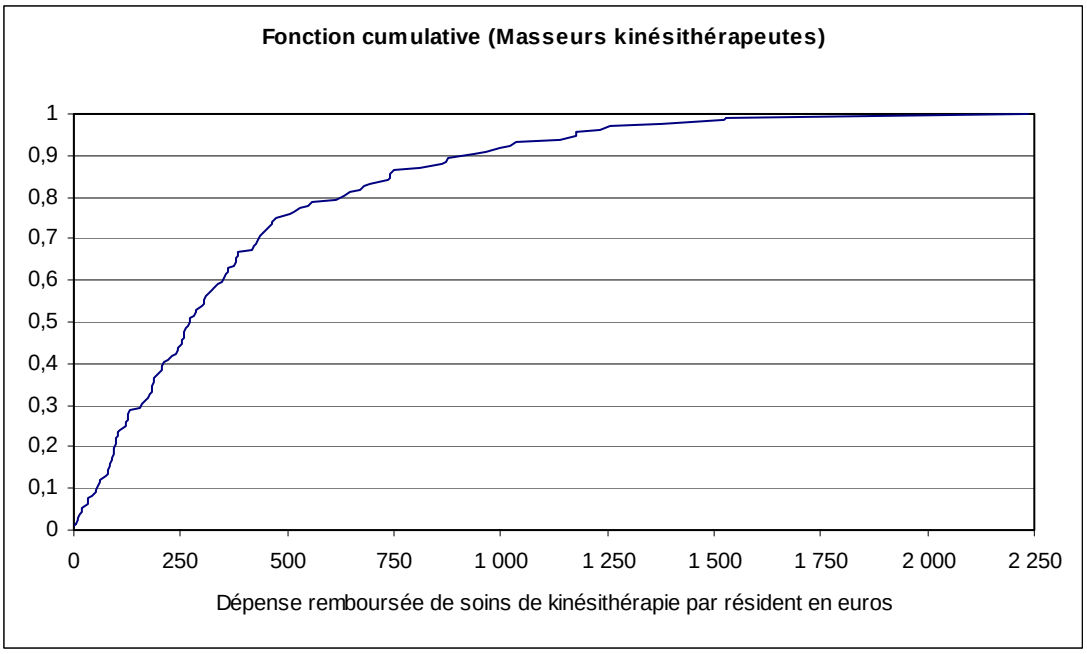
[200] Au-delà des comparaisons de coûts, la mission s'est également penchée sur la dispersion entre établissements des montants moyens remboursés à leurs résidents.

[201] Il ressort une **grande variabilité, selon les EHPAD, de la dépense** de médicament, de kinésithérapie et de l'ensemble des soins de ville par tête. Le profil des dépenses de kinésithérapie apparaît atypique avec une courbe convexe reflétant une plus forte concentration sur peu d'établissements des consommations élevées. Les graphiques suivants - établis sur les seules données d'établissements en tarif partiel sans PUI - rendent compte de ces constats.

[64] Chiffres de la CNSA au 31décembre 2010.


Fonction cumulative (soins de ville hors dentaire)
1
0,9
0,8
0,7
0,6
0,5
0,4
0,3
0,2
0,1
0
400
900
1 400
1 900
2 400
2 900
3 400
3 900
4 400
4 900
5 400
5 900
6 400
6 900
Montant remboursé de soins de ville (hors dentaire) par résident en euros

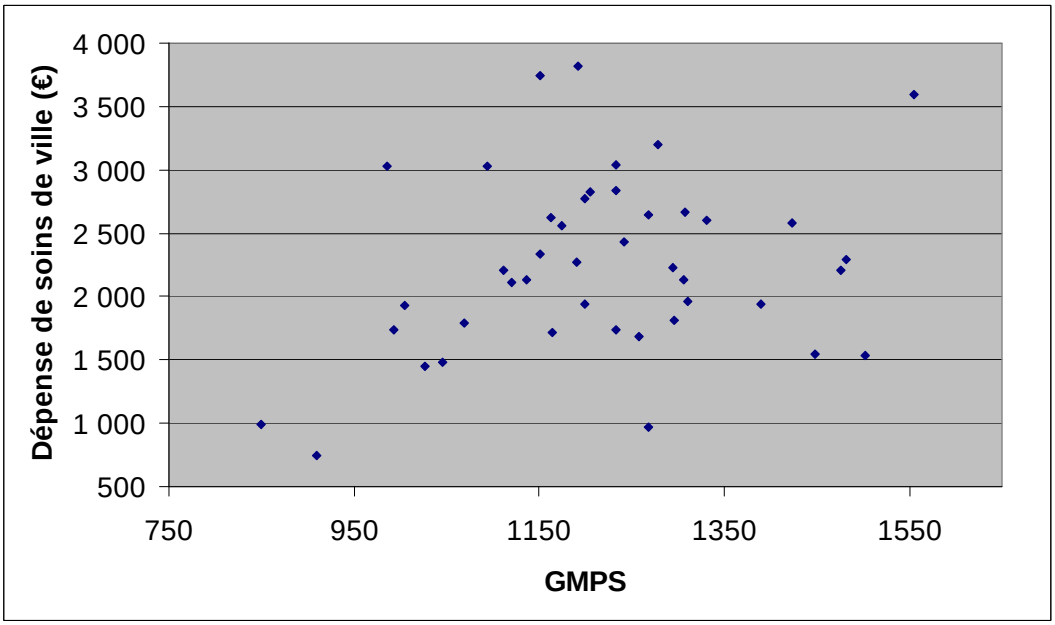

Fonction cumulative (médicament)
1
0,9
0,8
0,7
0,6
0,5
0,4
0,3
0,2
0,1
0
200
450
700
950
1 200
1 450
1 700
1 950
2 200
Dépense remboursée de médicament par résident en euros



Source : Mission IGAS sur données des six CPAM de la région Centre pour les EHPAD en tarif partiel sans PUI, année 2010. ***Lecture*** *: 30% des EHPAD ont une dépense de soins de ville inférieure ou égale à 1 857 € par personne. 20% des établissements ont une dépense de kinésithérapie supérieure ou égale à 630 € par résident.*

[202] Par ailleurs, la corrélation[65] entre dépense de soins de ville et GMPS n'est pas établie :

Graphique 3 : Lien entre dépense moyenne de soins de ville et GMPS

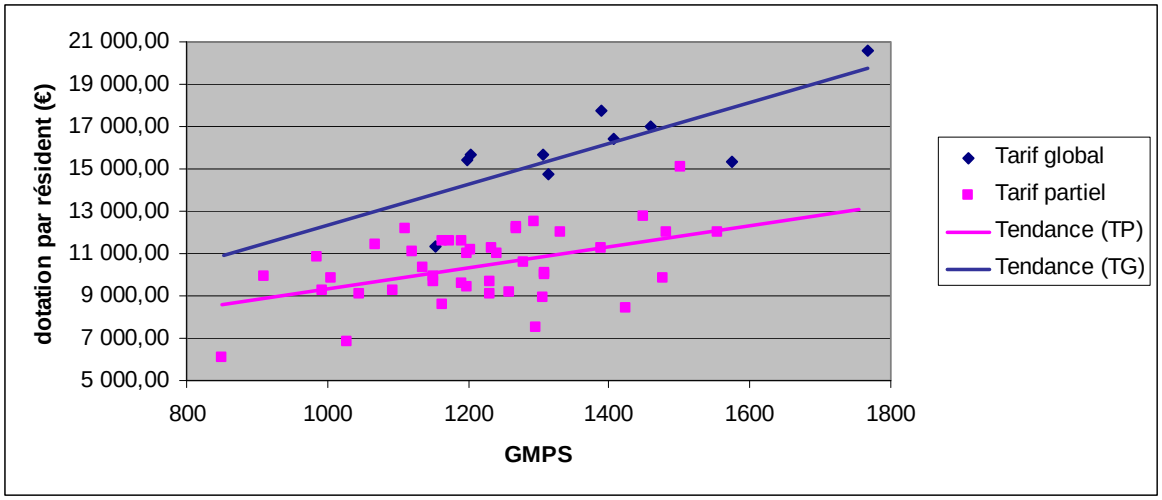


Source : Mission IGAS sur données de la CPAM du Puy-de-Dôme et de l'ARS d'Auvergne, pour les seuls EHPAD en tarif partiel, sans PUI, année 2010.

[65] La droite de régression aurait pour équation : dépense de soins de ville = 1,1149 × GMPS + 898,76 €, avec un R^2 très faible (0,0631 pour 67 échantillons) ; la variance est donc expliquée à hauteur de 6%.

[203] Une corrélation[66] plus nette semble en revanche relier dotation de soins et GMPS, comme le laisse supposer l'équation tarifaire, sans aller toutefois jusqu'à suivre parfaitement une relation linéaire. Le graphique suivant illustre cette corrélation :

Graphique 4 : Lien entre dotation soins et GMPS



Source : Mission IGAS sur données de la CPAM du Puy-de-Dôme et de l'ARS Auvergne, année 2010.

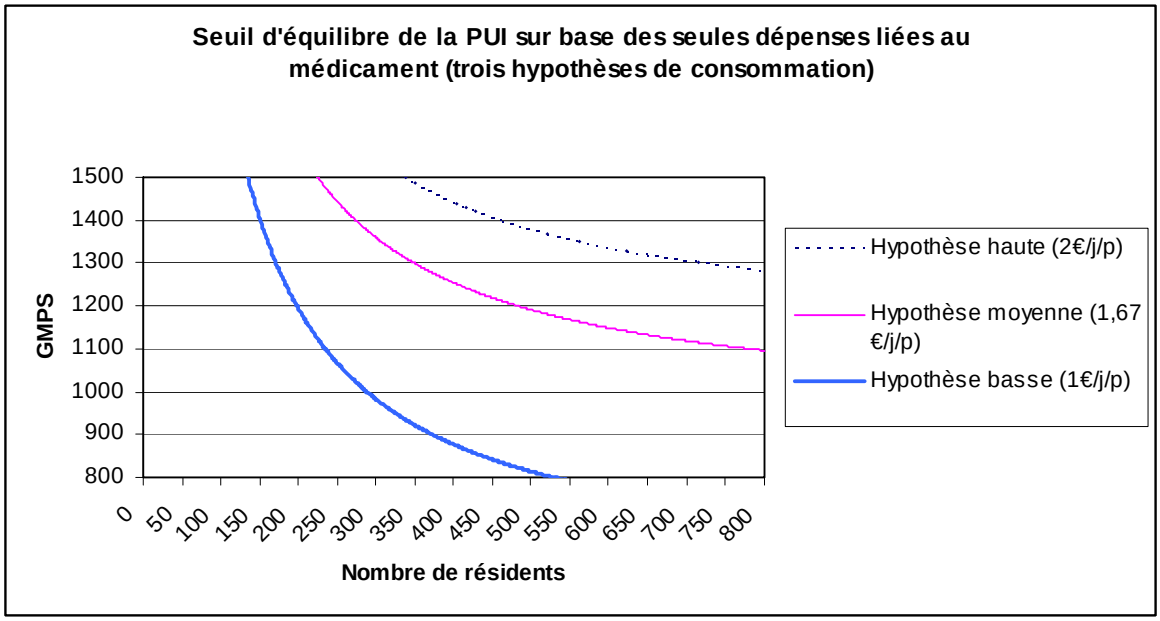
2.5.4. Recherche du seuil d'équilibre d'une PUI

[204] La mission a approfondi l'analyse des coûts d'une PUI et de leur amortissement, sur le seul sous-ensemble des établissements en tarif global puisque l'association d'une PUI avec le tarif partiel est très rare[67]. D'ailleurs les calculs qui suivent quant au seuil d'équilibre d'une PUI expliquent amplement pourquoi le choix d'une telle structure est le plus souvent associé au tarif global.

[205] La mission a retenu une hypothèse de frais de structure modestes pour la PUI (0,5 ETP de pharmacien et 1 ETP de préparateur pour des frais de structure totaux de 82.000 € intégrant un volant d'amortissements). Elle a retenu trois hypothèses relatives à la consommation de médicaments :

- une consommation journalière de 2 € par résident, retenue dans une étude récente sur le même sujet réalisée pour la DSS[68], hypothèse plutôt haute selon les constats de la mission[69] ;
- une hypothèse de consommation plus modérée, qui entérine une diminution de 40% de la dépense remboursée de médicament des EHPAD en tarif global sans PUI, ce qui revient à 1,67 € / jour / personne (l'ampleur de cette diminution apparaît réaliste sur la base des entretiens menés par la mission) ;
- une hypothèse basse de consommation, de 1 € / jour / personne, observée dans certains EHPAD dotés de PUI particulièrement vigilantes sur les risques de sur-prescription médicamenteuse.

[66] R^2 de 0,6048 pour le tarif global (15 échantillons) et de 0,2208 pour le tarif partiel (67 échantillons).
[67] Au 31 décembre 2010, selon les chiffres de la CNSA, 67% des places tarifées en tarif global disposaient des services d'une PUI contre 8% des places en tarif partiel.
[68] Eurostaf, *Analyse coût / bénéfice de l'existence d'une pharmacie à usage intérieur dans un EHPAD*, étude pour la direction de la sécurité sociale, février 2008.
[69] Hypothèse néanmoins inférieure à la consommation des PUI constatée par le rapport Naves-Dahan de l'IGAS déjà cité.



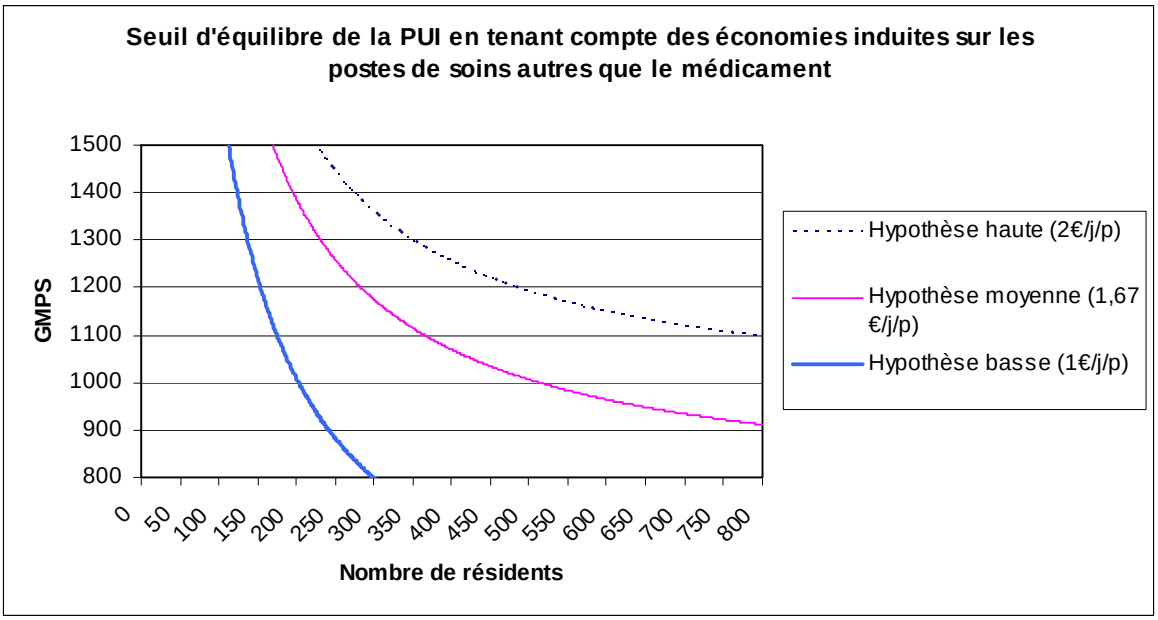
Source : calculs mission sur la base des chiffrages issus de son analyse des dépenses de soins de ville sur 10 CPAM, de ses entretiens en EHPAD et de l'examen des comptes administratifs de certains d'entre eux. ***Lecture*** *: chaque courbe représente le seuil d'équilibre (ou de rentabilité) de la PUI en termes de capacité de l'établissement, en fonction de son GMPS (déterminant pour le calcul de sa dotation de soins), et selon l'une des trois hypothèses retenues quant à la consommation pharmaceutique des résidents. On calcule donc la capacité d'hébergement nécessaire pour que la différence entre le supplément de dotation par place reçu au titre de la PUI et la consommation pharmaceutique par résident couvre les frais fixes de la PUI.*

[206] Le premier constat est la faiblesse du supplément de dotation-plafond attribué au titre de l'existence d'une PUI dans le cadre du tarif global : 0,65 € par place et par point de GMPS, soit 752 € par place sur la base du GMPS national moyen[70] de 2010 ; cela représente seulement 5% de la valeur du point hors PUI. On remarquera que ce supplément est, en valeur absolue, à peu près la moitié de ce qu'il était dans le régime tarifaire antérieur « DOMINIC+35 » ; en valeur relative, le contraste est plus accusé encore. L'équation tarifaire aujourd'hui en vigueur a donc « écrasé » la rémunération de la PUI.

[207] Ce supplément de dotation couvre à peine la consommation de médicament si l'on reprend l'hypothèse haute d'une consommation journalière de 2 € par résident, rendant improbable la couverture des frais fixes. L'hypothèse de consommation moyenne exige encore une taille exceptionnellement importante et/ou un GMPS particulièrement élevé pour rentabiliser la structure : quelque 220 lits avec un GMPS de 1 500, ou près de 600 lits avec le GMPS moyen national. Même dans l'hypothèse basse de consommation pharmaceutique, le point d'équilibre de la PUI se situe un peu au-dessus de 200 lits avec le GMPS national (cf. graphique ci-dessus).

[208] Ces résultats ne sont pourtant pas corroborés par la réalité, qui montre maints EHPAD aux paramètres moins exceptionnels dotés d'une PUI et équilibrant leur budget de soins. C'est parce que la rentabilisation de cette structure se fait aussi par des économies induites sur les autres postes de soins gérés par l'établissement.

[70] Selon les chiffres de la CNSA, le GMP moyen en 2010 s'élève à 690 et le PMP moyen issu des coupes réalisées dans l'année s'élève à 180 ; compte tenu de l'égalité [GMPS = GMP + 2,59*PMP], le GMPS moyen ressort à 1 156 points.



Source : calculs mission sur la base des chiffrages issus de son analyse des dépenses de soins de ville sur 10 CPAM, de ses entretiens en EHPAD et de l'examen des comptes administratifs de certains d'entre eux.

***Lecture** : chaque courbe représente le seuil d'équilibre (ou de rentabilité) de la PUI en termes de capacité de l'établissement, en fonction de son GMPS et du niveau de consommation pharmaceutique des résidents. À la différence du graphique précédent, les frais fixes de la PUI sont ici couverts par l'écart entre le supplément de dotation par place reçu au titre de la PUI et la consommation pharmaceutique par résident elle-même diminuée des économies induites sur les autres dépenses de soins budgétées par l'établissement.*

[209] Les dépenses de soins de ville par résident reconstituées par la mission (cf. tableau n°11 en partie 2.5.3) font apparaître des économies liées à la présence d'une PUI sur les 4 postes de soins autres que le médicament gérés par l'établissement, à hauteur de 120 € par personne par an. Pour apprécier la couverture des frais fixes propres à la PUI il faut donc retenir l'écart entre le supplément de dotation reçu et les consommations pharmaceutiques nettes des économies induites sur les autres postes du budget de soins. Les points d'équilibre s'abaissent alors (cf. graphique ci-dessus) mais restent au-dessus de ce que l'on observe dans la réalité :

- selon une hypothèse de consommation pharmaceutique moyenne, le point d'équilibre de la PUI revient autour de 300 lits avec le GMPS moyen national, autour de 230 lits avec un GMPS de 1300 ;
- si l'on retient l'hypothèse haute de consommation pharmaceutique, le point d'équilibre est légèrement au-dessus de 550 lits avec un GMPS moyen ;
- des efforts importants de maîtrise de la prescription pharmaceutique (hypothèse basse de consommation) permettent de « rentabiliser » la PUI avec une capacité comprise entre 130 et 170 lits pour les GMPS courants – seuil rarement atteint parmi les EHPAD.

[210] **Ces résultats soulignent, d'une part, le caractère nécessaire et non pas fortuit du lien entre PUI et tarif global ; d'autre part, l'intérêt des coopérations et stratégies de groupe sur le champ médico-social et sanitaire afin de mutualiser les frais de structure d'une PUI, d'en maximiser les effets d'échelle et par conséquent d'en abaisser le seuil d'équilibre pour chacun des établissements associés.**

2.6. Les comparaisons économiques des coûts complets pour l'assurance maladie doivent être approfondies

[211] Les coûts complets de soins, du point de vue l'assurance maladie, comprennent en toute rigueur des dépenses de trois natures :

- la dotation de soins de l'établissement ;
- les remboursements de soins de ville effectués par l'assurance maladie au profit des résidents;
- les dépenses d'assurance maladie en établissement hospitalier : celles-ci se présentent sous des formes hétérogènes : si les dépenses relatives aux séjours de médecine-chirurgie-obstétrique et de soins de suite-réadaptation sont individualisées sous forme d'une tarification à l'activité, les séjours de psychiatrie en revanche sont financés via une dotation globale versée aux établissements concernés et leurs coûts sont donc plus difficiles à individualiser.

[212] En pratique, il est possible – avec difficulté – d'évaluer les deux premières composantes pour obtenir des coûts semi-complets, ou « coûts complets hors hospitalisations ». L'évaluation de la troisième composante reste très complexe en l'état actuel des systèmes d'information ; c'est d'autant plus regrettable que les hospitalisations de personnes âgées peuvent représenter des coûts de l'ordre de 900 à 1 000 € par jour. Sur ce point la mission n'a pu s'appuyer que sur une étude menée par la CPAM de l'Essonne et l'ARS d'Île de France.

2.6.1. Un coût complet hors hospitalisation dépendant fortement des politiques tarifaires régionales

[213] La mission a procédé à ces calculs sur un petit échantillon, sur la base de rapprochements et traitements rigoureux des données fournies par quelques CPAM et ARS.

[214] Le résultat obtenu agrège d'une part, les remboursements annuels de la CPAM rapportés au nombre des résidents de l'EHPAD affiliés à la caisse, et d'autre part la dotation de soins versée par l'ARS (hors crédits non reconductibles) rapportée à la capacité de l'EHPAD en hébergement permanent.

[215] La disponibilité limitée à 24 mois des données issues de la liquidation dans les CPAM a contraint l'exercice d'analyse. On rappellera également que les incohérences (déjà décrites) entre les fichiers des caisses et des ARS et la difficulté à identifier un dénominateur fiable et robuste ont sensiblement alourdi l'exploitation de ces informations. Par conséquent, la mission a procédé en deux vagues successives de calcul, la première présentée lors du rapport provisoire de juillet, la seconde insérée dans le présent rapport.

2.6.1.1. Présentation des résultats

[216] La première vague de calculs, fondée sur les données d'une CPAM et d'une ARS, a donné les résultats suivants.

Tableau 13 : Comparaison de coûts complets par place pour les EHPAD du Puy de Dôme sur l'année 2010 (1ère vague de calculs):

EHPAD en tarif global			**EHPAD en tarif partiel**		
Avec PUI	**Sans PUI**	**Ensemble tarif global**	**Avec PUI**	**Sans PUI**	**Ensemble tarif partiel**
MONTANTS DES SOINS DE VILLE REMBOURSES AUX RESIDENTS (PAR PERSONNE)					
381 €	1 373 €	616 €	994 €	2 351 €	2 259 €
MONTANTS DES DOTATIONS DE SOINS (PAR PLACE)					
15 069 €	14 932 €	15 039 €	10 555 €	9 913 €	9 962 €
COUTS COMPLETS POUR L'ASSURANCE MALADIE (PAR PLACE)					
15 450 €	16 305 €	15 655 €	11 549 €	12 264 €	12 220 €

Analyse des écarts de coûts complets entre EHPAD en tarif global et EHPAD en tarif partiel (même caisse, même année) :

	Ecart sur dotation (par place)	Ecart sur soins de ville remboursés aux résidents (par personne)	Ecart total de coût complet pour l'assurance maladie (par place)
EHPAD avec PUI	4 514 €	– 613 €	3 901 €
EHPAD sans PUI	5 019 €	– 978 €	4 041 €
Ensemble EHPAD	5 077 €	– 1 642 €	3 435 €

Source : calculs IGAS sur données de la CPAM du Puy de Dôme et de l'ARS Auvergne.

***Lecture** : les remboursements de soins de ville sont inférieurs de 1 642 € (soit 2 259 € - 616 €) pour les établissements en tarif global par rapport à ceux en tarif partiel. Ce chiffre ne correspond pas à la pondération des écarts de remboursement de soins de ville entre EHPAD avec et sans PUI en raison de la non linéarité des écarts*[71].

[217] La deuxième série de calculs, qui inclut en outre les données des 6 CPAM et de l'ARS du Centre, nuance les premiers résultats, comme le montrent les tableaux récapitulatifs suivants.

[71] Les remboursements de soins de ville en tarif global (resp. partiel) sont nécessairement encadrés par les remboursements de soins de ville en tarif global (resp. partiel) avec et sans PUI, dont ils constituent une moyenne pondérée. On a donc $x_{TG}^{\text{PUI}} < x_{TG} < x_{TG}^{\overline{PUI}}$ et $x_{TP}^{\text{PUI}} < x_{TP} < x_{TP}^{\overline{PUI}}$. On en déduit que $x_{TP}^{\text{PUI}} - x_{TG}^{\overline{PUI}} < x_{TP} - x_{TG} < x_{TP}^{\overline{PUI}} - x_{TG}^{PUI}$ (écart de dépenses de soins de ville, tout régime de PUI), sans rapport avec $x_{TP}^{PUI} - x_{TG}^{\text{PUI}}$ (écart de dépenses de soins de ville pour les établissements dotés d'une PUI) et avec $x_{TP}^{\overline{PUI}} - x_{TG}^{\overline{\text{PUI}}}$ (écart de dépenses de soins de ville pour les établissements dépourvus d'une PUI).

Tableau 14 : Comparaison de coûts complets par place pour les EHPAD du Cher, Eure et Loir, Indre, Indre et Loire, Loir et Cher, Loiret, Puy de Dôme, sur l'année 2010 (2ème vague de calculs) :

EHPAD en tarif global			**EHPAD en tarif partiel**		
Avec PUI	**Sans PUI**	**Ensemble tarif global**	**Avec PUI**	**Sans PUI**	**Ensemble tarif partiel**
MONTANTS DES SOINS DE VILLE REMBOURSÉS AUX RESIDENTS (PAR PERSONNE)					
342 €	1 302 €	557 €	624 €	2 322 €	2 210 €
MONTANTS DES DOTATIONS DE SOINS (PAR PLACE)					
15 236 €	13 255 €	14 795 €	11 706 €	9 156 €	9 324 €
COUTS COMPLETS POUR L'ASSURANCE MALADIE (PAR PLACE)					
15 577 €	14 557 €	15 352 €	12 330 €	11 478 €	11 534 €
GMPS MOYEN PAR ETABLISSEMENT					
1 203	**1 211**	**1 209**	**1 093**	**1 123**	**1 123**

Analyse des écarts de coûts complets entre EHPAD en tarif global et EHPAD en tarif partiel (mêmes caisses, même année) :

	Ecart sur dotation (par place)	Ecart sur soins de ville remboursés aux résidents (par personne)	Ecart total de coût complet pour l'assurance maladie (par place)
EHPAD avec PUI	3 530 €	- 282 €	3 248 €
EHPAD sans PUI	4 098 €	- 1 019 €	3 079 €
Ensemble EHPAD	5 471 €	- 1 653 €	3 818 €

Source : calculs IGAS sur données des CPAM visées et des ARS d'Auvergne et du Centre.

2.6.1.2. Analyse et interprétation des écarts de coût

[218] Les tableaux issus des deux vagues de calculs donnent des résultats similaires sur certains aspects :

- En moyenne, le coût complet pour l'assurance maladie des EHPAD en tarif global apparaît supérieur de l'ordre de 3 800 € par résident à celui des EHPAD en tarif partiel. Les moindres remboursements de soins de ville (de l'ordre de 1 600-1700 € par personne) ne compensent pas en effet le surcroît de dotation (+ 5 500 € par place environ). Il faut tenir compte du fait que les EHPAD en tarif global en 2010 comptent une proportion importante d'EHPAD en sur-dotation (souvent des établissements issus de la partition des USLD) ayant opté pour le tarif global par familiarité avec ce mode de financement et pour faciliter leur convergence tarifaire. On compte également dans la catégorie du tarif global une plus forte proportion d'établissements « pathossifiés » (79% contre 52% en tarif partiel). Ces effets de structure gonflent donc le surcoût apparent du tarif global. De plus, on rappellera que

l'Auvergne présente des dotations moyennes élevées en raison d'un GMPS sensiblement supérieur à la moyenne nationale (cf. § 2.2.1), cependant que la région Centre est proche de la moyenne (cf. graphique 2 page 24).

- Il semble plus pertinent de comparer les coûts complets au sein de chaque sous-catégorie [EHPAD avec PUI] d'une part, [EHPAD sans PUI] d'autre part, afin de neutraliser l'incidence de la PUI. **L'écart de coût complet ressort alors autour de 3 000 euros par place.** Mesuré ainsi, l'écart est un peu resserré – donc le surcoût du tarif global atténué – par rapport à ce qui ressortait de la première vague de calculs.

[219] En revanche, si l'on se penche sur l'incidence de la PUI au sein du tarif global et du tarif partiel respectivement, les derniers résultats disponibles diffèrent des premiers.

[220] En effet, le coût complet par place des EHPAD en TG avec PUI apparaît de 1 000 euros supérieur à celui des EHPAD en TG sans PUI (de 800 euros supérieur au sein du tarif partiel, pour lequel la population étudiée est plus faible). On peut avancer plusieurs explications :

- Alors que les remboursements de soins de ville par tête, dans chaque sous-catégorie tarifaire, sont équivalents d'une vague de calculs à l'autre, les dotations par place des EHPAD *sans* PUI (quel que soit le tarif) ont diminué quand a été élargi l'échantillon, et les dotations par place des EHPAD *avec* PUI, elles, ont vu leur niveau augmenter : cela reflète les différences de politique tarifaire des DDASS puis des ARS et les différences de GMPS des établissements concernés d'une région à l'autre[72].
- Le surcoût affiché des PUI est aussi dû à un phénomène exogène qui est la surpondération dans la catégorie [tarif global avec PUI] des EHPAD en convergence tarifaire. De fait, l'application de l'équation tarifaire et de la rémunération intrinsèque de la PUI[73] ne permet d'expliquer qu'à peine plus de la moitié du surcroît de dotation par place observé pour les EHPAD disposant de PUI par rapport à ceux qui en sont dépourvus (au sein du tarif global).

[221] L'ensemble de ces résultats doit être lu avec précaution :

- Les analyses en coupe instantanée ne reflètent pas les processus d'économies dans la durée, or le tarif global semble impulser une dynamique, encore très récente.
- Si le calibrage de la dotation était ajusté aux remboursements constatés[74] lors du passage au tarif global, l'opération serait alors neutre ou positive tant pour l'assurance maladie que pour les résidents.
- Si les dotations étaient calculées en application de l'équation tarifaire, le passage au tarif global ferait apparaître des surcoûts moindres comme le montre le tableau suivant :

Calcul sur la base du GMPS moyen national (1 156)	Ecart de valeur du point de GMPS	Surcoût théorique en dotation, par place	Economie constatée sur remboursements de soins de ville, par personne	Surcoût théorique net, par place, pour l'assurance maladie
Passage du TP *sans* PUI au TG *avec* PUI	3,55 €	4 104 €	1 980 €	2 124 €
Passage du TP *sans* PUI au TG *sans* PUI	2,89 €	3 341 €	1 020 €	2 321 €

Source : Mission IGAS

[72] Comparaison des résultats de la région Centre par rapport à ceux du Puy-de-Dôme (pris comme référence) : en tarif global avec PUI, une diminution de GMPS de 11% se traduit par une augmentation de dotation par place de 1% ; en tarif global sans PUI, une diminution de GMPS de 24% se traduit par une diminution de dotation par place de 18% ; en tarif partiel avec PUI, une augmentation de GMPS de 1% s'accompagne d'une augmentation de dotation par place de 16% ; en tarif partiel sans PUI, une diminution de GMPS de 12% s'accompagne d'une diminution de dotation par place de 11%. Cela renchérit donc en termes relatifs la PUI.

[73] Soit 65 centimes par place et par point de GMPS.

[74] Des observations ponctuelles et empiriques indiquent (cf. 2.3.3) que les EHPAD passant au tarif global consacrent entre 40% et 50% de leur surcroît de dotation au paiement des soins intégrés dans leur budget.

[222] L'écart entre les résultats « théoriques » et les surcoûts effectivement constatés rend compte du **poids des bases budgétaires historiques et des GMPS relativement forts** enregistrés dans les régions ayant fourni à la mission leurs données.

[223] En tout état de cause, il importe de poursuivre ce type de calculs, si possible dans toutes les régions. Certaines ARS, dans le cadre des programmes de gestion du risque en EHPAD, ont commencé, sous l'égide de la DSS et en liaison avec l'assurance maladie, à réunir les informations permettant de calculer et de comparer des coûts complets.

2.6.2. Quelques indices en faveur du tarif global en termes de recours à l'hospitalisation

[224] La CPAM de l'Essonne et l'ARS d'Île de France ont mené conjointement une étude sur les hospitalisations des résidents en EHPAD relevant de cette caisse. Il s'agit là d'un travail singulier et, malgré certaines fragilités, prometteur, qu'il reste à mener à plus grande échelle.

[225] Cette étude porte sur 52 établissements, dont 5 en tarif global (tous disposant d'une PUI) et 47 en tarif partiel (aucun ne disposant de PUI) ; on notera donc la faible part du tarif global dans cet échantillon, différente de celle qui prévaut à l'échelle nationale.

[226] Ses résultats peuvent être résumés dans le tableau suivant :

Tableau 15 : Étude sur les hospitalisations de résidents en EHPAD en Essonne

	Tarif global	Tarif partiel
Taux d'hospitalisation	20,6%	30,4%
Durée moyenne de séjour en hôpital	11,37 jours	11,86 jours
Nombre de jours d'hospitalisation par résident	3,69 jours	5,47 jours

Source : Mission IGAS sur base données CPAM Essonne

[227] On observe un écart significatif en termes de taux d'hospitalisation (de 50% supérieur pour le tarif partiel par rapport au tarif global). En ce qui concerne le nombre de jours d'hospitalisation par résident, l'écart entre les deux tarifs s'élève à 1,78 jour, soit un ordre de grandeur de 2 000 €.

[228] La durée moyenne d'un séjour en hôpital apparaît comprise entre 11 et 12 jours, très légèrement supérieure pour le tarif partiel. Ces durées sont plus courtes que ce qui ressort à l'échelle nationale de l'étude EHPA (2007) de la DREES.

[229] Ces résultats doivent naturellement être confortés dans leur robustesse, en travaillant sur plusieurs caisses et sur l'ensemble des champs MCO, SSR et psychiatrie. On soulignera qu'ils sont susceptibles *d'égaliser ou de fortement rapprocher les coûts complets* (hôpital inclus), pour l'assurance maladie, des deux tarifs global et partiel appliqués aux EHPAD.

2.7. En termes de gestion budgétaire, le passage au tarif global a été correctement maîtrisé par les établissements

[230] La mission a pu constater, dans tous les établissements passés au tarif global qu'elle a visités, une correcte maîtrise de la gestion budgétaire du passage au tarif global. Les dépenses constatées au compte administratif sont toujours inférieures aux prévisions budgétaires initiales, sauf dans le cas d'un EHPAD adossé à un hôpital local confronté à une légère dérive des dépenses d'honoraires médicaux. Certaines structures ont poussé assez loin la recherche de gains de productivité ; par exemple un établissement lorrain de 92 places relevant d'un grand groupe privé, passé au tarif global en 2010, a réduit de 23 365 € sa ligne « autres auxiliaires médicaux », avec une baisse de 19 274 € des honoraires de kinésithérapeutes, passant de 45 195 € au budget prévisionnel 2010 à 21 830 € au compte administratif

[231] L'exploitation du questionnaire diffusé aux établissements récemment passés au tarif global, pour la région Aquitaine, fait apparaître les taux d'exécution budgétaire suivants :

- Pour 4 établissements passés au tarif global en 2008, dont 3 avec PUI : 100 % de taux d'exécution du budget soins au compte administratif (CA) 2008, 89 % au CA 2009, 83 % au CA 2010.
- Pour 8 établissements passés au tarif global en 2009, dont 2 avec PUI : taux d'exécution de 87% en 2009, de 88 % en 2010 ;
- Pour 7 établissements passés en 2010, dont un avec PUI : taux de 77 %, soit 68 % pour les omni praticiens, 97 % pour les auxiliaires médicaux et 51 % en biologie radiologie.

[232] Les établissements ont établi leurs prévisions de dépenses sur les postes réintégrés au budget soit en fonction d'informations sur les consommations de soins de ville de leurs résidents, communiquées par la CPAM, soit en fonction d'une reconstitution des actes effectués sur les 6 ou 12 derniers mois, valorisés aux tarifs conventionnels. On peut donc raisonnablement plaider, même en tenant compte de la marge de sécurité qu'ils se sont accordée – en particulier sur les dépenses de biologie, très minoritaires mais difficiles à prévoir – que l'option du tarif global réajustée par rapport à la réalité des dépenses de soins de ville prises en charge, éventuellement majorées de créations de postes de personnels soignants aux profils spécifiques, permettrait de réaliser des gains d'efficience non négligeables.

[233] **En définitive, la question posée sur l'intérêt économique du tarif global appelle une réponse paradoxale : oui, le tarif global coûte cher, pour des raisons étrangères à l'option elle-même et à la différence de champ entre les deux tarifs, mais il pourrait entraîner des gains significatifs, aussi bien sur les quatre postes de dépenses de soins qu'il intègre que sur d'autres dépenses de soins de ville. Tout dépend de ses conditions d'utilisation : processus de tarification, régulation médico-économique du système, organisation des soins dans les EHPAD.**

3. LE TARIF GLOBAL INDUIT-IL UNE ORGANISATION DES SOINS PLUS EFFICIENTE ET UNE MEILLEURE QUALITE DE PRISE EN CHARGE ?

3.1. Les prestations de soins de santé en EHPAD : une grande diversité en termes d'organisation et d'effort de rationalisation, non directement liée au mode de tarification

[234] On observe une très grande diversité des situations en termes d'organisation des soins, et d'effort de rationalisation ou de coordination de ceux-ci, sans qu'il soit possible de relier telle organisation à un mode de tarification.

[235] Les 20 EHPAD ayant fait l'objet d'entretiens approfondis au cours de la mission, localisés dans six régions (Aquitaine, Auvergne, Ile-de-France, Lorraine, Nord Pas-de-Calais, Pays de la Loire), ne permettent certainement pas de tirer des statistiques, mais fournissent en revanche des illustrations très riches des pratiques en vigueur (et notamment des bonnes pratiques), de leurs déterminants et de leurs facteurs de vulnérabilité (voir annexe 11).

[236] Plus précisément, les situations des EHPAD diffèrent en ce qui concerne :

- le positionnement du médecin coordonnateur et du cadre infirmier et leurs relations avec les médecins traitants et autres professionnels de santé libéraux intervenant en EHPAD ;
- la gestion de l'information relative aux soins des résidents (système d'information, traçabilité des interventions) ;
- l'effort de maîtrise des prescriptions ;
- le circuit du médicament (fourniture et dispensation) ;
- la composition de l'équipe de nuit ;
- les relations avec les institutions sanitaires environnantes.

[237] Ces situations diverses résultent elles-mêmes de multiples facteurs : les équations personnelles des cadres de l'EHPAD bien sur, mais aussi le passé -hospitalier ou non- de l'établissement, sa taille (les ressources et formes d'organisation varient fortement entre un EHPAD de 30 lits et un EHPAD de 400 voire 500 lits), le lieu -urbain ou rural- de son implantation, la densité médicale et paramédicale du secteur, les possibilités ou limites induites par le mode de financement des soins et le niveau historique des dotations, etc.

3.1.1. Le positionnement du médecin coordonnateur et du cadre infirmier

[238] Le poste de médecin coordonnateur n'est pas pourvu dans l'intégralité des EHPAD, ainsi que l'ont souligné plusieurs ARS. En Pays de la Loire par exemple, 74% des EHPAD disposent effectivement d'un médecin coordonnateur ; le taux de vacance y est plus élevé dans le secteur public (30%) que dans le secteur privé (20%) et l'absence du médecin coordonnateur est plus marquée dans les EHPAD de faible capacité (moins de 45 résidents).

- Profils du médecin coordonnateur

[239] Lorsqu'il est présent, le médecin coordonnateur présente différents profils qui peuvent être résumés selon la typologie suivante :

- Médecin libéral en retraite intervenant dans un EHPAD comme médecin coordonnateur pour une fraction de son temps (entre 0,1 et 0,5 ETP selon la taille des établissements, mais le plus souvent autour de 0,2-0,3 ETP), après avoir été lui-même médecin traitant dans cet établissement ; variante de ce cas de figure : exercice comme médecin coordonnateur sur deux établissements. Le médecin coordonnateur connaît dans ce cas bien ses confrères, a

été pour ainsi dire « coopté » par eux et dispose de possibilités de relations informelles avec eux.

- Même cas de figure que précédemment mais avec « délocalisation » du médecin coordonnateur, qui, une fois à la retraite, quitte son lieu d'exercice libéral et assume une vacation de médecin coordonnateur sur son nouveau lieu de résidence ; par rapport au cas de figure précédent il est nettement moins inséré dans le réseau des professionnels de santé intervenant dans l'EHPAD.
- Médecin coordonnateur pour une fraction de son temps (une journée ou une demi-journée par semaine) et en exercice libéral en cabinet pour le reste de son temps professionnel ; il dispose ainsi d'une double légitimité et d'une double voie de dialogue avec ses confrères mais son positionnement en ressort aussi plus ambigu et le risque de conflit d'intérêts (dans l'hypothèse où il a des résidents comme patients) n'est pas nul.
- Médecin coordonnateur, salarié d'un ou deux EHPAD, sans pratique libérale, plutôt jeune, plutôt femme, spécialisé en gériatrie et construisant entièrement son temps professionnel sur cette présence permanente en institution, de l'ordre de 0,5 ETP pour un même établissement. Variantes : exercice comme médecin traitant salarié dans le même EHPAD pour le reste de son temps (« *Il est plus facile et plus efficace d'être à la fois médecin coordonnateur et médecin traitant* ») ou exercice complémentaire en clinique gérontologique. Le médecin coordonnateur ayant ce profil s'inscrit davantage dans une logique institutionnelle ; il consacre d'ailleurs une grande part de son action à la coordination de l'équipe soignante de l'EHPAD et à la mise en place de bonnes pratiques gériatriques en interne (ex : prévention des chutes, lutte contre la dénutrition, identification et prise en charge non médicamenteuse des états d'agressivité, d'agitation ou autres troubles du comportement).

[240] Les trois premiers profils de médecin coordonnateur correspondent à ce que les syndicats nationaux de médecins libéraux désignent comme « *celui qui a exercé le même métier que nous, celui qui nous ressemble* » ; c'est celui avec lequel ils entrent plus volontiers en relation ou contre lequel ils ont le moins de préventions.

 Rôle du médecin coordonnateur

[241] Le rôle joué par le médecin coordonnateur est partiellement – partiellement seulement – induit par son profil ; il dépend aussi de la qualité des relations nouées avec les professionnels de santé intervenant en EHPAD, donc de son équation personnelle, de la densité médicale (la coordination est généralement plus difficile en milieu urbain à forte densité médicale) ou paramédicale (même phénomène) et de la plus ou moins grande volonté des professionnels libéraux de « jouer le jeu » d'un fonctionnement plus collectif et coordonné lorsqu'ils délivrent leurs soins en EHPAD.

[242] Le rôle du médecin coordonnateur est donc de facto exercé de manière variable :

- Veille, dialogue et diplomatie, accompagnées d'un vague sentiment d'impuissance face à d'éventuelles pratiques jugées peu satisfaisantes mais estimées difficiles à réformer (sur-prescription médicamenteuse, non signalement des consultations auprès du bureau des infirmières, non tenue du dossier du résident, par exemple). Il faut noter que le dialogue avec les professionnels de santé et la coordination de leurs interventions (accord sur les horaires ou sur la liaison avec l'équipe infirmière par exemple) sont plus aisés dans un contexte de faible démographie médicale. La stabilité du médecin coordonnateur sur longue période contribue aussi fortement à la qualité de communication et la construction d'un large accord sur les règles d'intervention en EHPAD.
- Validation de toutes les prescriptions des médecins traitants et dialogue avec ceux-ci au sujet de leurs prescriptions, en s'appuyant sur le pharmacien (quand une PUI est attachée à l'EHPAD) s'agissant du médicament, ou en s'appuyant sur le cadre infirmier s'agissant des soins de kinésithérapie ou d'autres soins paramédicaux.

- Action tournée vers l'équipe soignante de l'EHPAD : sensibilisation, soutien et formation pour la mise en place de bonnes pratiques gériatriques en interne. On citera ce mot d'un médecin coordonnateur attaché à la prise en charge non médicamenteuse des troubles du comportement : « *Le protocole doit découler de la prise de conscience et non la précéder* ».

[243] C'est ce troisième rôle, tourné vers le soutien en interne à l'équipe soignante de l'EHPAD, et à la direction, qui domine aujourd'hui et qui fait en quelque sorte du médecin coordonnateur le conseiller médical de l'établissement.

[244] En toutes circonstances il est une fonction qui lui revient : la réalisation de la « coupe Pathos », qui sera soumise à la validation de l'ARS. La réalisation de cette coupe consiste à associer à chacun des résidents une cotation selon le référentiel Pathos, fondée sur les pathologies diagnostiquées et représentative d'un certain niveau de « soins requis ». Cela suppose d'abord de réunir les éléments relatifs au diagnostic et de documenter correctement chaque cas ; lorsque le dossier de soins du résident est peu rempli par les professionnels de santé intervenant dans l'établissement (situation fréquente) ou par l'équipe infirmière, cette analyse est difficile ; il arrive que le médecin coordonnateur établisse ses diagnostics et classifications à partir de déductions tirées des ordonnances. À l'autre extrême, la tenue à jour d'un dossier de soins informatisé (en vigueur dans certains EHPAD de taille moyenne ou grande) allège considérablement cette tâche.

 Rôle du cadre infirmier

[245] De même, le rôle du *cadre infirmier* apparaît variable et peut constituer un facteur essentiel de coordination des soins, puisqu'il bénéficie dans certains cas d'une plus grande proximité que le médecin coordonnateur à la fois vis-à-vis des médecins libéraux intervenants et des résidents.

[246] L'accompagnement systématique, par une infirmière, des médecins traitants en consultation dans l'établissement est une pratique en vigueur dans deux des EHPAD visités (l'un en tarif partiel, l'autre en tarif global, mais tous deux disposant d'une dotation de soins relativement large et d'un effectif infirmier conséquent). L'équipe dirigeante de cet établissement en tarif partiel considère ainsi que : « *Le tarif partiel [nous] permet de maîtriser notre fonctionnement et notre consommation de soins grâce au filtre exercé par les infirmières.* »

[247] Sans pouvoir assurer cet accompagnement, le cadre infirmier dans d'autres EHPAD veille à ce que les médecins libéraux se signalent à leur entrée dans l'établissement ; il a parfois mis en place un cahier de transmission qui permet une communication écrite quotidienne entre l'équipe de l'établissement et les professionnels libéraux (questions / réponses et informations diverses).

[248] Au-delà, le cadre infirmier a développé un rôle plus ou moins poussé de promotion des bonnes pratiques, d'accompagnement des nouveaux résidents dans la phase d'accueil, de mise à jour des dossiers de soins des résidents, et surtout de suivi et de vigilance en matière de dispensation de médicaments. De fait, lorsque l'EHPAD ne dispose pas de PUI (en propre ou via un groupement de coopération), la gestion du circuit du médicament (relations avec les pharmacies d'officine, gestion des stocks, préparation des doses à administrer) revient à un(e) infirmièr(e), qui y consacre entre un quart temps et un mi temps par semaine en fonction de la taille et de la configuration de l'établissement.

3.1.2. La gestion de l'information relative aux soins des résidents ; la traçabilité des interventions

[249] Une bonne tenue du dossier de soins du résident est un souci dans tous les EHPAD visités. De fait, les médecins libéraux intervenant ne remplissent que rarement les dossiers de soins en relation avec leurs visites : entre 10% et 25% des consultations sont retracées dans le dossier de soins, que celui-ci soit sous forme papier ou sous forme informatisée. La bonne alimentation du dossier est un enjeu tant pour la qualité de prise en charge que pour la coupe PATHOS (cf. annexe 10).

[250] Si le Plan de Soins Informatisé (PSI) n'est pas encore en place dans tous les EHPAD, l'usage d'un support informatisé pour le dossier de soins du résident progresse…Mais la diversité des logiciels utilisés par les établissements est une difficulté soulevée par les médecins (qui souvent interviennent dans plusieurs établissements ayant autant de logiciels). La tenue du dossier de soins revient finalement souvent à l'équipe infirmière sur la base des communications écrites ou orales du praticien.

[251] Afin de favoriser l'enregistrement direct des informations médicales, un EHPAD, en tarif partiel mais particulièrement sensibilisé aux questions de traçabilité et de coordination de soins, a mis à la disposition des médecins libéraux un petit ordinateur portable permettant de saisir, au lit du patient, les informations relatives aux soins (« dossier informatisé portable »).

[252] Dans certains cas extrêmes, les médecins libéraux, à l'issue de leur visite, laissent à l'accueil une ordonnance pour un résident désigné, sans autre communication ni écrite ni orale. Ce type de pratique, contraire au code de déontologie, s'observe notamment dans les établissements où les médecins ne se signalent même pas systématiquement auprès du bureau infirmier lors de leur venue.

[253] La traçabilité des soins de kinésithérapie est dans tous les EHPAD visités – à l'exception d'un seul – un souci plus grand encore : non connaissances des interventions des masseurs-kinésithérapeutes, fragmentation des séances de soins en plusieurs mini-séances à différents moments de la journée, difficulté à connaître la réalité des soins dispensés, bilans de soins (prévus par la réglementation) très rarement transmis par ces professionnels aux EHPAD, même après demande insistante.

[254] Ce qui semble manquer le plus cruellement est la possibilité de dialogue entre l'équipe soignante de l'EHPAD et le masseur-kinésithérapeute libéral autour d'une réelle adaptation des soins de kinésithérapie aux limitations fonctionnelles et aux besoins des résidents (alors même que la nature intrinsèque des soins individuels de kinésithérapie peut se trouver en décalage par rapport aux besoins fonctionnels des populations concernées au regard d'autres approches comme les « approches sportives douces »).

3.1.3. L'effort de maîtrise des prescriptions

- Prescription médicamenteuse

[255] La consommation d'un grand nombre de médicaments par les personnes résidant en EHPAD fait courir un risque de iatrogénie médicamenteuse important ; la mission a pu observer des prescriptions de 12 à 17 lignes (cf. annexe 12). Cela résulte notamment d'une sédimentation des prescriptions, renouvelées indéfiniment même après la disparition des indications initiales (traitement d'inhibiteurs de la pompe à protons au long cours, perpétuation des antalgiques et hypnotiques, par exemple). Mettre fin à un traitement pour cette population particulièrement vulnérable apparaît difficile et suppose une action et une remise en cause à la fois des médecins traitants, des résidents et de leurs familles et des équipes de soins internes aux EHPAD.

[256] Parmi ces médicaments, les psychotropes consommés en quantité importante par la population hébergée en EHPAD, sont notoirement à l'origine d'une grande partie des chutes des personnes dépendantes hébergées, chutes elles-mêmes à l'origine de multiples complications (hospitalisation, fracture du fémur, etc.). Les événements iatrogènes médicamenteux représentent environ 20% des passages aux urgences au CHU de Nantes[75] et pour les personnes très âgées, qui y sont particulièrement exposées, cette proportion est plus élevée encore.

[257] La maîtrise des prescriptions de médicaments dans les EHPAD présente donc des enjeux importants à la fois en termes de qualité de prise en charge et en termes d'efficience.

[258] L'effort de maîtrise des prescriptions pharmaceutiques dans les EHPAD repose, de manière très variable selon les établissements, sur :

- le livret thérapeutique ou liste préférentielle de médicaments : si, en pratique, cette liste s'impose au prescripteur quand la fourniture des médicaments relève d'une PUI, elle n'est en revanche qu'indicative en l'absence de PUI ;
- la mise en service d'un logiciel de prescription qui intègre, outre le livret thérapeutique, des alertes relatives aux interactions indésirables entre médicaments et des conseils de prescription ; cet outil est de fait développé sous l'égide d'une PUI ;
- l'intervention du médecin coordonnateur auprès de ses confrères prescripteurs en cas de doutes sur de possibles effets indésirables ou sur l'utilité de certaines prescriptions ; ce type d'intervention est très variable selon les établissements, la personnalité du médecin coordonnateur et ses relations avec les médecins traitants ; nombreux sont les cas où le médecin coordonnateur n'ose pas discuter avec ses confrères de la justification ou des risques de leurs prescriptions ; une situation locale tendue existe parfois sur ce sujet ;
- l'intervention du médecin de l'EHPAD en interne, auprès des équipes, pour favoriser le repérage précoce et la prise en charge non médicamenteuse des troubles du comportement des résidents (agitation, agressivité, insomnie….) – car les prescriptions de psychotropes résultent aussi de la demande des équipes dans les établissements ;
- l'intervention du pharmacien de PUI sous de multiples formes : validation des prescriptions et dialogue avec les médecins prescripteurs, vis-à-vis desquels les pharmaciens se sentent investis d'une responsabilité et de prérogatives plus claires que les médecins coordonnateurs ; dialogue également avec les résidents et leurs familles dont il faut vaincre les résistances au non renouvellement indéfini de tous les médicaments accumulés. En comparaison, le rôle effectif que l'on pourrait attendre d'un pharmacien de ville référent est incertain.

[259] L'expérience (encore isolée) montre qu'une diminution importante du volume de médicaments prescrits est possible – et bénéfique pour le résident selon les pharmaciens et médecins rencontrés par la mission – si une action déterminée et cohérente est engagée avec les professionnels externes et internes, ainsi que les personnes hébergées. Il est vrai que la démarche exemplaire présentée à la mission émane du cadre pharmacien d'une PUI. Il ressort cependant de plusieurs entretiens que la PUI apporte une légitimité et une compétence précieuses dans le dialogue avec les soignants, et constitue un levier d'action très utile pour la maîtrise coût/qualité des soins (cf.3.3.2).

- Prescriptions d'analyses bio-médicales

[260] Si le volume excessif des prescriptions médicamenteuses en EHPAD est une préoccupation importante, certains médecins attirent l'attention sur le trop faible recours aux analyses biomédicales, par exemple pour le repérage de la dénutrition ou de l'insuffisance rénale.

[75] Observatoire des événements iatrogènes médicamenteux à l'accueil des urgences du CHU de Nantes, bilan au 22 juillet 2010.

- Prescription de soins de masseurs-kinésithérapeutes

[261] Quant aux prescriptions de kinésithérapie, l'ensemble des interlocuteurs rencontrés en EHPAD (à l'exception d'un seul établissement) témoignent, d'une part, d'une faible visibilité sur la nature des soins réalisés ou sur la justification de leur renouvellement répété (cf. infra), d'autre part, de prescriptions souvent régularisées a posteriori ; en revanche, en l'absence de risque pour l'état de santé du résident – à la différence des sur-prescriptions médicamenteuses – les équipes de direction des EHPAD ne commencent à étudier de plus près les prescriptions de kinésithérapie qu'à partir du moment où ils assument la dépense correspondante lors d'un passage en tarif global (cf. infra). Dans un petit EHPAD de 33 lits, passé au tarif global au 1er janvier 2010, la directrice, s'inquiétant de la progression rapide des facturations mensuelles des kinésithérapeutes tout au long de l'année, a demandé en fin d'année que soient réexaminées par le médecin coordonnateur et les médecins traitants prescripteurs toutes les prescriptions en cours ; ce travail a conduit à éliminer la moitié des actes, sur un critère d'utilité pour les patients… Au printemps 2011 cependant, nombre de séances supprimées réapparaissent… confirmant la nécessité de procéder de manière récurrente à un tel réexamen.

[262] Les EHPAD ayant opté pour le tarif global et disposant de la taille critique (à partir d'environ 100 lits) prévoient parfois la salarisation d'un mi-temps de kinésithérapeute (inscrite à la convention tripartite) ; toutefois le recrutement se révèle très difficile faute de candidat intéressé. Sur la vingtaine d'établissements visités par la mission, trois seulement ont réussi cette salarisation :

- Un EHPAD en tarif partiel, de 138 lits, s'appuyant sur des relations de long terme construites avec les professionnels de santé libéraux, ayant signé sa première convention tripartite parmi les premiers et donc signé la deuxième convention « au bon moment » avec un PMP fortement revalorisé en 2009 sur la base notamment des soins de kinésithérapie requis ; bien que financé sous le régime du tarif partiel, cet établissement a embauché depuis quelques années un kinésithérapeute à mi-temps ! Ce qui fait dire à son directeur : « *On est à l'aise avec le tarif partiel, et ce d'autant plus que l'on fonctionne quasiment comme en tarif global* »…
- Un EHPAD de très grande taille (400 lits) qui, à la faveur de son passage au tarif global en 2009, a recruté 4,5 ETP de kinésithérapeutes ; la dépense d'honoraires sur ce poste, de 360.000 euros avant le passage au tarif global, a été remplacée par une dépense de 180.000 euros de salaires versés aux kinésithérapeutes recrutés, même si le calibrage de l'équipe est en peu en-dessous de ce qui serait requis ; au-delà de cette contrainte de volume, la possibilité de constituer en interne une véritable équipe coordonnée, disposant d'une salle dédiée, élaborant des projets de soins individualisés et consacrant plus de temps à chaque patient, est considérée comme un gain qualitatif important ;

- Un autre EHPAD de très grande taille (508 lits) en tarif global depuis 2003, poursuivant depuis longtemps une stratégie de salarisation des professionnels de santé (disposant déjà dans le cadre du tarif partiel de médecins salariés, aujourd'hui au nombre de 7), qui emploie 6 masseurs kinésithérapeutes.

[263] Il est à noter que le recrutement d'un mi-temps de kinésithérapeute figure dans la convention tripartite d'un autre établissement en tarif partiel rencontré par la mission, qui, comme le précédent réfléchit activement à l'optimisation coût/qualité de son organisation de soins ; ce poste est pour l'instant non pourvu. Le financement d'un poste de kinésithérapeute sur une dotation de soins partielle est à l'évidence en contradiction avec le périmètre réglementaire de cette dotation ; pourtant il est propice à une meilleure maîtrise quantitative et qualitative des soins dispensés.

[264] À défaut de pouvoir recruter un kinésithérapeute, de nombreux EHPAD embauchent à temps partiel ou à temps complet des ergothérapeutes et psychomotriciens, dont la valeur ajoutée est très appréciée, notamment dans la prévention des chutes des résidents et la prévention des accidents du travail du personnel (bonne utilisation des appareillages de levage et de manipulation des résidents, aménagement des postes de toilette, etc.). Ces recrutements sont surtout le fait d'EHPAD en tarif global mais ils s'observent aussi dans quelques EHPAD en tarif partiel.

3.1.4. Le circuit du médicament (fourniture et dispensation)

[265] L'approvisionnement des EHPAD en médicaments est assuré de trois manières :

- achat des médicaments auprès de plusieurs pharmacies suivant les choix des résidents ;
- achat de médicament auprès d'une seule pharmacie avec laquelle a été négociée la fourniture des médicaments pour l'ensemble des résidents en échange de la préparation des doses à administrer par le pharmacien d'officine à titre gracieux ; de tels contrats soulèvent de fortes résistances et tensions localement (plaintes auprès du Conseil de l'ordre[76], intervention des services de la consommation, de la concurrence et de la répression des fraudes) même si leur mise en place de plus en plus fréquente s'accompagne peu à peu d'une meilleure acceptabilité ;
- approvisionnement par une pharmacie à usage intérieur dédiée à l'établissement si celui-ci est de grande taille, ou partagée avec l'hôpital auquel est resté adossé l'EHPAD lorsque celui-ci a un passé hospitalier, ou partagée avec d'autres EHPAD (éventuellement eux-mêmes adossés à un hôpital) dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire.

[266] Ces trois modalités emportent des conséquences très différentes en termes de :

- coût : coût unitaire du médicament très inférieur dans le cas d'une PUI, y compris pour les médicaments dits coûteux ;
- sécurité des reconditionnements et préparations des doses individuelles : très supérieure dans le cas d'une PUI même lorsque celle-ci ne parvient pas à se conformer parfaitement aux dispositions réglementaires conçues pour les PUI hospitalières (sur la duré de validité des doses reconditionnées par exemple) ;
- adaptation des formes pharmacologiques (cachets, poudre, sirop, etc.) aux besoins des patients résidant en EHPAD : ce travail sur les formes est réalisé par le pharmacien de la PUI dans le cadre de l'élaboration du livret thérapeutique ;
- traçabilité de la prescription, de la fourniture et de la consommation du médicament : très supérieure également dans le cas d'une PUI ;
- réexamen et validation des prescriptions, avec des conséquences importantes sur la maîtrise des volumes et la prévention des risques de iatrogénie médicamenteuse ;
- mobilisation du temps infirmier : accaparé pour une fraction non négligeable (un tiers à un demi ETP pour un établissement de 80 places) par la préparation des doses à administrer ou au contraire redéployé vers une présence et des soins auprès des résidents lorsque cette tâche peut être assumée soit par le pharmacien d'officine, soit par un préparateur en pharmacie exerçant dans le cadre d'une PUI.

[76] Certaines de ces plaintes auprès du Conseil de l'ordre des pharmaciens ont donné lieu à saisine par l'EHPAD du Conseil de la concurrence (devenu Autorité de la concurrence). Exemple de décision: « *L'invitation faite à l'établissement de se fournir auprès des pharmacies de proximité, sur le fondement d'une interprétation inexacte d'une disposition légale, tend à empêcher la recherche légitime, garantie par une autre disposition légale, de produits et services pharmaceutiques par cet établissement au meilleur coût par la mise en concurrence de plusieurs pharmacies* », décision de l'Autorité de la concurrence n°09D17 du 22 avril 2009 « relative à des pratiques mises en œuvre par le conseil régional de l'Ordre des pharmaciens de Basse Normandie ».

Résultats de l'enquête menée en Pays de la Loire par l'ARS et l'association MedQual sur la gestion du médicament en EHPAD (2010)

Informatisation des prescriptions

Si près de 38 % des EHPAD du secteur privé bénéficient d'une informatisation totale des prescriptions, c'est le secteur public qui est déficitaire avec 44 % des établissements qui ne disposent d'aucune informatisation – contre moitié moins dans le secteur privé – et 32 % qui disposent d'une informatisation totale.

La proportion d'EHPAD ayant totalement informatisé les prescriptions augmente avec la capacité des établissements ; ce sont les EHPAD de faible capacité (moins de 45 résidents) qui sont majoritairement non informatisés (64 %) alors que plus de 70 % des EHPAD de moyenne capacité (45 à 99 résidents) sont totalement ou partiellement informatisés.

Fourniture des médicaments

Les EHPAD sont majoritairement approvisionnés en médicaments par des pharmacies d'officine (82 %). Cependant, 28 % des EHPAD publics (seulement 7% des EHPAD privés) se procurent les médicaments auprès d'une Pharmacie à Usage Intérieur (en vigueur notamment dans les EHPAD hospitaliers). Par ailleurs, 15 % des EHPAD approvisionnés par les pharmacies d'officine ont signé une convention avec celles-ci.

Préparation des doses à administrer

86 % des EHPAD réalisent eux-mêmes la préparation des doses à administrer et dans 99 % des cas, cette tâche incombe au personnel infirmier.

L'administration des médicaments

Dans 96 % des EHPAD, les infirmiers participent à l'administration des médicaments aux résidents mais le personnel non soignant y participe également dans 19 % des établissements.

Traçabilité

Dans 70 % des EHPAD, la traçabilité de l'administration des médicaments n'est pas systématique (elle est inexistante dans 40 % des établissements).

Sensibilisation au bon usage des antibiotiques

Les prescripteurs sont considérés comme sensibles au bon usage des antibiotiques chez les personnes âgées dans plus de 75 % des EHPAD mais seulement 8% des établissements ont organisé récemment ou prévoient d'organiser à brève échéance une formation interne sur le sujet.

3.1.5. La composition de l'équipe de nuit

[267] L'organisation la plus fréquente des EHPAD de taille moyenne consiste à affecter la nuit 2 aides-soignantes ou une aide-soignante et un agent de service ; un agent de service supplémentaire peut être affecté si la taille de l'établissement le requiert et si le budget le permet.

[268] La présence d'une infirmière la nuit est rare et le système d'astreinte est peu utilisé.

[269] La mission a rencontré trois fois le cas d'une équipe de nuit comptant une infirmière :

- dans un EHPAD de grande taille (400 lits) récemment passé en tarif global (2009) hébergeant une forte proportion de personnes aux pathologies psychiatriques stabilisées (25% des résidents) ou atteintes de démences (65%) et engagé depuis de nombreuses années (déjà dans le cadre du tarif partiel) dans une logique d'internalisation des

prestations de soins (PUI, 2 médecins gériatres à temps plein partagés entre coordination et consultation) ;
- dans un EHPAD de taille moyenne (82 lits), adossé à un petit hôpital local qui permet la mutualisation d'une infirmière de nuit ;
- dans un EHPAD de 113 lits hébergeant une population âgée au GMP modéré et au PMP faible, attaché au tarif partiel mais bénéficiant d'une dotation relativement généreuse du conseil général sur laquelle est imputée le coût de l'infirmière cadre, libérant ainsi un poste d'IDE sur la section budgétaire de soins.

[270] Dans tous les cas les ratios d'encadrement des EHPAD la nuit n'ont rien à voir avec ceux dont disposent les établissements pour personnes handicapées.

[271] Quelques établissements ont mis en place un protocole de prise en charge des crises la nuit. Mais le plus souvent, si une crise survient pendant la nuit, en l'absence de personnel qualifié susceptible d'y faire face, il est fait appel à SOS médecins ; une grande partie des hospitalisations de nuit est ainsi occasionnée par l'intervention de SOS médecins. Or non seulement ces hospitalisations sont coûteuses pour l'assurance maladie (coût du transport sanitaire et du séjour hospitalier), mais elles ont aussi des lourds effets secondaires sur les personnes âgées concernées qui reviennent dans un état de désorientation et d'agitation aggravé et souffrant d'affections connexes elles aussi aggravées (escarres, dénutrition), d'où résulte une prise en charge plus lourde au retour en EHPAD.

[272] La situation des EHPAD de très grande taille (peu nombreux) est particulière. Ainsi de cet établissement privé à but non lucratif de 508 lits, ayant opté dès 2003 pour le tarif global, et qui emploie aujourd'hui 7 médecins salariés à temps plein, qui assurent une présence le week-end et une astreinte de nuit, cependant que trois infirmières de nuit sont présentes dans l'établissement.

[273] La question de la composition de l'équipe de nuit (et des ressources y afférentes) rejoint une question d'arbitrage entre coût fixe et coût variable au niveau de l'EHPAD ; mais aussi une question de répartition des coûts fixes entre hôpital et EHPAD.

[274] Le lien entre cette organisation nocturne et les hospitalisations injustifiées a été souligné dans plusieurs des entretiens de la mission. La collecte de données objectives sur ce point reste cependant rare et difficile : ce sont les établissements eux-mêmes qui connaissent avec précision le nombre de séjours hospitaliers et le nombre de journées d'hospitalisation induites chaque année ; quant aux coûts de ces hospitalisations, ils n'ont pas encore été identifiés ni analysés à l'échelle d'une caisse ou d'une région.

3.1.6. Les relations avec les institutions sanitaires environnantes

[275] La mise en place de relations, formelles ou informelles, entre les EHPAD et les institutions sanitaires environnantes concerne essentiellement la psychiatrie et les soins palliatifs.

[276] En matière de soins psychiatriques des liens ont été développés par les EHPAD particulièrement confrontés à ce type de pathologies : convention passée avec le centre hospitalier comportant un engagement réciproque d'accueil entre EHPAD et hôpital ; relations établies avec l'équipe mobile de psychiatrie ; intervention occasionnelle de la psychiatrie de secteur (encore le délai de carence de 18 mois est-il un obstacle majeur s'agissant de personnes très âgées dont la durée de moyenne de séjour en EHPAD est inférieure à trois ans) ; mise en place occasionnelle d'hospitalisations à domicile (HAD) pour des prises en charge psychiatriques.

[277] En matière de soins palliatifs, les EHPAD ont parfois recours aux prestations de services associatifs ou hospitaliers.

[278] En dehors de ces domaines, les EHPAD bénéficient, selon les contextes locaux, des prestations d'équipes mobiles de gériatrie hospitalière ou de consultations gériatriques avancées mises en place par certains établissements de santé, mais la place de ces interventions dans l'organisation des soins des EHPAD reste limitée.

[279] De manière générale, les EHPAD recourent très rarement à l'hospitalisation à domicile (HAD), les raisons invoquées étant la lourdeur de mise en place du dispositif, la difficulté des relations entre l'équipe soignante d'HAD et l'équipe de l'EHPAD, et l'impact financier pour ce dernier. Les EHPAD ayant expérimenté l'HAD ne sont pas satisfaits.

[280] L'hospitalisation des personnes résidant en EHPAD passe dans environ 80% des cas par le service d'accueil des urgences de l'hôpital. Les relations avec les services de gériatrie hospitaliers sont peu encadrées en termes de protocoles, au-delà des efforts de communication liés à chaque séjour, efforts qui reposent largement sur le personnel infirmier. On notera à cet égard l'intérêt de l'installation récente de quelques lits de court séjour gériatrique au sein d'un centre hospitalier situé à proximité de plusieurs EHPAD pour éviter le passage aux urgences des patients concernés. De manière générale, des progrès importants sont à réaliser en termes de connaissance mutuelle entre milieu hospitalier et EHPAD : *« L'hôpital ne connaît pas l'EHPAD, il ne sait pas de quels équipements dispose l'EHPAD ou dont il ne dispose pas »*.

[281] Il convient de distinguer la situation des EHPAD adossés à un établissement de santé (CHU, CH, hôpital local), situation qui offre des opportunités très intéressantes de mutualisation de ressources humaines et techniques.

[282] Tel est le cas par exemple d'une direction commune constituée entre un centre hospitalier de 220 lits (intégrant une USLD, un service de SSR ainsi qu'un EHPAD), un hôpital local et un EHPAD de 64 lits, tous situés dans un rayon d'une trentaine de kilomètres, dans une zone semi-rurale. Cette configuration a rendu possible :

- la mise en cohérence des livrets thérapeutiques puis le rattachement des deux EHPAD à la PUI du centre hospitalier de référence, directement ou via la constitution d'un groupement de coopération sanitaire, et ce parallèlement au passage au tarif global ;
- l'intervention de la directrice des soins du centre hospitalier (simultanément directrice de la qualité) sur les trois sites, pour une réflexion commune sur l'organisation des soins et les protocoles de prise en charge ;
- la participation des trois établissements à la commission des soins du centre hospitalier de référence ;
- la mutualisation de certains services de gestion des ressources humaines comme le recrutement ;
- l'émergence d'une mobilité inter sites des personnels ;
- des formations communes autour de la qualité des prises en charge sur l'ensemble de la filière gériatrique ;
- le partage avec l'hôpital de certaines compétences comme celles de diététicienne et d'ergothérapeute ;
- le partage entre les deux EHPAD d'un temps complet de médecin coordonnateur - par ailleurs invité à la commission médicale du centre hospitalier de référence ;
- le projet plus récent de mise en place d'une équipe mobile d'hygiène.

[283] Une autre illustration de l'intérêt d'une mutualisation de ressources est offerte par un EHPAD de 82 lits situé en milieu rural et intégré à un petit hôpital local ; malgré la plus petite échelle de cette configuration, l'EHPAD bénéficie de la présence d'une infirmière de nuit, partagée avec l'hôpital, de l'ensemble des services de la PUI, des discussions en comité du médicament et en CME sur les prescriptions, et même de certains effets indirects de la procédure d'accréditation de l'hôpital local (plusieurs EPP et protocoles concernant aussi les personnels de l'EHPAD, sur le sujet par exemple de la iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée).

[284] De ces 20 études de cas réalisées par la mission, sur la base de visites sur place et d'entretiens approfondis, concernant l'organisation des soins et la qualité des prises en charge dans les EHPAD, il ressort une très grande diversité de situations, résultant d'une combinaison de multiples facteurs . On peut presque considérer chacun établissement comme un cas de figure spécifique. Il importe d'en tenir compte dans le modèle économique qui leur est appliqué, tout en fournissant les bonnes incitations à l'efficience et à la qualité.

3.2. L'effet du tarif global : un levier favorable à une meilleure maîtrise coût-qualité des soins dispensés en EHPAD

[285] Les études de cas réalisées par la mission et les éléments de synthèse recueillis auprès de six ARS montrent que le tarif global de soins fournit aux EHPAD des incitations positives à une meilleure maîtrise coût-qualité des soins dispensés aux résidents. Ces effets demeurent cependant limités par des contraintes pratiques et par le manque de cohérence de la politique de responsabilisation mise en œuvre. Il faut souligner en outre que le choix du tarif global par les EHPAD a été fait, pour nombre d'entre eux, entre 2008 et 2010 (en conséquence de la politique incitative menée par les pouvoirs publics durant cette période) et que l'on dispose donc de peu de recul pour analyser les changements de pratiques professionnelles, qui prennent nécessairement du temps.

[286] Le passage au tarif global au cours des dernières s'inscrit dans différents contextes qui pèsent aussi sur les modalités d'adaptation des établissements :

- établissements publics ou privés à but non lucratif souvent liés à un établissement de santé et disposant généralement d'une PUI ; ou EHPAD issus de la partition d'une USLD dont le financement est, de fait, plus proche du tarif global que du tarif partiel ;
- établissements accueillant une population fortement dépendante (GMP supérieur à 800 conformément aux critères de priorité établis par circulaire) avec ou sans PUI, pensant gagner des marges de manœuvre budgétaires avec le tarif global et ayant souvent déjà réfléchi à une rationalisation des soins ;
- établissements dotés de budgets historiques supérieurs au plafond national désormais retenu, pour qui l'adoption du tarif global facilite la réalisation de la convergence tarifaire ;
- établissements consacrés entièrement à l'hébergement de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (cas peu fréquent) souhaitant, dans le cadre du tarif global, salarier un médecin traitant formé à la prise en charge de cette pathologie ;
- autres établissements, échappant à tous ces cas de figure, parfois de petite taille, qui ont opté pour le tarif global de soins en réponse au discours persuasif de la DDASS et à l'attrait d'un mode de financement réputé apporter des ressources supplémentaires nettes appréciables mais relativement peu préparés et peu avertis des conséquences des nouvelles règles du jeu (en termes de gestion par exemple).

[287] Globalement, les établissements en tarif global sont de plus grande taille en moyenne et disposent beaucoup plus fréquemment d'une PUI que les établissements en tarif partiel.

[288] Selon un directeur général d'ARS, « *ceux qui s'en sortent bien en tarif global sont les établissements bien gérés* » - sans que l'on puisse départager d'ailleurs la cause et l'effet.

[289] Quelques EHPAD ont souligné que le passage au tarif global doit être préparé par une bonne communication auprès des différents acteurs.

[290] Les études de cas réalisées par la mission permettent d'analyser qualitativement les divers effets du passage au tarif global, et les facteurs déterminants.

3.2.1. L'effet direct du tarif global : une sensibilisation immédiate des établissements payeurs à la dépense de soins ; le souci du « juste soin »

[291] Une première observation s'impose : l'adoption du tarif global conduit immédiatement les directeurs d'EHPAD à s'intéresser à la dépense de soins des résidents intégrée dans leur dotation, et fort logiquement aux deux principaux postes : celui des honoraires de kinésithérapeutes, qui représentent environ la moitié des dépenses sur l'ensemble des 4 postes réintégrés (cette proportion variant de 20% à 70% selon les établissements) et celui des honoraires de médecins généralistes, qui en représentent environ 35%.

[292] Les directeurs d'EHPAD récemment passés au tarif global engagent en conséquence rapidement des actions destinées à :

– **Faire cesser certaines pratiques abusives,** comme la facturation d'autant de visites que de consultations au cours d'un même déplacement ou la facturation de séances de kinésithérapie en l'absence de prescription médicale valide. Le ratio du nombre de visites rapporté au volume d'actes semble plus faible dans les EHPAD en tarif global que dans les EHPAD en tarif partiel, au vu de premières observations restant à confirmer à plus grande échelle.

– **Améliorer l'efficience de la dépense** avec un souci de « juste soin », qui passe par le réexamen conjoint par les médecins coordonnateurs et médecins prescripteurs de la justification de certaines prestations (kinésithérapie notamment, ou transports en ambulance) ou par la mise en place de nouvelles modalités économiques comme le paiement au forfait (qui reste rare cependant) : « *Une négociation avec les kinésithérapeutes a été engagée afin de permettre une prise en charge définie selon les besoins du résident. Financièrement, un forfait a été mis en place, qui permettra de diminuer la dépense d'auxiliaires médicaux en 2011 et d'envisager ainsi la création de postes de rééducateurs au sein de l'établissement dans le cadre d'une révision du projet de soin* » (un dirigeant d'EHPAD récemment passé en tarif global).

– **Améliorer le suivi et donc la traçabilité de la dépense de soin** payée par l'établissement : rappels aux intervenants libéraux sur la nécessité de se signaler au bureau des infirmières ou au cadre de santé lors de chaque visite, insistance sur la tenue du dossier de soins du résident, mise à disposition d'un ordinateur portable permettant au médecin de saisir ses diagnostics et prescriptions au lit du résident.

[293] On observe simultanément **une certaine contraction du nombre d'intervenants libéraux** dans les établissements en tarif global (au moins pour la majeure partie de la population hébergée), non que ce soit une politique délibérée des directeurs d'EHPAD concernés mais plutôt sous l'effet du désistement spontané des praticiens refusant les nouvelles règles du jeu (ou saisissant cette occasion pour mettre fin à des visites auxquelles ils ne tenaient pas particulièrement) ou encore, parfois, sous l'effet de la salarisation par l'EHPAD de certains professionnels de santé : « *Le tarif global nous a permis de prendre en charge des résidents plus lourds psychiquement et nécessitant un suivi médical attentif. La dotation globale de soins a en effet permis d'augmenter le temps de travail du médecin coordonnateur, devenu également médecin traitant des résidents qui le souhaitent – choix de la moitié des résidents aujourd'hui. Présent désormais 4 jours sur 5, ce médecin peut suivre réellement ses patients.* » (Un dirigeant d'EHPAD récemment passé au tarif global).

[294] Encore cette observation est-elle à nuancer selon le contexte socio-géographique, urbain ou rural, des EHPAD, qui influence fortement le nombre de professionnels de santé intervenant en EHPAD. En toute hypothèse, pour un effectif de résidents donné, un moindre nombre d'intervenants tend naturellement à faciliter le travail de coordination au sein de l'établissement.

[295] Même un peu réduit, le nombre d'intervenants dans les EHPAD en tarif global reste relativement élevé – une dizaine de médecins libéraux interviennent le plus souvent dans les EHPAD en tarif global, à comparer à un nombre de médecins généralistes intervenant dans les EHPAD en tarif partiel le plus souvent compris entre 20 et 40 – ce qui préserve une liberté de choix aux résidents. Aucun des constats de la mission ne laisse présumer une entrave à l'exercice du libre choix de son médecin par le patient….Le devoir pour tout médecin (ou tout kinésithérapeute) de « respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin » (respectivement son masseur-kinésithérapeute) appartient au code de déontologie de ces professionnels repris dans le code de la santé publique (articles R. 4127-6 et R .4321-57 respectivement). Ce principe n'est cependant pas absolu et la disposition législative dont il découle a prévu ses possibilités d'atténuation ; ainsi l'article L. 1110-8 du code de la santé publique modifié par la loi du 4 mars 2002 dispose :

« *- 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. ».

[296] Le mode d'organisation induit par le tarif global et par l'impératif de coordination des différentes interventions en matière de soins semble bien relever de cette catégorie.

[297] En résumé, le tarif global fournit à l'EHPAD une incitation et une légitimité pour questionner certaines pratiques des professionnels de santé voire définir certaines règles du jeu. Il contribue à établir une relation plus équilibrée entre intervenants libéraux et encadrement médico-administratif.

3.2.2. L'effet indirect du tarif global : le renforcement de l'encadrement en personnel soignant ; la recherche d'une sécurisation des prises en charge médicales quotidiennes

[298] Comme l'a montré l'analyse comparée des coûts pour l'assurance maladie des deux tarifs de soins, global et partiel (cf. partie 2), le passage au régime du tarif global procure aux EHPAD des ressources budgétaires supplémentaires qui dépassent largement les dépenses de soins supplémentaires mises à leur charge (honoraires d'omnipraticiens, de kinésithérapeutes, de radiologie et de biologie) – sauf dans les cas où le passage au tarif global est un moyen de réaliser la convergence tarifaire et s'effectue à dotation inchangée.

[299] Ce gain net est utilisé par tous les EHPAD concernés pour augmenter leur taux d'encadrement en personnel de soins comme le prévoient les conventions tripartites ; si le temps de médecin coordonnateur est très légèrement augmenté et le recours à un ou plusieurs médecins traitants salariés réservé aux très grands établissements, l'augmentation de l'encadrement soignant passe essentiellement par le recrutement d'infirmières et d'aides soignantes ou d'aides médico-psychologiques, et, dans une moindre mesure quantitative, d'autres auxiliaires médicaux comme les ergothérapeutes, psychomotriciens, kinésithérapeutes et pédicures-podologues (avec, pour ces dernières professions, des difficultés à pourvoir les postes créés). « *Pour notre établissement de 62 lits, le passage au tarif global, même s'il s'accompagne d'une charge de travail administratif supplémentaire, présente des bienfaits très importants en termes de prise en charge, grâce à une meilleure coordination des soins et au développement d'un véritable projet de rééducation et de préservation de l'autonomie. L'intervention de nos rééducateurs salariés (psychomotricien et ergothérapeute) en complément des kinésithérapeutes libéraux permet d'offrir des soins adaptés aux besoins des résidents et d'optimiser la dépense* ».

[300] La présence de médecins traitants salariés dans un EHPAD est rare ; elle concerne de très grands établissements (plusieurs centaines de lits) et certaines situations particulières (comme les établissements du Centre d'action sociale de la Ville de Paris par exemple). Elle est pourtant jugée souhaitable par de nombreux dirigeants d'établissements. À tel point que ceux qui, pour des raisons de taille critique, ne peuvent envisager cette configuration expriment le souhait que le médecin coordonnateur disposant d'une qualification en gériatrie puisse, à défaut d'exercer aussi comme médecin traitant, avoir un droit de prescription minimal.

[301] Les IDE constituent une ressource humaine précieuse pour la coordination des soins et des intervenants extérieurs, pour la fonction de vigilance, la mise en place de bonnes pratiques et la promotion de la qualité des soins, cependant que les AS et AMP ont une qualification et un rôle qui répondent bien à la problématique d'une prise en charge médico-sociale au sein d'établissements qui restent des substituts de domicile et qui font une place au projet de vie individuel à côté des soins médicaux. La demande de renforcement des effectifs de soins émanent des dirigeants d'EHPAD porte prioritairement sur les aides-soignantes.

[302] Il faut noter que la règle de partage du financement des postes d'AS et d'AMP entre assurance maladie (pour 70%) et conseil général (pour 30%) entrave les recrutements rendus possibles par le tarif global, lorsque le conseil général ne souhaite pas augmenter à due concurrence sa contribution. Cette asymétrie d'engagement a conduit, localement et dans quelques cas, à négocier dans les conventions tripartites une prise en charge intégrale sur la section soins de postes supplémentaires d'AS et AMP. L'arrangement inverse (prise en charge intégrale par le conseil général) existe également.

[303] Ce renforcement de taux d'encadrement des EHPAD en personnel de soins (paramédical plus que médical), qui théoriquement relève de la procédure d'évaluation des soins requis à l'aide du référentiel Pathos et non du tarif global – à supposer que celui-ci ait été calibré sur la base de coûts objectivés – revient à internaliser davantage les soins de santé courants induits par l'état de grande dépendance, de grande vulnérabilité et de polypathologie des personnes entrant aujourd'hui en EHPAD et, ce faisant, contribue à sécuriser le fonctionnement quotidien de ces établissements (de jour et, dans une moindre mesure, de nuit). Ce qui fait dire à plusieurs interlocuteurs de la mission que le tarif global « *va dans le sens de l'histoire* » des établissements prenant en charge la dépendance – aujourd'hui et demain, la grande dépendance.

[304] Compte tenu de l'évolution rapide de l'âge, de l'état de santé et du degré de dépendance de la population entrant en EHPAD, on entrevoit déjà les limites d'une « médicalisation » qui se traduit par la présence d'aides-soignantes beaucoup plus que par celle de médecins et plus rarement encore par celle de gériatres (omnipraticiens ou gériatres salariés caractérisant les très grands établissements, de plusieurs centaines de places).

[305] Le renforcement du taux d'encadrement en personnels soignants et l'internalisation accrue des soins sont donc probablement des tendances durables à moyen ou long terme, rapprochant les EHPAD des établissements de santé ou tout au moins accentuant la logique institutionnelle de l'organisation des soins – et relativisant par conséquent, dans ce domaine, la pertinence de la notion de domicile de substitution. La médicalisation croissante des EHPAD emporte aussi d'autres conséquences, concernant notamment la taille critique des établissements et le développement de la mutualisation de certaines ressources de santé.

3.2.3. Des effets qui rencontrent des limites et ne remettent pour l'instant pas en cause les modalités de rémunération des professionnels de santé

[306] Si le passage d'un EHPAD en tarif global met en mouvement, pour ainsi dire, l'organisation interne des soins et incite l'encadrement des EHPAD à lutter contre les pratiques abusives, l'incidence globale du tarif global rencontre néanmoins de fortes limites :

- lenteur des progrès en matière de tenue du dossier informatisé du résident ; difficulté particulière à améliorer la traçabilité des soins de kinésithérapie et à obtenir les bilans de soins dans ce domaine ;
- lourdeur de la charge de gestion des facturations et de suivi/contrôle de la réalité des actes effectués dans les petits établissements ; le passage au tarif global se révèle ainsi très lourd pour le personnel administratif et infirmier d'un EHPAD de 30 ou 40 places, même motivé ;
- maintien d'un noyau dur quasiment intouché : le mode de rémunération des professionnels de santé libéraux, qui reste un paiement à l'acte fondé sur les tarifs conventionnels sauf quelques cas exceptionnels de paiement au forfait dont la mission n'a eu connaissance qu'indirectement. Dans les régions (région parisienne par exemple) ou les grandes villes où les honoraires libres et droits à dépassements sont fréquents, ceux-ci posent des problèmes spécifiques aux établissements en tarif global.

[307] L'évolution du mode de rémunération des professionnels de santé libéraux par les EHPAD dans le cade de leur dotation globale de soins souffre d'ailleurs des ambigüités et des silences de la réglementation en vigueur.

[308] L'article L. 314-12 du code de la famille et de l'aide sociale prévoit que le contrat portant sur les conditions d'exercice des professionnels de santé libéraux en EHPAD, qui doit être conclu entre ces deux parties, « *peut porter sur des modes de rémunération particuliers autres que le paiement à l'acte* ». Toutefois, le décret du 30 décembre 2010 pris en application de cette disposition, complété par l'arrêté du même jour portant contrat-type, n'aborde pas le sujet des modes de rémunération.

[309] L'opportunité de modalités de paiement négociées, différentes du paiement à l'acte, est certes ambiguë mais mériterait une analyse juridique et économique approfondie : d'un côté, une telle négociation paraît cohérente avec la logique de responsabilisation des dirigeants d'EHPAD dans le cadre du tarif global et pourrait conduire à des accords prix-volumes raisonnables pour l'assurance maladie ; d'un autre côté, une relation financière ainsi négociée éloignerait probablement cette activité du champ de « l'activité conventionnelle » retenu pour la prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé libéraux par les caisses d'assurance maladie, ce qui renchérirait le tarif à payer par les EHPAD – sauf à envisager une nouvelle disposition législative élargissant la base de calcul des cotisations prise en charge par l'assurance maladie (article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale).

[310] La place des médecins à honoraires libres ou pratiquant les dépassements d'honoraires dans certaines villes ou régions pose un autre problème aux établissements en tarif global.

[311] On observe à Paris notamment un écart particulièrement important entre dépense facturée et base de remboursement : la dépense facturée sur les postes d'omnipraticiens et de radiologie y dépasse respectivement de 18% et de 9% la base de remboursement (soit un supplément respectivement de 25% et 18% par rapport au montant remboursé). Sur l'ensemble des 4 postes différentiels, le montant facturé à Paris dépasse de 3,5% la base de remboursement, et de 8,4% le montant remboursé. Cela situe l'enjeu financier s'agissant du problème des dépassements d'honoraires pour les EHPAD en tarif global.

[312] Le plus souvent les EHPAD en tarif global rémunèrent les professionnels à honoraires libres sur la base des tarifs conventionnels (en prenant à leur charge le ticket modérateur et le forfait de 1 euro, comme dans les autres régions) en laissant les résidents payer les dépassements. Cette condition est inscrite au contrat de séjour des résidents, amendé en conséquence, comme l'illustre cette stipulation : « *L'EHPAD ne prend pas en charge les dépassements d'honoraires, quelle que soit l'option conventionnelle du praticien. Si de tels dépassements devaient être facturés au résident, l'établissement n'en fera pas l'avance et laissera le résident intervenir auprès de sa mutuelle, par le biais de la quittance établie par le médecin à chacune de ses interventions. Cette quittance sera accompagnée d'un courrier informant la mutuelle des modalités de prise en charge par le tarif global.* » Au sein des groupes d'établissements, notamment des groupes privés à but lucratif, des consignes sont ainsi transmises auprès des établissements du groupe afin d'unifier les pratiques et de conforter la position des dirigeants d'établissements face aux professionnels de santé et aux familles des résidents. Certains groupes ont par ailleurs engagé des discussions avec les organismes complémentaires d'assurance maladie pour permettre la couverte de ces dépassements auprès des résidents. La gestion de ce problème, dans le silence des textes réglementaires et des autorités de tutelle, par des dirigeants d'EHPAD isolés est naturellement plus délicate.

[313] Enfin, d'autres limitations pesant sur la mise en place du tarif global et sur le déploiement de sa logique de responsabilisation tiennent aux ambigüités ou incohérences du cadre de régulation, s'agissant par exemple du traitement (peu incitatif) des excédents réalisés par les EHPAD sur leur dotation de soins, ou de la souplesse de gestion (très inégale selon les départements et les régions) laissée aux établissements en matière de recrutement et de redéploiement éventuel des effectifs de soins (cf. *infra*, partie 4).

3.2.4. L'effet du tarif global sur les hospitalisations : un enjeu déterminant

[314] L'hospitalisation des personnes résidant en EHPAD est particulièrement peu documentée. La dispersion de l'information à cet égard est un réel obstacle à toute étude médico-économique des parcours de soins : les CPAM ont accès à certaines informations quantitatives sur l'activité des cliniques mais ne reçoivent l'information équivalente sur le secteur public qu'avec retard ; les données de coûts issues du PMSI ne sont pas encore disponibles au niveau des CPAM et leur mise à disposition prévue prochainement s'accompagnerait d'un délai empêchant tout chaînage avec les dépenses de soins de ville. Ce sont les EHPAD qui détiennent l'information « fraîche » relative aux séjours hospitaliers de leurs résidents ainsi qu'aux autres soins dispensés à leurs résidents.

[315] Dans ce contexte, la mission s'est penchée sur les hospitalisations des résidents de l'échantillon d'EHPAD visités, mais les résultats ne sont pas significatifs faute d'échantillon de taille suffisante, faute de recul suffisant vis-à-vis des EHPAD récemment passés au tarif global, et faute de capacité à discriminer entre les divers facteurs susceptibles d'influer sur les hospitalisations.

[316] Tout au moins peut-on préciser les principaux motifs d'hospitalisation : pneumopathies, rééquilibrage d'un diabète, troubles cardiaques, accident vasculaire cérébral, chimiothérapie, détresse respiratoire, fractures, chirurgie, bilan-diagnostic lié à la dégradation de l'état général, changement de sonde, transfusion, psychiatrie (séjours répétés d'un petit nombre de personnes).

[317] La mission a par ailleurs exploité les résultats de l'enquête EHPA réalisée par la DREES et l'INSEE sur l'année 2007 (l'enquête portant sur l'année 2009 est en cours d'exploitation). Les hospitalisations survenues en 2007 de résidents d'EHPAD font apparaître que :

- la proportion de l'effectif des EHPAD concernée par une hospitalisation est légèrement plus faible dans les EHPAD sous tarif global que dans les EHPAD sous tarif partiel (38% contre 42%) ;

- mais la durée moyenne d'hospitalisation des résidents hospitalisés est plus longue dans le premier cas que dans le second (22 jours contre 17) ;
- au total, le nombre de journées d'hospitalisation[77] rapporté à l'effectif hébergé est légèrement plus élevé dans le cadre du tarif global que dans le cadre du tarif global (un peu plus de 8 journées contre 7).

[318] Les statistiques portant sur l'ensemble des EHPAD intègrent cependant un effet structure lié au statut des établissements :

- les hospitalisations en provenance d'EHPAD publics ou privés non lucratifs concernent une moindre proportion de leurs résidents (38% contre 44% dans les établissements privés lucratifs)…
- mais elles durent plus longtemps pour les patients issus d'EHPAD publics (22 jours par résident hospitalisé, contre 16 jours en moyenne pour les patients issus d'EHPAD privés lucratifs ou non) ;
- ce qui conduit à un nombre de journées d'hospitalisation rapporté à l'effectif hébergé plus élevé dans les EHPAD publics (8,5 jours en moyenne) que dans les EHPAD privés non lucratifs (6,4 jours) ou lucratifs (7 jours en moyenne).

[319] Si l'on s'intéresse aux seuls EHPAD publics, en distinguant leur mode tarifaire, l'effet de ciseau entre fréquence et durée des hospitalisations apparaît nettement : moindre fréquence mais plus longue durée des hospitalisations dans le cadre du tarif global par rapport au tarif partiel. Les deux phénomènes se compensent presque parfaitement en termes de journées d'hospitalisation rapportées à l'effectif total des établissements (cf. tableau suivant).

Tableau 16 : Hospitalisation de résidents d'EHPAD publics en 2007, selon le mode tarifaire de l'EHPAD :

Mode tarifaire	Nombre de journées d'hospitalisation	Nombre de personnes hospitalisées		Durée annuelle d'hospitalisation par résident hospitalisé	Nombre de journées d'hospitalisation / Effectif total des EHPAD	Effectif total des EHPAD
		Effectif	Part de l'effectif total des EHPAD			
Tarif de soins global	1 139 871	47 812	35,1%	24 jours	8,37	136 108
Tarif de soins partiel	1 034 771	55 197	44,4%	19 jours	8,33	124 250

Source : Source : DREES, enquête EHPA 2007.

[320] L'explication de cet effet de ciseau n'est pas simple, faute de données médico-économiques plus précises. On ne peut qu'émettre des hypothèses qui mériteraient d'être testées et validées sur un large échantillon en tenant compte des caractéristiques des populations concernées. Ainsi, le recours plus fréquent à l'hôpital, pour des plus courts séjours, dans le contexte du tarif partiel pourrait refléter le recours plus fréquent aux examens de radiologie ou le recours plus fréquent à l'hôpital pour des besoins de diagnostics ou de soins en conséquence d'un moindre encadrement médical et paramédical au sein de l'EHPAD.

[77] Précisons que l'EHPAD perd sur son budget d'hébergement les journées correspondant aux séjours hospitaliers.

[321] Un séjour hospitalier se révèle généralement très perturbateur pour les résidents d'EHPAD dont le degré de désorientation, les problèmes d'escarres et de dénutrition, ainsi que la perte d'autonomie sont aggravés à l'issue de ces séjours[78], les établissements de santé disposant rarement des conditions de prise en charge adaptées à cette population très âgée, aux multiples pathologies. Les retours d'hospitalisation sont toujours délicats à gérer pour les équipes des EHPAD, davantage encore lorsqu'ils s'effectuent le vendredi ou la nuit. Limiter autant que possible le recours aux hospitalisations et les allers-retours trop fréquents est donc un objectif pour de nombreux EHPAD.

[322] À cet égard, un moindre recours à l'hôpital présente un double avantage : à l'économie immédiate pour l'assurance maladie s'ajoute l'intérêt d'éviter l'alourdissement de la prise en charge consécutif à l'hospitalisation. Une étude spécifique et récente menée dans l'Essonne (cf. 2.6.2) montre l'avantage du tarif global sur ce point.

3.2.5. La question du rationnement des soins et de la sélection à l'entrée

[323] Le rationnement des soins et la sélection à l'entrée sont régulièrement cités comme des effets possibles redoutés du tarif global de soins.

[324] La mission n'a pas eu connaissance de stratégies délibérées de sélection à l'entrée induites par le mode tarifaire.

[325] En revanche, la plupart des EHPAD, *quel que soit leur mode tarifaire*, procèdent à une « admission maîtrisée » ou raisonnablement sélective : recherche d'un GMP et d'un PMP accrus pour contribuer à réaliser la convergence tarifaire, recherche au contraire d'un GMP à peu près inchangé pour préserver un équilibre social et un certain niveau d'animation au sein de la population accueillie, souci de ne pas faire baisser brutalement un PMP qui pourrait faire baisser la dotation de soins, attention portée à la capacité du personnel à prendre en charge tel ou tel profil de résidents en termes de pathologies, etc. Cette « admission maîtrisée » repose sur l'examen du dossier de tout nouveau candidat par le médecin coordonnateur et le cadre de santé de l'EHPAD.

[326] Le refus d'admission lié à l'état de santé d'un résident et à la contrainte budgétaire de l'établissement existe ponctuellement mais est *aujourd'hui* marginal : cas d'un EHPAD passé en tarif global en 2009 dont la dotation de soins été calculée sur la base d'un PMP fortement sous-estimé (130 au lieu de 230 validé deux ans plus tard, fin 2010) qui témoigne de son impossibilité à accueillir désormais des personnes nécessitant une gastrostomie, lesquelles pouvaient être admises auparavant dans le cadre du tarif partiel ; cas d'un autre établissement, rapporté par une ARS, qui, depuis son passage au tarif global, devient plus réticent à accepter des personnes nécessitant des bilans biologiques répétés, des soins de rééducation importants ou des équipements spécifiques comme la mise sous oxygène.

[327] L'admission de personnes âgées dépendantes atteintes d'obésité suscite par ailleurs des inquiétudes et hésitations de la part de quelques établissements. D'autres EHPAD témoignent au contraire du fait que la présence, grâce au tarif global, de professionnels de santé plus qualifiés et plus nombreux permet d'envisager l'admission de personnes nécessitant des soins plus lourds que dans le passé.

[328] Les contraintes à l'admission peuvent s'exercer davantage au niveau des médicaments requis par un candidat, lorsque l'EHPAD assume la dépense pharmaceutique sur sa dotation de soins (fourniture des médicaments par la PUI) : la mission se fait l'écho des inquiétudes des dirigeants d'EHPAD concernant certains médicaments très coûteux (chimiothérapie médicamenteuse, traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge, trithérapies).

[78] Etude « PLEIAD » du Gérontopole de Toulouse sur les transferts entre EHPAD et hôpital (2009-2010).

[329] Difficile à caractériser aujourd'hui, le risque de sélection à l'entrée doit donc être suivi par les ARS dans les années à venir.

[330] Lorsqu'un diagnostic entraînant un traitement particulièrement lourd en termes infirmiers ou pharmaceutiques survient en cours de séjour, c'est la question du rationnement des soins qui se pose. Plusieurs établissements et ARS ont mis en avant la difficulté de procéder aux dialyses péritonéales en EHPAD en raison de la trop lourde charge en soins infirmiers ; bien que, selon les termes de l'article R. 314-168 du code de l'action sociale et des familles, « *les séjours et interventions de services de suppléance aux insuffisants rénaux et respiratoires chroniques* » soient exclus des charges imputables sur la dotation de soins de l'EHPAD et donc remboursés aux résidents comme soins de ville selon le droit commun, les pratiques de plusieurs CPAM refusaient l'application de cette disposition aux cas de dialyse péritonéale, provoquant généralement le transfert en centre de dialyse plus coûteux pour l'assurance maladie… jusqu'à ce qu'une nouvelle instruction de la CNAMTS, en avril 2011, clarifie et unifie les pratiques en faveur du remboursement direct aux résidents.

[331] Le risque de rationnement des soins a été jusqu'à présent limité par l'augmentation récente importante des dotations de soins des EHPAD et par l'apport de crédits non reconductibles susceptibles d'absorber un surcoût temporaire. Néanmoins, si la contrainte budgétaire des EHPAD en tarif global doit se renforcer, ce sujet doit être suivi attentivement à moyen terme. Il s'agit non seulement de respecter les droits de chaque résident à recevoir les soins dont il a besoin mais aussi d'assurer l'efficience globale de la dépense d'assurance maladie en évitant le report des soins sur d'autres structures beaucoup plus coûteuses et plus contraignantes pour les personnes (court ou long séjour hospitalier, soins de suite et de réadaptation…).

[332] Si le risque de rationnement des soins est extrêmement limité pour l'instant, nombre d'EHPAD ayant opté pour le tarif global cherchent en revanche à *rationaliser* leurs dépenses de soins, en particulier les prescriptions de médicaments (lorsque l'approvisionnement relève d'une PUI) et de kinésithérapie, mais aussi, parfois, les transports sanitaires, bien que ceux-ci ne soient pas imputés sur la dotation de soins de l'établissement. « *Rationnement, non. Rationalisation, oui, en commençant par une juste codification des actes de kinésithérapie : mettre AMS 6 – correspondant à une séance de 20 minutes – au lieu de AMS 9,5 – correspondant à 30 minutes – lorsqu'il s'agit uniquement d'un accompagnement bref à la marche* » (un dirigeant d'EHPAD récemment passé au tarif global).

[333] D'autres EHPAD exigent, pour prendre en charge une consultation médicale, que celle-ci ait été sollicitée par l'établissement (et non par le résident directement ou sa famille) ; une telle disposition est alors insérée dans le contrat de séjour du résident. Des logiques de groupe s'appliquent à cet égard[79].

[334] Les modalités et l'étendue de la rationalisation des soins opérée par les EHPAD à moyen terme doivent être suivies ; elles dépendront à la fois :

- de l'évolution des dotations budgétaires et des « soins requis » par les populations accueillies,
- des incitations à l'efficience fournies aux établissements,
- de la clarté et de la précision des règles relatives au périmètre des différents tarifs,
- enfin, du développement de l'évaluation de la qualité de prestation dans les EHPAD (ce qui suppose déjà que ce sujet soit mieux appréhendé dans les conventions tripartites).

[79] Ainsi, le contrat de séjour du résident, au sein d'un groupe d'EHPAD privés à but lucratif, stipule que : L'établissement prend en charge sur sa dotation les consultations du médecin spécialiste en médecine générale ou en gériatrie - ayant signé le contrat type prévu par le décret du 30 décembre 2010 ou n'ayant pas signé cet contrat mais imposé par le résident ou sa famille ou intervenant dans le cadre de l'urgence, « *à partir du moment où, pour tous ces cas de figure, le médecin est sollicité par l'établissement. Si le médecin est contacté par le résident ou sa famille, la consultation n'est pas prise en charge sur la dotation de l'établissement* ».

3.3. L'émergence de bonnes pratiques permet d'identifier les facteurs d'une bonne maîtrise des soins dispensés en EHPAD

[335] La partie 3.1. a amplement illustré la diversité des modalités d'organisation des soins dispensés en EHPAD et la diversité des efforts de maîtrise de ceux-ci en termes de coût et de qualité. La partie 3.2. a cerné les effets favorables du tarif global à cet égard mais aussi leurs limites.

[336] Ces deux parties soulignent aussi l'émergence de bonnes pratiques de soins dans les EHPAD, lesquelles ne sont pas l'apanage de l'un ou l'autre des deux modes tarifaires. Il est vrai que les équipes médicales et administratives des EHPAD, progressivement plus étoffées et plus qualifiées, témoignent d'un intérêt croissant pour l'utilisation de références professionnelles et le déploiement des bonnes pratiques.

[337] De manière synthétique, et sans revenir sur les études de cas précédemment évoquées, la mission retient les facteurs suivants comme des facteurs déterminants dans la bonne maîtrise coût/qualité des soins dispensés en EHPAD.

3.3.1. Une organisation solide des soins paramédicaux y compris de nuit

[338] L'organisation solide des soins paramédicaux exige avant tout un cadre infirmier impliqué et une équipe d'IDE stable. Le cadre de santé apparaît en effet comme le pilier de l'organisation des soins en EHPAD, à la fois à travers la supervision, l'animation et la formation des équipes de l'établissement en interne, et à travers les relations quotidiennes avec les professionnels de santé extérieurs. La présence d'un membre de l'équipe infirmière aux côtés du médecin traitant libéral est précieuse pour la bonne transmission réciproque des informations relatives aux soins des résidents.

[339] Une organisation solide des soins paramédicaux dépend aussi de la structure de qualification du personnel recruté : les AS/AMP et ergothérapeutes répondent bien aux besoins de soins préventifs et curatifs des résidents en EHPAD et à la nature médico-sociale de l'institution, mais leur recrutement suppose de surmonter les désaccords issus parfois du partage de financement entre assurance maladie et conseils généraux (pour les AS et AMP), de laisser aux EHPAD des possibilités de redéploiements des postes supplémentaires prévus dans les conventions tripartites (donc de ne pas interpréter de manière rigide les tableaux des effectifs et de tendre vers des fourchettes par catégorie de personnel soignant plutôt que des valeurs cibles impératives qui méconnaissent tant les éventuelles difficultés de recrutement que la logique de responsabilisation sous-jacente au tarif global).

[340] L'existence d'une équipe de nuit suffisamment qualifiée, comptant sur la présence ou l'astreinte d'une infirmière de nuit, semble être également une composante essentielle d'une organisation soucieuse d'éviter les hospitalisations injustifiées. Si cette configuration apparaît comme un « luxe » rare parmi les EHPAD aujourd'hui, il convient d'exploiter davantage les possibilités de mutualisation de ressources humaines ainsi que celles des technologies de l'information et de la communication en santé (télémédecine) ; cette deuxième voie est peu explorée jusqu'à présent dans l'organisation des soins des EHPAD, cependant que la première est le privilège des EHPAD adossés à un établissement de santé, avec des bénéfices marqués en termes de souplesse de fonctionnement et de niveau d'encadrement.

[341] Il convient de rappeler qu'une expérimentation menée par la CNSA est en cours concernant l'impact d'une présence d'infirmière de nuit, en lien plus particulièrement avec les soins palliatifs.

3.3.2. Un circuit du médicament sécurisé, de préférence fondé sur une pharmacie à usage intérieur (PUI)

[342] L'existence ou non d'une PUI est théoriquement indépendante de l'option tarifaire retenue par l'EHPAD pour sa dotation de soins. Toutefois, on observe que l'existence d'une PUI est beaucoup plus souvent associée au tarif global qu'au tarif partiel[80]. Il y a des raisons historiques et pratiques à cela :

- Du côté des raisons historiques on rappellera que les EHPAD issus d'une partition d'USLD ou liés à un établissement de santé, sont plus familiers d'une tarification par dotation globale et sont de fait surreprésentés dans cette option ; or ils disposent presque systématiquement d'une PUI ;
- Plus fondamentalement, la gestion d'un budget de médicaments comporte des risques importants de dépassement si sont engagés en cours d'année de nouveaux traitements très coûteux pour quelques résidents ou si une nouvelle molécule coûteuse est mise sur le marché ; à cet égard la gestion d'une dotation globale de soins offre un « espace budgétaire » relativement large permettant d'absorber d'éventuels dépassements conjoncturels sur le poste pharmaceutique, surface budgétaire que n'offre pas le tarif partiel ;
- Cet « espace budgétaire » est également nécessaire, dans les conditions tarifaires actuelles, pour amortir les frais fixes de la PUI, à travers les économies qu'elle induit sur l'ensemble des soins de ville, comme la mission l'a montré en partie 2.5.4.
- Enfin, l'existence d'une PUI suppose une taille critique (en dehors des cas de coopération entre établissements), qui s'accompagne souvent du choix du tarif global.

[343] La place du médicament dans la prise en charge des personnes âgées en EHPAD présente des enjeux majeurs : d'une part, la dépense de médicament représente en moyenne 40% des remboursements de soins de ville dispensés en EHPAD sans PUI en tarif partiel (avec une forte variance selon les établissements) et 60% des remboursements de soins de ville dans les EHPAD sans PUI en tarif global ; d'autre part, les phénomènes de iatrogénie médicamenteuse sont à l'origine d'une proportion importante de chutes de ces personnes, engendrant de graves pertes fonctionnelles et des hospitalisations toujours compliquées à gérer pour les personnels et très perturbatrices pour les personnes âgées concernées (dont la perte d'autonomie, le degré de désorientation et les problèmes de dénutrition et d'escarres sont souvent aggravés à l'issue d'un séjour hospitalier).

[344] Or les bénéfices d'une PUI apparaissent importants en termes de maîtrise de la prescription pharmaceutique et de sécurisation du circuit du médicament, en raison de plusieurs facteurs humains et techniques qui lui sont associés :

- présence (souvent à temps partiel sauf dans les très grands établissements) d'un(e) pharmacien(ne), dont la légitimité et le positionnement lui permettent de discuter des prescriptions pharmaceutiques avec les médecins traitants plus facilement que ne peuvent le faire la plupart des médecins coordonnateurs ;
- présence d'un (ou de plusieurs dans les grands établissements) préparateur(s) en pharmacie qui gère(nt) et suive(nt) les commandes, assure(nt) la traçabilité des approvisionnements et prépare(nt) les piluliers, libérant ainsi du temps précieux d'infirmier ;
- livret thérapeutique, régulièrement mis à jour et susceptibles de faire une place importante aux génériques ;
- logiciel d'aide à la prescription, qui renforce la mise en œuvre du livret thérapeutique, offre aux médecins traitants des informations et des alertes quant aux interactions potentiellement dangereuses entre médicaments, et assure à l'EHPAD une traçabilité des prescriptions ;

[80] Au 31 décembre 2010, 67% des places d'EHPAD financées selon le tarif global sont associées à une PUI, contre 8% parmi les établissements financés selon le tarif partiel.

- centrale d'achat qui permet à l'EHPAD de bénéficier de prix inférieurs pour les médicaments et petits matériels médicaux (cathéters, pansements, seringues, …) ;
- reconditionnement du médicament qui permet d'éviter les gaspillages ; cela suppose toutefois un investissement que toutes les PUI – pas plus que toutes les officines– ne sont en mesure d'assumer ;
- dispensation nominative individuelle, qui renforce la sécurité de l'administration du médicament.

[345] Au total, la PUI permet des volumes de consommation de médicaments réduits, des interactions mieux maîtrisées, des conditionnements mieux adaptés, une prise du traitement mieux suivie, ainsi qu'une optimisation de l'emploi du temps des équipes infirmières.

Expérience du rattachement d'un EHPAD de taille moyenne à une PUI hospitalière : bilan de la première année de fonctionnement

L'expérience portée par le chef du pôle pharmacie-hygiène-stérilisation du centre hospitalier d'Ancenis (Pays de la Loire) consistant à confier à la PUI hospitalière l'approvisionnement en médicament de l'EHPAD de 64 lits rattaché (comptablement) à cet établissement, à l'occasion de son passage au tarif global, illustre bien les constats partagés par nombre d'établissements disposant d'une PUI. Démarré en mars 2009 et opérationnel au 1er janvier 2010, ce projet a fait l'objet, à l'issue d'une année complète de fonctionnement, d'une évaluation détaillée, très positive.

Cette évaluation souligne les résultats suivants :

- **Une forte diminution du volume des prescriptions :**

Cette diminution des volumes porte en particulier sur les inhibiteurs de la pompe à protons, les antalgiques, les médicaments indiqués contre la constipation et les hypnotiques – arrêt progressif de ces derniers pour plusieurs patients, avec explication, accompagnement et traitements doux de substitution.

Elle a été obtenue par la validation pharmaceutique de toutes les ordonnances et l'utilisation d'un logiciel simple (à l'usage duquel ont été formés les médecins traitants), par un temps d'échange et d'explication de la pharmacienne avec les résidents de l'EHPAD et les médecins, enfin par l'application imposée du livret thérapeutique. L'informatisation des prescriptions était un élément indispensable au projet. 45% des ordonnances ont ainsi été modifiées à la suite d'observations pharmaceutiques.

Encore cette inflexion des prescriptions laisse-t-elle subsister, à l'issue d'une première année : 61% d'ordonnances comportant des benzodiazépines (10% avec 2 benzodiazépines différentes), 35% des ordonnances comportant des psychotropes (6% des ordonnances comportant 2 ou 3 psychotropes différents), 34% des ordonnances comportant des « Médicaments Potentiellement Inappropriés chez les Personnes Agées » (hypnotiques à dose entière, benzodiazépines à demi-vie longue notamment). En moyenne, en fin de première année, les 64 résidents consomment sept « Dénominations Communes Internationales » par ordonnance.

- **Des économies importantes :**

Le bilan financier de cette expérience fait apparaître un coût moyen en médicament par patient de 0,87 € par jour (328 € par an) qui inclut la prise en charge de deux traitements coûteux pour dégénérescence maculaire. Si on intègre le coût du préparateur (partagé avec une unité de « soins médico-techniques importants » -SMTI- de 33 lits), le coût semi-complet du nouveau dispositif ressort à 514 € par patient par an ; si l'EHPAD assumait seul le coût du préparateur, ce coût ressortirait à 610 € par patient par an, montant qui reste sensiblement inférieur à la dépense de

médicament remboursée pour une personne en EHPAD en tarif partiel sans PUI (près de 1 000 € par personne). Ce calcul n'intègre pas le coût de la pharmacienne ni les frais de structure propres à la PUI hospitalière, qui a progressivement étendu ses prestations à deux EHPAD, une USLD-SMTI et un SSR. L'intérêt d'une mutualisation des charges fixes dans ce domaine est évident.

Le projet d'extension des prestations de cette PUI à un deuxième EHPAD, aujourd'hui approvisionné par les pharmacies d'officine, a conduit à comparer, sous le contrôle du cadre de santé de l'EHPAD, les coûts de prescription pharmaceutiques sur deux mois sur la base des ordonnances en vigueur (non revalidées et non corrigées) : le seul différentiel de prix entre la PUI et la pharmacie d'officine, avant toute action sur les volumes, conduirait à une économie de 60% : le coût moyen journalier des médicaments par résident serait de 1,06 € au lieu de 2,68 € en ville.

- **Une meilleure sécurité du circuit du médicament :**

Les validations pharmaceutiques, les prescriptions informatisées avec appui d'un logiciel, les contrôles aléatoires des piluliers, la traçabilité des approvisionnements comme des préparations individuelles et la généralisation des conditionnements unitaires selon les normes professionnelles permettent de réels progrès en termes de sécurité du circuit du médicament.

- **Un intérêt souligné pour le personnel soignant :**

Le personnel soignant de l'EHPAD concerné, particulièrement le personnel infirmier, a fait part de sa satisfaction, liée à l'amélioration de ses conditions de travail (moindre exposition au sang, moindre risque d'erreur, moindres gaspillages) et à la possibilité de redéployer le temps de préparation des piluliers vers des tâches plus riches en termes de soins auprès des résidents.

Le circuit du médicament dans un EHPAD de taille moyenne sans PUI

- **La prescription médicamenteuse :**

À l'occasion de la consultation, chaque médecin rédige la prescription nécessaire en utilisant son ordonnancier. Il la remet à l'infirmière présente, ou à défaut, il la laisse dans le bureau médical. L'ordonnance sera retranscrite dans le dossier du patient.

- **La délivrance :**

La prescription médicamenteuse est transmise au plus tôt à l'officine libérale installée sur la commune. La livraison est assurée dans la journée par un de ses préparateurs. La délivrance du traitement est individuelle.

- **La préparation des traitements médicamenteux :**

L'infirmière de l'EHPAD prépare pour l'ensemble des résidents les piluliers pour une semaine. Les traitements sous forme buvable sont préparés quotidiennement. Les traitements sont mis à disposition des résidents avec leur repas. Le temps infirmier consacré au circuit du médicament est évalué à 3h/jour incluant les contacts avec les prescripteurs, la gestion des ordonnances, les relations avec la pharmacie de ville, la préparation et vérification des traitements et la gestion des stocks de l'armoire à pharmacie.

- **Défauts de la situation actuelle :**

L'organisation est consommatrice de temps pour l'équipe infirmière, le manque de lisibilité des prescriptions est source d'erreurs et la gestion de la pharmacie s'accompagne de surstocks considérables selon l'évolution des prescriptions.

- **Evolution envisagée :**

L'établissement envisage de passer en dotation globale avec une PUI dont les bénéfices se

retrouvent tant au niveau de la sécurisation du circuit du médicament que de l'emploi du temps de l'équipe infirmière. Cette organisation est à même de simplifier les pratiques et de diminuer les risques d'erreur. L'informatisation apparaît à cette occasion comme une opportunité à saisir. L'évolution envisagée permettra de « *recentrer les missions de l'équipe infirmière sur l'accompagnement des résidents* » et « *d'impulser une nouvelle dynamique autour de la prise en charge médicamenteuse, questionnant les bénéfices et limites des médicaments dispensés en quantité et en qualité* ».

« Qui fait quoi ? » dans le recours à une PUI pour l'approvisionnement et la dispensation pharmaceutiques en EHPAD

Médecin :

- Prescrit sur le logiciel en prenant en compte le livret thérapeutique
- Prend connaissance des opinions pharmaceutiques qui peuvent lui être adressées

IDE :

- Contrôle les médicaments préparés par la PUI avant administration
- Prépare certaines formes de médicaments, au moment de l'administration (gouttes, injectables…)
- Administre les médicaments
- Gère l'armoire à pharmacie du service
- Assure la propreté des piluliers

Préparateur :

- Prépare les piluliers
- Passe les commandes de médicaments
- Réceptionne, contrôle et range ces commandes
- Gère les dotations de l'armoire à pharmacie du service
- Est en relation quotidienne avec les IDE
- Gère les prescriptions ponctuelles

Pharmacien :

- Analyse toutes les prescriptions au jour le jour
- Rédige les opinions pharmaceutiques
- Contacte les prescripteurs pour les éventuelles interactions et pour les médicaments hors livret (nombreux dans un premier temps)
- Effectue les substitutions en fonction du livret thérapeutique
- Assure le contrôle de la préparation au sein de la PUI.

[346] Par ailleurs, au-delà des effets propres au médicament, la PUI semble avoir un effet modérateur sur d'autres postes de soins de ville : sur les honoraires d'omnipraticiens, de spécialistes, de kinésithérapeutes et sur les dispositifs médicaux. Cet effet modérateur sur les remboursements est certes effacé par la dotation de soins versée à l'établissement, l'écart de dotation renchérissant finalement le coût complet pour l'assurance maladie ; on a vu néanmoins que ce surcoût relève d'autres facteurs extérieurs à la problématique de la PUI et n'invalide pas la dynamique positive de la PUI en termes d'efficience et de qualité des soins. L'effet de celle-ci sur le recours aux hospitalisations, probable, reste enfin à documenter et à mesurer.

3.3.3. Des facteurs structurels importants : informatisation du dossier du résident et taille de l'EHPAD

[347] Il se déduit logiquement des paragraphes qui précèdent que l'informatisation du dossier de soins du résident contribue fortement à l'amélioration de l'efficience et de la qualité des soins en EHPAD. Notons que la facilité à effectuer cette informatisation dépend en partie de l'ancienneté et de la structure bâtie des bâtiments. Par ailleurs, les EHPAD devraient bénéficier du déploiement du dossier médical personnel conçu comme outil de coordination entre professionnels de santé pour un ensemble sélectif d'informations, qui ne reflètent pas la totalité de la production de soins.

[348] La taille de l'établissement est aussi un facteur clé de son organisation. Les opinions au sein des établissements et des ARS divergent quant à l'existence d'une taille critique pour les EHPAD et quant à son niveau éventuel. On constate à l'échelle nationale que, fin 2010, la capacité moyenne des EHPAD en tarif global est de 103 places contre 72 pour les EHPAD en tarif partiel. La capacité moyenne des EHPAD disposant d'une PUI est de 114 places, contre une capacité moyenne de 72 places parmi les EHPAD sans PUI. Dans les régions qu'elle a visitées, la mission a observé des tailles moyennes plus élevées pour le tarif global, de l'ordre de120 places.

[349] Ce palier de 100-120 places reflète les capacités et charges de gestion liées au tarif global de soins. Quant à la PUI, ses frais de structure ne peuvent être supportés que par un EHPAD dépassant ce seuil, sauf à développer – ce que soutient la mission – des coopérations entre établissements (sanitaires ou médico-sociaux) permettant de mutualiser les frais fixes et de maximiser les effets d'échelle. S'agissant d'un EHPAD en tarif partiel, le seuil de 60-70 places ressort comme une référence pour que soient entrepris certains investissements, en termes d'informatisation ou de formation par exemple.

[350] Au total, les effets régulateurs du tarif global portent essentiellement sur la cessation de pratiques abusives, une relative contraction du nombre des intervenants, une amélioration de l'efficience de la dépense de soins, qui reste cependant liée à des facteurs clé tels que la taille de l'établissement et l'informatisation des dossiers de soins. La mise en œuvre du tarif global ne fait pas apparaître aujourd'hui de rationnement des soins ou de biais de sélection dans les admissions de résidents. La mission insiste, s'agissant des facteurs d'une bonne maîtrise qualitative des soins, sur l'intérêt des PUI pour l'optimisation des prescriptions pharmaceutiques et sur la présence d'une infirmière de nuit pour la prévention des hospitalisations de nuit.

4. UNE REGULATION MEDICO-ECONOMIQUE INEXISTANTE

[351] La construction complexe et les oscillations de la réglementation tarifaire sont paradoxalement le reflet de l'absence de véritable régulation d'ensemble – financière, structurelle, médicale – du secteur des soins en EHPAD.

[352] Cela est d'autant plus regrettable que le mouvement de conventionnement tripartite avait généré une dynamique positive tournée vers la modernisation des établissements et l'amélioration de la qualité des soins. Des ressources supplémentaires importantes ont été accordées au secteur depuis une dizaine d'années pour permettre une mise à niveau – justifiée – des conditions de prise en charge des résidents. Cette conjoncture budgétaire particulière aurait pu – aurait dû – être l'occasion de faire évoluer davantage les modalités de régulation et de suivi des soins dispensés en EHPAD.

4.1. Des systèmes d'information balbutiants

[353] Les informations relatives aux coûts et à l'activité de soins dispensés en EHPAD sont dispersées.

4.1.1. L'absence de rapprochement des informations détenues par les ARS et par les CPAM : une habitude qui prive ces acteurs des moyens d'accomplir pleinement leurs missions respectives

[354] Les informations dont disposent les CPAM sont issues de sa fonction de liquidation ; les informations dont disposent les ARS sont liées à leur fonction d'allocation de ressources aux EHPAD[81] ; de leur coté, les EHPAD sont les seuls à disposer d'une connaissance fine des soins payés sur leur budget propre. Ces informations ne font pas système : elles ne sont ni rapprochées[82] ni consolidées ni exploitées en commun à des fins d'analyse médico-économique.

[355] D'ailleurs, l'attention portée par l'assurance maladie à ce sujet est récente. Encore s'est-elle surtout attachée depuis trois ans à mener des campagnes de détection et de récupération d'indus, sans développer un suivi systématique des dépenses de soins en EHPAD, ni une analyse de leurs déterminants. Quelques CPAM, plus avancées que d'autres en matière de traitement statistique et d'analyse médico-économique, essaient aujourd'hui de produire des profils comparés de dépenses en EHPAD, conçus comme outil de dialogue et de gestion du risque avec les établissements, qui semblent d'ailleurs montrer un réel intérêt pour ce type d'éclairage (cf. annexe 4).

---

[81] Les informations relatives aux remboursements de soins de ville aux résidents sont détenues par les CPAM. Les ARS, quant à elles, détiennent (au niveau du siège ou au niveau des délégations territoriales, selon le degré de déconcentration retenu en matière de tarification par chaque ARS) les informations relatives au mode tarifaire des établissements, à l'existence ou non d'une PUI, au PMP et au GMP, aux montants des dotations reconductibles et aux crédits non reconductibles, aux effectifs de personnels de soins salariés par l'établissement, enfin aux résultats de la section budgétaire de soins. Les EHPAD disposent enfin du détail de l'emploi de leur dotation de soins.

[82] Si l'ARS transmet généralement les conventions tripartites aux caisses pivots, celles-ci doivent ressaisir les données qui y sont contenues, source de retards et d'erreurs, quand ce travail est réalisé, ce qui n'est pas toujours le cas, on le comprend. En procédant elle-même à ces rapprochements pour quelques caisses et ARS, la mission a repéré de nombreuses discordances entre fichiers de la CPAM et fichiers de l'ARS concernant le statut tarifaire des EHPAD (plusieurs EHPAD en tarif global enregistrés en tarif partiel dans le fichier CPAM sur la période récente marquée par des changements d'option accélérés), l'existence d'une PUI (quelques PUI non enregistrées dans le fichier CPAM), le montant de la dotation de soins (avec les confusions que suscitent l'intégration des crédits non reconductibles), ainsi que l'historique des valeurs des PMP.

[356] Désormais, la gestion du risque est une mission conjointe des CPAM et des ARS, qui rend impératif un rapprochement systématique de leurs données. Telle est la logique qui a déjà présidé à l'ouverture par la loi du SNIIRAM aux ARS – avec certes en pratique des limites fortes.

4.1.2. Les pertes d'information induites, dans le contexte actuel, par le tarif global

[357] Le tarif global pose, en termes de collecte d'information, un problème particulier. Ces établissements connaissent de manière exclusive les modalités de recours aux professionnels de santé, qu'ils soient libéraux payés à l'acte[83] ou salariés. Dans le premier cas, il serait utile d'essayer d'exploiter la carte vitale pour réaliser un transfert d'information dissocié de la procédure de remboursement, comme c'est le cas depuis peu de temps pour les consultations externes de l'hôpital. Un tel flux « pour information » assurerait à l'assurance maladie la connaissance des actes effectués en EHPAD et des professionnels libéraux y intervenant ; il faciliterait aussi le calcul de l'assiette des cotisations sociales prises en charge pour les professionnels libéraux concernés. Dans le second cas, les comptes administratifs devraient permettre d'identifier facilement et précisément les dépenses et les effectifs relatifs aux différents professionnels de santé – ce qui est loin d'être le cas aujourd'hui.

4.1.3. Les difficultés du chaînage ville-hôpital pour la population hébergée en EHPAD

[358] Enfin, le chaînage ville-hôpital, qui se développe rapidement pour la population générale, demeure très problématique s'agissant de la population hébergée en EHPAD. On rappellera en effet que l'appariement entre ces données n'est possible qu'à l'échelon national de l'assurance maladie, alors que la production d'une liste nationale des résidents en EHPAD (version V3 de l'outil testé par la CPAM de Paris) n'est envisagée qu'à un horizon éloigné.

[359] Au total, aucun des trois acteurs – CPAM, ARS, EHPAD – ne dispose aujourd'hui de la totalité de l'information nécessaire à la connaissance complète des coûts et de l'activité de soins en EHPAD. Cette consolidation est indispensable à l'évaluation globale de l'efficience des organisations de soins, enjeu commun à la régulation de l'enveloppe de soins de ville, de l'enveloppe hospitalière et de l'enveloppe médico-sociale. Elle est aussi indispensable pour renseigner la grille d'analyse de l'efficience en EHPAD proposée par la CNSA et le tableau de bord qui devrait en résulter (cf. annexe 13) ; il s'agit là d'outils intéressants pour l'objectivation et la comparaison des conditions de fonctionnement des EHPAD.

4.2. Un cadre rigide et peu incitatif

4.2.1. Les rigidités pesant sur les recrutements de personnels : une limite à la responsabilisation des EHPAD dans la gestion de leur budget de soins

[360] La première source de rigidité concerne le tableau détaillé des effectifs figurant dans la convention tripartite. Si la logique du tarif global consiste à considérer cette répartition fine des effectifs ETP par profession de santé comme indicative – pour laisser aux établissements une certaine souplesse de gestion et de redéploiement éventuel (en cas de difficulté de recrutement sur tel ou tel poste par exemple) – certaines ARS ou délégations territoriales demandent une stricte conformité des établissements à la répartition arrêtée.

[83] Les professionnels de santé libéraux intervenant en EHPAD dans un cadre négocié dérogatoire au paiement à l'acte (forfait notamment) restent extrêmement rares.

[361] Une autre source de rigidité réside dans le cofinancement entre assurance maladie et conseils généraux des postes d'aides soignantes et d'aides médico-psychologiques (financement à hauteur de 70% et 30% des charges respectivement). Dans ce contexte, lorsqu'un EHPAD dégage, sur sa dotation de soins, les ressources qui lui permettraient de recruter quelques aides-soignants supplémentaires – lesquels jouent un rôle clé dans le fonctionnement quotidien des soins au sein des EHPAD – la concrétisation de ces recrutements dépend de la contrainte budgétaire du conseil général, facteur parfaitement exogène à la gestion de l'établissement.

[362] Dans ce contexte, il arrive que des arrangements précaires soient adoptés pour permettre le renouvellement d'une convention tripartite, tels que le financement d'aides soignantes supplémentaires à 100% sur la dotation de l'assurance maladie (section budgétaire « soins ») ou à 100% sur les ressources du conseil général (section budgétaire « hébergement »).

4.2.2. Les contraintes budgétaires conjuguées de l'assurance maladie et des départements

[363] Le renouvellement des conventions tripartites, surtout quand il s'accompagne d'augmentation de dotations substantielles liées à l'adoption de la tarification au GMPS ou du tarif global, est tributaire des contraintes budgétaires conjuguées de l'assurance maladie et des conseils généraux.

[364] En 2011, la suspension des renouvellements est décidée par l'État au vu de la forte progression des dépenses d'assurance maladie. Les engagements pour les conventions en cours étant tout juste financés, les conventions tripartites arrivées à échéance en 2010 et 2011 sont pour la plupart en attente de renouvellement. En Aquitaine, par exemple, 180 EHPAD (sur 452 autorisés) fonctionnent sans convention tripartite à jour début 2011, dont 17 conventions signées par l'établissement et le conseil général mais pas par l'ARS.

[365] Il arrive également que la convention tripartite ait été signée par la DDASS ou l'ARS mais mise en attente par le conseil général. La mission a rencontré ainsi le cas d'un EHPAD dont la convention arrivait à échéance fin 2009, dont le renouvellement (avec demande de passage au tarif global) a été différé par le conseil général en 2010 puis différé par l'ARS en 2011 (alors que le conseil général était cette fois disposé à s'engager)…

4.2.3. Un manque de dialogue avec les établissements

[366] La régionalisation des compétences tarifaires du secteur médico-social dans le cadre des ARS et l'attrait d'un calcul mécanique des dotations de soins ont conduit à restreindre considérablement le dialogue budgétaire avec les EHPAD, dialogue aujourd'hui cantonné au renouvellement des conventions tripartites et à la mise en place d'unités de prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (pôles d'activités et de soins adaptés -PASA- et unités d'hébergement renforcées -UHR).

[367] Simultanément, l'appréciation de la qualité de service dans les EHPAD reste sous-développée dans la négociation et dans le suivi des conventions tripartites, lesquelles traitent beaucoup plus de moyens que de résultats – même si quelques ARS s'efforcent d'insérer des objectifs de qualité de prise en charge dans une convention-type négociée avec le conseil général.

4.2.4. La question non résolue du partage des gains d'efficience entre établissements et assurance maladie

[368] Les cadres des ARS et de leurs délégations territoriales rencontrés par la mission ont des avis divergents sur la question de savoir à qui appartiennent les éventuels excédents réalisés sur la section budgétaire de soins d'un EHPAD. Dans la logique du tarif global, les excédents dégagés par l'EHPAD devraient pouvoir être conservés au sein de la section soins sauf à recalculer la base budgétaire si celle-ci s'avère structurellement sur calibrée.

[369] En toute hypothèse, un compromis doit être trouvé qui préserve les incitations de l'EHPAD à gérer sa dotation de soins de manière efficiente. À cet égard, l'instruction contenue dans la circulaire budgétaire 2011[84], qui demande aux ARS de rechercher un « *équilibre entre les reprises de déficits et les reprises d'excédents* » dans un objectif de respect de la dotation régionale limitative, n'est pas satisfaisante.

[370] Cette même circulaire prévoit certes que « *les reprises d'excédents devront être appréciées structure par structure afin de ne pas mettre un frein à la logique de provisionnement menée par vos services, issue des besoins spécifiques des établissements et services* » mais cette nuance est plutôt source d'ambiguïté et pèsera probablement peu face à l'objectif de respect de la dotation régionale limitative. Là aussi manque un modèle économique cohérent et durable pour la régulation du secteur.

4.2.5. Des cloisonnements multiples

[371] Les problématiques du recours aux hospitalisations, de la permanence des soins de ville, de la télémédecine, de la mise en réseau des établissements et de la mutualisation de certaines ressources humaines et techniques rejoignent la recherche d'efficience et de qualité des soins dispensés en EHPAD.

[372] En dépit de la création des ARS, l'articulation entre secteurs sanitaire et médico-social au niveau régional et infra-régional reste très faible. Le manque de fongibilité des sous-enveloppes sanitaires et médico-sociales reste criant. Cela reflète un même manque d'articulation au niveau national et surtout le morcellement extrême des institutions impliquées dans la régulation des EHPAD (DSS / DGCS / CNP / CNSA / CNAMTS au niveau national, ARS, CPAM et conseils généraux au niveau territorial), cloisonnements renforcés par la rigidité de l'affectation des ressources financières nationales à chaque catégorie d'établissements et de populations bénéficiaires.

[373] La poursuite du déploiement du tarif global dans les EHPAD – dont les effets bénéfiques, *en dynamique*, ont été exposés précédemment – suppose, d'une part, un abondement des ressources de la CNSA (partiellement par transfert de l'enveloppe de soins de ville) et, d'autre part, une sécurisation de la dépense pour l'assurance maladie (éviter les doubles paiements, assurer une connaissance de la nature des dépenses payées par les établissements). Cette sécurisation de la dépense passe par une sérieuse amélioration du système d'information dans ce domaine, mais cela ne suffit pas. Un accord entre CNSA et assurance maladie (ou entre ARS et représentant régional de l'assurance maladie pour la gestion du risque) pourrait préciser les modalités pratiques et sécurisantes de mise en œuvre du tarif global (dotation plafond non automatique, reporting, etc.) ; quelques ARS seraient volontaires pour expérimenter ce mode opératoire dans le cadre d'un réaménagement des modalités d'application du tarif global.

[84] Circulaire interministérielle N°DGCS/5C/DSS/1A/2011/160 du 29 avril 2011

4.3. Les soins dispensés en EHPAD, entre logique institutionnelle et logique libérale

4.3.1. La montée en puissance de la logique institutionnelle

[374] Les EHPAD sont des structures hybrides entre le monde hospitalier, dont ils tendent à se rapprocher avec l'alourdissement des pathologies dont souffrent leurs résidents, et le monde hôtelier représenté par les maisons de retraites non médicalisées (ou EHPA, non soumis à autorisation des ARS).

[375] L'EHPAD, considéré comme un substitut de domicile, offre un espace d'intervention aux professionnels de santé libéraux. Toutefois, l'intégration progressive d'un périmètre croissant de dépenses dans le budget de soins géré par l'EHPAD (évolution engagée par l'intégration des soins infirmiers, poursuivie avec l'option du tarif global et de la PUI) et l'intensité croissante des soins dispensés aux résidents font des EHPAD non plus seulement des lieux de consultation pour les professionnels de santé libéraux mais aussi des « plateformes » de soins, combinant intervenants extérieurs et professionnels salariés. Ce faisant, la logique institutionnelle prend de plus en plus d'importance et fait nécessairement peser des contraintes sur des acteurs libéraux peu préparés à celles-ci.

[376] L'EHPAD comme « domicile de substitution » est donc une notion qui, aujourd'hui et plus encore demain, a plus de sens en termes de droits des personnes (droit de recevoir des visites, droit d'aller et venir lorsque le degré d'autonomie de la personne le permet, respect de la vie privée, etc.) qu'en termes d'organisation de l'accès aux soins[85]. L'état de santé de plus en plus dégradé des personnes âgées à leur entrée en EHPAD, la multiplicité des leurs pathologies et leur niveau de dépendance de plus en plus élevé obligent à des compromis par rapport à la logique libérale de l'accès aux soins.

[377] Cette tension est peu explicitée et ce sont finalement les dirigeants d'EHPAD qui doivent la gérer, dans les silences ou les ambigüités de la législation à cet égard. La possibilité de négocier des modes de rémunération des professionnels de santé libéraux alternatifs au paiement à l'acte (prévue à l'article L. 314-12 du code de l'action sociale et des familles mais dont l'application reste incertaine en l'absence de décrets d'application), les aménagements au principe du libre choix du médecin ou du kinésithérapeute (également prévus par l'article 1110-8 du code de la santé publique) sont quelques-unes des questions qui se posent aux établissements.

[378] L'hybridation de deux logiques dans l'organisation actuelle de l'accès aux soins en EHPAD explique les difficultés rencontrées dans la mise en place d'un « contrat de coordination » avec les professionnels de santé libéraux, et les incertitudes entourant la prise en charge des cotisations sociales de ces derniers.

[85] Cf. Cour d'appel d'Angers, chambre sociale, 21 juin 2011, affaire n°10/01924 : le fait que la maison de retraite puisse être le domicile de la personne âgée au sens de l'article 102 du code civil est donc sans incidence quant à l'application de l'article L. 241-10- I, II, III et III bis du code de la sécurité sociale ; la notion de domicile est contingente.

4.3.2. Un contrat de coordination contesté

[379] Les directeurs d'établissement ont dû également, durant ce premier semestre 2011, gérer la tension née du décret[86] n° 2010-1731 du 30 décembre 2010, qui prévoit que les médecins-traitants des résidents doivent (quelle que soit l'option tarifaire de l'EHPAD) signer un « contrat de coordination » (contrat-type annexé à l'arrêté du 30 décembre 2010[87]). Une circulaire[88] adressée aux ARS sur le sujet précise que, « *compte tenu de la très grande sensibilité des représentants des EHPAD et des professionnels de santé libéraux, ainsi que des ordres vis-à-vis de ce sujet, il vous est demandé la plus grande précaution dans votre communication. Il est fortement conseillé de vous en tenir strictement aux contrats de coordination, sans évoquer des problématiques connexes polémiques (rémunération ou option tarifaire notamment)* ». Reconnaissons aussi que la non signature[89] éventuelle de ce contrat est dépourvue de sanction. Il semble en outre que la prise en charge par l'assurance maladie des soins dispensés en EHPAD soit indépendante de l'observation de cette obligation.

[380] La résolution de ces contradictions par les dirigeants d'EHPAD est encore compliquée par l'existence de contentieux sur le sujet (recours déposés devant le Conseil d'État par le Conseil national de l'ordre des médecins et le Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes demandant l'annulation du décret précité). Une question prioritaire de constitutionnalité a été écartée[90] : le Conseil national de l'ordre des médecins soutenait en effet que le principe du libre choix par le malade de son médecin revêtait un caractère constitutionnel méconnu par les articles L. 314-12 et L. 314-13 du code de l'action sociale et des familles ; le Conseil d'État a, contre l'avis du rapporteur public (cf. conclusions en annexe n°15), refusé de transmettre cette question au juge constitutionnel en l'estimant ni nouvelle ni sérieuse. Les recours n'ont en revanche pas encore été jugés au fond.

4.3.3. La question de la prise en charge par l'assurance maladie des cotisations sociales des professionnels de santé libéraux intervenant en EHPAD

[381] Une autre incertitude, majeure pour les professionnels de santé libéraux, concerne la qualification de leurs actes au sein d'un EHPAD en tarif global au regard de la notion « d'activité conventionnée » qui aujourd'hui sert de base à la prise en charge d'une partie de leurs cotisations sociales par les caisses d'assurance maladie.

---

[86] 6° du V de l'article D. 311 du code de l'action sociale et des familles : le contrat de séjour comporte « *la mention de l'obligation, pour les professionnels de santé libéraux appelés à intervenir au sein de l'établissement, de conclure avec ce dernier le contrat prévu à l'article R. 313-30-1.*
La liste des professionnels ayant conclu un contrat est mise à jour et tenue, à titre d'information, à la disposition des personnes accueillies ou de leurs représentants légaux. Toute personne accueillie dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes peut demander que cette liste soit complétée par la mention d'un professionnel de santé appelé par elle à intervenir dans l'établissement et ayant signé le contrat prévu ci-dessus. ».

[87] Arrêté du 30 décembre 2010 (JO du 31 décembre 2010) fixant les modèles de contrats types devant être signés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

[88] Circulaire DSS/MCGR n° 2011-96 du 11 mars 2011 relative à la mise en place du suivi du déploiement des contrats de coordination des professionnels de santé libéraux intervenant en EHPAD.

[89] Mi 2011, une première estimation par la DSS du taux de signature le situait autour de 20% parmi les médecins libéraux et parmi les masseurs kinésithérapeutes ; ce qui correspond probablement à des taux de couverture des résidents plus élevés puisque les professionnels traitant un grand nombre de résidents ont été plus impliqués dans la démarche.

[90] Cf. Conseil d'État, 20 mai 2011, n° 347 098.

[382] L'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale dispose que ce sont les « honoraires conventionnés » qui constituent l'assiette des cotisations prises en charge[91], et renvoie aux conventions nationales conclues entre l'assurance maladie et les professions concernées le soin d'en préciser les conditions : « *la ou les conventions fixent l'assiette et le niveau de cette participation et les modalités de sa modulation, notamment en fonction du lieu d'installation ou d'exercice ; elles fixent également les modalités de calcul et de répartition entre régimes de cette participation* ». Le périmètre de l'activité conventionnée doit notamment être précisé, ses limites implicites devenant plus difficiles à saisir dans le contexte d'une diversification des lieux d'intervention et des modes de rémunération des médecins libéraux ; est en particulier posée la question de l'assimilation à l'activité conventionnée des actes effectués dans les EHPAD en tarif global rémunérant donc à ce titre les praticiens.

[383] Or, alors que la convention nationale infirmière précise le champ de l'activité conventionnée[92], il n'en va pas de même, de la convention médicale, qu'il s'agisse de celle de 2005 ou de la nouvelle convention signée le 26 juillet 2011. Pourtant, la loi Fourcade[93] du 10 août 2011 a étendu l'obligation desdites conventions de préciser les conditions de prise en charge des cotisations « *dues par les professionnels de santé au titre de leurs honoraires* ***ou de leurs revenus tirés des activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut leur rémunération****, en application des articles L. 242-11 [cotisations d'allocations familiales], L. 645-2 [régimes de prestations complémentaires de vieillesse] et L. 722-4 [régimes maladie, maternité et décès] »* .

[384] La nouvelle convention médicale signée le 26 juillet 2011 traite du sujet en son article 60 sans toutefois lever les incertitudes existantes puisqu'elle se borne à rappeler que la prise en charge des cotisations « *est assise sur les honoraires perçus dans le cadre de l'exercice libéral effectué dans le cadre de la présente convention à l'exclusion des dépassements* » ; si elle inclut « *à titre dérogatoire* » les forfaits versés aux médecins libéraux par les établissements de santé privés, elle est silencieuse sur le traitement des rémunérations versées par les EHPAD en tarif global.

[385] En l'absence de définition juridique claire de la notion d'activité conventionnée servant de base à la prise en charge des cotisations sociales des praticiens libéraux, on peut se référer à l'interprétation des URSSAF, qui distingue selon le lieu où sont dispensés les soins : ainsi les soins dispensés par un praticien libéral dans un établissement, quelle que soit sa nature, sont réputés extérieurs à l'activité conventionnée (cf. annexe n°14).

[91] Les taux de prise en charge par les régimes d'assurance maladie sont indiqués en annexe n°14.
[92] La convention nationale infirmière écarte explicitement de son champ l'activité en établissement de soins et en centre de santé (cf. arrêté du 18 juillet 2007, modifié par arrêté du 17 octobre 2008).
[93] Loi n°2011-940 du 10 août 2011, modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

[386] La position de la CNAMTS, telle qu'elle a été formulée à propos des infirmières intervenant en SSIAD, retient comme critère principal l'existence d'une *négociation* entre la structure de soins et le praticien sur les modalités (notamment financières) *de leur collaboration* : « *Les relations entre SSIAD et infirmières libérales sont régies […] par des contrats de droit privé. Ces contrats font couramment appel à la […] NGAP*[94]*, un outil tarifaire adapté à l'exercice libéral et à ses spécificités, pour établir une échelle de rémunérations des actes infirmiers. Il n'en demeure pas moins que les modalités de rémunération des infirmières libérales par les SSIAD sont déterminées* ***contractuellement****, après une* ***négociation*** *entre deux personnes privées sur les conditions de leur collaboration professionnelle. Cette rémunération ne saurait être considérée comme entrant dans la convention nationale organisant les rapports entre les infirmières libérales et l'assurance maladie. En conséquence, la rémunération des infirmières libérales intervenant en SSIAD ne rentre pas dans le champ d'application du régime des PAMC*[95]*, ce type de rémunération doit être déclaré au Régime Social des Indépendants* »[96].

[387] Sur la base de ces différentes interprétations, on peut proposer la lecture suivante :

- la situation des professionnels libéraux intervenant dans un EHPAD en tarif partiel apparaît logiquement rattachable à une activité conventionnée, telle que l'entend habituellement l'assurance maladie ; l'usage de la carte vitale et des procédures usuelles de remboursement le confirme ;

- en revanche, la situation de ceux qui interviennent dans un EHPAD en tarif global apparaît ambiguë :

    - dans l'hypothèse (très majoritaire) d'un paiement à l'acte selon les honoraires conventionnels, la continuité avec l'activité conventionnée demeure forte…sous réserve que la signature du contrat de coordination avec l'établissement ne soit pas assimilée à une négociation – il faut reconnaître à cet égard que le contenu dudit contrat est bien peu négocié (aux termes mêmes de l'arrêté du 30 décembre 2010 fixant contrat-type et de la circulaire l'accompagnant[97]). Si la disposition insérée dans la loi Fourcade (« *Sont présumés ne pas être liés par un contrat de travail avec l'établissement, les professionnels intervenant dans les conditions prévues [à l'article L. 314-12 du code de l'action sociale et des familles*]») suffit à écarter la requalification des prestations de soins extérieures en activité salariée, on se demande si elle suffit à assurer le caractère libéral <u>*et*</u> conventionné de ces actes lorsqu'ils sont effectués dans les EHPAD en tarif global. La convention médicale devrait trancher ce point.

    - Dans l'hypothèse de rémunérations autres que le paiement à l'acte, ou d'une véritable négociation des modalités d'intervention du professionnel de santé, ces actes pourraient ne pas être qualifiés d'activité conventionnée.

[94] Nomenclature générale des actes professionnels.
[95] Praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés.
[96] Extrait du courrier du directeur général de la CNAMTS du 6 février 2009 à la FEHAP, relatif au cas des infirmiers libéraux intervenant en SSIAD. Cf. Position de la FEHAP sur le projet de réforme de la tarification des SSIAD, 30 novembre 2009.
[97] « *Le contrat-type doit être repris à la lettre pour éviter toute requalification des contrats de coordination en contrats de travail.* » Cf. circulaire DSS/MCGR n° 2011-96 du 11 mars 2011 relative à la mise en place des contrats de coordination des professionnels de santé libéraux intervenant en EHPAD.

[388] Ces incertitudes à la fois juridiques et financières pèsent lourdement sur les acteurs du secteur – EHPAD et professionnels de santé libéraux ; il importe de les lever au plus vite. Il semble souhaitable d'éviter de traiter différemment les mêmes actes d'un même professionnel selon le mode de financement de l'établissement dans lequel il intervient. Aussi la mission est-elle favorable à ce que, lorsque l'intervenant libéral exerce dans le cadre des tarifs conventionnels, son activité soit considéré comme conventionnée et ouvre droit à la prise en charge des cotisations sociales par les régimes d'assurance maladie. Cela suppose naturellement que ceux-ci aient connaissance de l'activité libérale effectuée en EHPAD quelle que soit l'option tarifaire retenue. Pour ce faire, l'utilisation de la carte Vitale pour transmettre cette information indépendamment de la liquidation est une voie à explorer.

4.4. Un manque de clarté des règles du jeu économiques

[389] La responsabilisation des acteurs dépend largement de la clarté et de la stabilité des règles du jeu économiques. Or celles-ci font défaut en matière de financement des soins en EHPAD et une demande en ce sens s'exprime fortement parmi les établissements et les ARS : « *L'incapacité aujourd'hui à répondre et à s'engager est catastrophique* » (un directeur général d'ARS). La convergence tarifaire ne saurait constituer le seul mode de régulation du financement des soins en EHPAD.

4.4.1. Les incertitudes entourant l'exercice de l'option tarifaire

[390] Les atermoiements concernant les modalités de gestion du médicament dans les EHPAD en offrent une illustration.

[391] Si le tarif global a séduit nombre d'établissements par les marges de manœuvre budgétaires qu'il offrait et par sa cohérence avec l'éventuel projet d'internaliser la gestion du médicament sous la forme d'une PUI, les conditions d'exercice de cette option n'en restent pas moins incertaines :

- la volonté – ou la capacité – des CPAM de fournir les informations demandées par les EHPAD relatives aux consommations de soins de leurs résidents s'est révélée variable ;

- la notion de capacité prise en compte dans le calcul de la dotation de soins se révèle floue, oscillant entre la capacité *installée* et la capacité *effectivement utilisée* ;

- le traitement des honoraires libres par les EHPAD en tarif global dans les zones où ceux-ci sont fréquemment pratiqués ;

- il en va de même des possibilités concrètes pour les EHPAD en tarif global de négocier avec les professionnels de santé libéraux des modalités de paiement alternatives au paiement à l'acte (ouverte par la loi[98] mais non précisée par voie réglementaire) ; les conséquences qu'auraient de telles modalités sur le statut du professionnel et de ses rémunérations du point de vue de l'assurance maladie constituent une incertitude majeure ;

- on rappellera enfin combien est incertaine l'application des règles de prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé libéraux à l'activité réalisée dans les EHPAD, en particulier ceux en tarif global.

[392] La suspension de l'option globale en 2011 ajoute naturellement à ce contexte et à ces attentes de clarifications.

[98] Cf. article L. 314-12 du code de l'action sociale et des familles.

[393] Plus fondamentalement, c'est le modèle économique sous-jacent au financement des soins en EHPAD qui est ambigu.

4.4.2. Les ambiguïtés du modèle économique appliqué aux EHPAD

[394] Le financement des soins dispensés en EHPAD provient, comme on le sait, de deux sources :

- un remboursement de consommations individuelles de soins suivant une logique de guichet sans limitation de dépense a priori et sur la base de paiements à l'acte ; on considère ces ressources comme externes à l'EHPAD ;

- l'allocation annuelle à l'établissement d'une dotation destinée à financer à la fois des consommations individualisées (consultations, soins techniques, examens diagnostiques, matériel médical voire médicaments, que l'établissement paiera pour le compte de ses résidents) et une structure collective de soins, interne à l'EHPAD (personnels soignants salariés, vacataires, ou intérimaires, structure et outils de travail de l'éventuelle PUI) ; on considère ces ressources comme internes à l'EHPAD.

[395] Ces ressources répondent à plusieurs logiques économiques que l'on peut décomposer de la manière suivante :

- la combinaison entre ressources internes et externes ne suit pas un modèle unique mais dépend de deux choix de la part de l'établissement : le choix entre tarif global et tarif partiel ; le choix de passer ou non par une PUI pour la fourniture des médicaments ;

- la dotation allouée à l'établissement est établie annuellement en cohérence avec un cadrage pluriannuel négocié avec l'ARS et le Conseil général ; son montant résulte à la fois des bases budgétaires historiques de l'établissement et d'une norme a priori de dépense calculée selon une équation tarifaire ;

- cette équation tarifaire détermine une dotation par place, calculée en appliquant un barème national à un nombre de points représentatif d'un « besoin » qui résulte du niveau de dépendance moyen de la population hébergée et d'une objectivation des soins médico-techniques requis selon le référentiel Pathos ; ce montant s'apparente à la capitation ; on peut aussi considérer qu'il se rapproche d'un financement à l'activité si l'on observe que l'activité d'un EHPAD est relativement homogène (beaucoup plus homogène en tout cas que celle d'un hôpital) et si l'on suppose que les soins effectivement dispensés correspondent aux besoins évalués selon Pathos ;

- la dotation par place ainsi calculée sert, dans le cadre réglementaire actuel, de plafond aux négociations budgétaires entre EHPAD et ARS ; par conséquent, elle constitue une cible à atteindre pour les établissements qui se situent pour des raisons historiques au-dessus de cette valeur ; pour les établissements situés en-dessous, la tentation de la considérer aussi comme cible, donc comme un dû à court ou moyen terme est forte, et cette norme détermine finalement plus ou moins, selon les ARS, le résultat des négociations budgétaires. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 avait prévu de fonder entièrement le calcul de la dotation sur l'équation tarifaire (projet de « tarification à la ressource ») ; en l'absence du décret d'application prévu, ce principe ne s'est pas concrétisé juridiquement… tout en devenant une référence dans l'esprit de beaucoup d'acteurs ;

- simultanément, les crédits accordés pour l'ouverture de capacités d'accueil de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (priorité nationale) ont tempéré le principe de convergence ;

- la dotation de soins allouée à l'EHPAD mêle non seulement une logique historique et une logique de capitation ; elle est en outre soumise à une régulation macro-économique à travers les dotations régionales devenues limitatives courant 2010 qui encadrent naturellement fortement les marges de négociation des ARS, renforcent le caractère normatif de la dépense ainsi que l'élément discrétionnaire des politiques budgétaires régionales ;

[396] **En résumé, l'allocation de ressources aux EHPAD mêle, dans des proportions variables selon les EHPAD, des ressources externes - à l'acte - et des ressources internes établies selon un modèle hybride qui combine capitation et budget global sous contrainte d'enveloppe fermée**.

[397] Cette construction budgétaire est à l'évidence complexe, sous l'effet notamment des différentes options ouvertes successivement aux établissements et des divers tarifs qui les accompagnent ; une convergence à moyen terme vers un éventail nettement plus resserré d'options et de tarifs constituerait un progrès.

[398] En outre, il n'est pas sûr que cette construction budgétaire permette de transmettre aux responsables d'EHPAD des incitations claires. D'ailleurs, la conciliation entre la dotation régionale limitative, le droit d'option tarifaire des EHPAD prévu par la réglementation et la référence à l'équation tarifaire nationale pose problème…même en mettant un terme à la tentation d'attribuer en première intention la dotation plafond. Une façon de concilier équation tarifaire et enveloppe régionale limitative consisterait certes à appliquer automatiquement une valeur de point flottante, qui s'ajusterait chaque année et d'une région à l'autre aux contraintes d'enveloppe ; néanmoins il n'est pas certain que les administrations concernées aient l'intention de s'engager dans cette voie délicate.

[399] La mission souligne l'intérêt d'une tarification par les ARS tenant, certes, compte de l'activité mais laissant place à la modulation et prenant aussi en compte les différences de structure et les efforts de qualité ou d'efficience des EHPAD. Cette modulation faciliterait le respect des enveloppes régionales et permettrait de reconnaître les efforts particuliers de certains établissements pour optimiser leurs organisations et dépenses de soins. Cette modulation budgétaire, qui réanimerait la procédure contradictoire et analytique, pose naturellement la question des effectifs disponibles en ARS pour la mettre en œuvre.

[400] À défaut de modèle économique clair et stable, le risque existe de recréer de fortes inéquités de base budgétaire, selon le moment de la négociation conventionnelle (années d'expansion budgétaire vs. années de restriction) notamment, qui rappellent celles dénoncées dans le cas du budget global hospitalier dans les années 90.

[401] La mission insiste donc sur la nécessaire clarification des règles du jeu économiques et sur leur nécessaire cohérence aux échelles opérationnelle, régionale et nationale.

4.4.3. Du bon usage de Pathos

[402] Les mérites du référentiel Pathos, qui permet d'objectiver les « soins médico-techniques requis » par la population résidant en EHPAD, sont indéniables. Ses imperfections sont également de plus en plus reconnues et ont été rappelées plus haut dans ce rapport (cf. partie 1.1.2.3). Il faut cependant souligner que la qualité de l'évaluation des soins requis selon Pathos est étroitement liée à la qualité de la traçabilité des soins au sein l'EHPAD, donc de la tenue des dossiers médicaux des résidents. C'est cette traçabilité qui doit permettre une bonne prise en considération des efforts de prévention et une juste appréciation des soins requis, en pérennisant ce qui doit l'être et en cessant ce qui doit l'être. C'est aussi la traçabilité qui doit permettre de développer l'évaluation *ex post* des soins *effectivement* déployés au regard des soins *requis* selon Pathos – évaluation pour l'heure inexistante.

[403] Au-delà des mérites et limites intrinsèques au référentiel Pathos, les conditions de son utilisation à des fins budgétaires posent problème. Il faut d'abord rappeler que le poids du GMPS dans le calcul de la valeur plafond de la dotation de soins est important : si l'ensemble des places d'EHPAD étaient pathossifiées, sur la base d'une répartition tarifaire inchangée du secteur et des valeurs de point en vigueur en 2011, l'impact d'un point de GMPS serait d'environ 6 M€. Il convient donc de veiller à une utilisation rationnelle et équitable de ce paramètre.

[404] Sur le plan logique, il est quelque peu paradoxal de fonder la « médicalisation » des établissements, c'est-à-dire le recrutement de personnels de soins et un niveau de frais fixes, sur un paramètre aussi variable, voire volatile, que le PMP (cf. partie 1.1.2.3).

[405] De plus, en termes pratiques, la périodicité de révision des coupes Pathos est variable selon les régions : révision au seul renouvellement des conventions tripartites, ou tous les deux ans, ou même à des intervalles de temps plus courts pour certains établissements. S'agissant d'un paramètre dont l'incidence budgétaire est importante, une telle variabilité est critiquable. La périodicité de la révision des coupes Pathos devrait être explicitée et unifiée ; cette observation a déjà été formulée par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie dans sa note précitée de 2010.

[406] De même, les garanties offertes par la validation des coupes Pathos peuvent encore progresser si l'on en juge par les écarts entre PMP moyens régionaux – qui s'étagent entre un point bas de 139 observé en Pays de la Loire, et un point haut, de 220, en Aquitaine, ou de 330 en Corse[99]). La proportion des cotations individuelles modifiées sur l'ensemble des cotations revues s'échelonne de moins de 20% dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur à 80% en Poitou-Charentes. L'affinement des instructions méthodologiques relatives à la réalisation et à la validation des coupes Pathos mérite donc d'être poursuivi au niveau national. L'opportunité d'une validation exhaustive des fiches (pratiquée par certaines médecins « valideurs » allant au-delà de l'objectif d'examen de 60% des fiches fixé par la CNSA) mérite notamment d'être étudiée, sa faisabilité augmentant avec l'appropriation progressive de l'outil.

[407] Enfin, une cohérence s'impose entre le bon usage de Pathos et l'allocation des ressources correspondantes. On peut citer le cas d'un EHPAD de grande taille (400 places), particulièrement attentif à la bonne organisation des soins, ayant opté pour le tarif global en 2009, ayant alors procédé pour la première fois à la coupe « Pathos », validée pour une valeur de PMP faible de 130, et qui réalise courant 2010 que cette valeur est grandement sous-estimée ; une nouvelle coupe Pathos validée fin 2010 fait apparaître un PMP de 230 (ce qui représente un supplément potentiel de dotation de 1,3 millions d'euros sur une dotation actuelle de 5,5 millions). La question de la révision par l'ARS du PMP et de la dotation budgétaire en résultant est pendante. « *On demande l'application de la logique des règles du jeu auxquelles on a souscrit* » déclare le directeur de cet établissement, qui résume assez bien les attentes du secteur.

[99] Chiffres 2010 de la CNSA.

5. MENAGER LES CONDITIONS D'UNE VERITABLE OPTION DANS UN CADRE MIEUX REGULE

[408] Les analyses de la mission conduisent à un constat paradoxal : le passage au tarif global qui, dans les conditions actuelles, est coûteux pour l'assurance maladie, a des effets positifs ou à tout le moins facilitateurs en matière d'efficience de la prise en charge, de coordination des interventions et de rationalisation des prescriptions. Il n'est pas envisageable de généraliser aujourd'hui le tarif global, car certains établissements n'ont pas la capacité administrative ou les outils suffisants pour assumer cette responsabilité, ou ne peuvent, dans certains contextes locaux, prendre le risque d'une guérilla avec les professionnels libéraux ou d'un vide médical dans la prise en charge de leurs résidents.

[409] Pour autant, il faut rouvrir l'option globale, qui permettra, aux établissements qui y sont prêts, de mieux accompagner l'évolution de la population accueillie, dans des conditions économiques maîtrisées. Cette réouverture est particulièrement nécessaire pour permettre des stratégies de groupe et de mutualisation entre des EHPAD qui y sont prêts mais se heurtent aujourd'hui à des régimes tarifaires hétérogènes ; elle est également souhaitable pour les EHPAD qui ont su promouvoir de bonnes pratiques de soins et qui pourraient étendre leurs responsabilités de gestion dans le cadre de l'option globale.

[410] La pause instaurée par l'instruction du 3 décembre 2010, en ce qui concerne l'exercice du droit d'option, pouvait se concevoir comme un temps d'arrêt permettant de faire l'inventaire des problèmes et de réfléchir à l'évolution du système de conventionnement tripartite. La prolonger est juridiquement contestable, s'agissant d'une option ouverte par la réglementation sans restriction ni condition particulière.

[411] Il existe sur le terrain des situations où le passage au tarif global, pour des établissements qui le souhaitent, revêt une certaine urgence :

- établissements en convergence tarifaire ;
- établissements en tarif partiel disposant d'une PUI – ou souhaitant se rattacher à une PUI hospitalière – et recherchant à travers le tarif global une plus grande cohérence dans leur financement ;
- situations complexes où plusieurs établissements géographiquement proches relevant d'une même gestion, les uns au tarif partiel, les autres au tarif global, souhaitent développer une politique commune et mutualiser des emplois paramédicaux dans le cadre de régimes tarifaires harmonisés.

[412] Par ailleurs, on peut imaginer, dans la mise en œuvre de l'option, une contractualisation autour d'un ou deux objectifs de qualité ou d'efficience sur des sujets importants pour l'assurance maladie : prévention de la iatrogénie médicamenteuse, réduction des taux d'hospitalisation, rationalisation des transports sanitaires, etc.…

[413] La vraie question n'est donc pas l'existence de l'option mais les conditions de bon emploi du tarif global. Il convient de permettre aux établissements qui le souhaitent de l'utiliser dans un cadre plus clair et mieux régulé.

Recommandation n°1 : Rouvrir dès 2012 l'exercice de l'option entre tarif global et tarif partiel.

[414] Ménager les conditions d'une véritable option dans un cadre plus clair et mieux régulé signifie :

- Se donner les moyens de suivre les coûts ;
- Lisser les effets sur-incitatifs du différentiel de valeur du point entre tarif global et tarif partiel ;
- Rompre avec les modes automatiques de tarification ;
- Reconstituer des marges de manœuvre pour financer le renouvellement des conventions tripartites ;
- Appuyer les gestionnaires dans leurs efforts de rationalisation de la prise en charge et leur donner ainsi les moyens de mieux exercer leurs responsabilités.

5.1. Se donner les moyens de suivre les coûts

5.1.1. Croiser les données de l'assurance maladie et des ARS

[415] L'outil permettant une remontée automatisée des listes de résidents en EHPAD aux caisses pivots devrait être déployé avant la fin de l'année 2011, et généralisé en 2012. Dans ces conditions on peut valablement espérer qu'un véritable échange d'information sur les coûts entre caisses et ARS puisse se mettre en place d'ici fin 2012. Compte tenu du temps perdu, ce calendrier devra être suivi avec une vigilance particulière.

[416] Il s'agit d'organiser un double flux :

- les ARS transmettraient régulièrement aux caisses-pivots la liste des EHPAD, leur capacité actualisée d'hébergement permanent, leurs derniers GMP et PMP validés, le montant des dotations de soins en budget prévisionnel et en budget réalisé ;
- les ARS disposeraient d'un accès direct aux données de remboursement de soins en EHPAD, par établissement et par catégorie d'établissements, et pourraient diligenter des requêtes dans le cadre d'un protocole national.

[417] Pour compléter les informations dont disposent les caisses et les ARS, il conviendrait d'expertiser une saisie directe, à partir de la carte Vitale, des consommations de soins des résidents payés par les EHPAD en tarif global, pour information de l'assurance maladie. Cela donnerait enfin une vision complète des prestations de soins délivrées en EHPAD, indépendamment de leur régime tarifaire.

Recommandation n°2 : Mettre en œuvre d'ici fin 2012 un partage systématique d'information entre caisses d'assurance maladie et ARS. Expertiser la faisabilité technique d'une information de l'assurance maladie, à partir de la carte Vitale, sur les consommations de soins payés par les EHPAD en tarif global.

[418] La mise à disposition des données et les croisements possibles entre consommations de soins, GMP et PMP permettront d'éclairer le pilotage national et régional du financement des budgets soins des EHPAD mais ils pourraient aussi utilement éclairer les décisions des gestionnaires d'établissements et leur dialogue avec les professionnels. Ce sont des éléments très précieux pour décider de l'éventuel passage au tarif global, et pour permettre à l'ensemble des EHPAD de situer les dépenses de soins de leurs résidents par rapport à d'autres établissements ou à des moyennes de référence.

Recommandation n°3 : Informer les établissements des montants remboursés à l'ensemble de leurs résidents, ventilés par poste, avec si possible l'indication de quelques références pertinentes.

[419] Il conviendrait enfin de se donner les moyens de mieux suivre les hospitalisations des résidents. À cet effet, une condition nécessaire (mais pas suffisante) est la constitution au niveau national d'une liste consolidée de résidents en EHPAD aux fins de chainage avec le PMSI et d'étude des coûts complets ville-hôpital. Le PMSI n'étant pas déployé en psychiatrie, les informations sur les séjours des résidents en EHPAD devront être identifiées et collectées d'une autre manière.

[420] Au niveau des EHPAD, iles informations qualitatives intéressantes dont ils disposent et qui devraient être consolidées par les ARS sont les suivantes : nombre d'hospitalisations, dont celles égales ou supérieures à 30 jours et celles égales ou inférieures à 3 jours, nombre de journées d'hospitalisation, nombre de personnes hospitalisées et nombre de décès à l'hôpital.

Recommandation n°4 : Expertiser la création d'une base de données nationale regroupant par établissement des données sur les actes de soins de ville et les séjours hospitaliers, y compris psychiatriques.

5.1.2. Construire un véritable échantillon de suivi des établissements

[421] Il apparaît urgent de reconstituer un échantillon d'établissements suffisamment représentatif pour réaliser un suivi des coûts dans la durée et faciliter la réalisation de prévisions financières ou de simulations. Il s'agit de prendre la suite de l'échantillon national ERNEST qui au début des années 2000 avait permis de baliser le cheminement des premières conventions, mais a été abandonné : l'évolution du système vers une tarification automatique sans enveloppe réellement limitative ne créait en effet aucune incitation à la maintenance et à l'utilisation de tels outils.

[422] Aujourd'hui, par exemple, on n'est plus réellement en mesure de valider la fameuse formule [GMPS = GMP + 2,59×PMP], pierre angulaire de la tarification actuelle, dans laquelle 2,59 est un coefficient correcteur permettant de traduire en points de GIR des points Pathos, ni du reste de tester quelque formule que ce soit.

[423] La réalisation d'une telle étude a été inscrite au contrat d'objectifs et de performance 2011-2013 de l'ATIH, pour le compte de la CNSA à qui a été confiée cette mission. Il est logique d'utiliser le savoir-faire acquis par l'ATIH dans la construction et la maintenance de l'échelle de coût hospitalière mais il semble important s'agissant des EHPAD de concevoir un outil simple et rapidement disponible. Les arbitrages concernant les moyens nécessaires devraient etre rendus rapidement afin que le cadrage méthodologique (quels établissements ? quels coûts ? quelle finalité ?) puisse être réalisé dans les mois qui viennent.

[424] Le cahier des charges, à élaborer par la DGCS, la DREES et la DSS, en liaison avec des ARS, pourrait viser un ensemble de 60 000 à 80 000 places, avec une structuration organisée autour de quelques critères majeurs de représentativité :

- taille de l'établissement (entre 4 et 6 classes de capacité),
- GMP (3 à 4 classes de GMP),
- tarification ou non au GMPS sur la base d'une coupe Pathos validée,
- régime tarifaire : tarif partiel ou global, avec ou sans PUI,
- localisation géographique (classification selon les densités médicales ou paramédicales).

[425] L'appartenance statutaire n'est pas à considérer comme un critère majeur de représentativité dans la constitution même de l'échantillon, même si naturellement l'information doit figurer puisque le statut n'est pas sans incidence sur les ratios d'encadrement, en particulier pour les EHPAD d'origine hospitalière.

[426] Les données à suivre dans la durée doivent être centrées sur le coût et l'intensité des soins : PMP, budget soins prévisionnel et réalisé, structure d'emploi du budget soins, poids de la section soins dans le budget d'ensemble de l'EHPAD, résultat d'exploitation, charges de personnel soignant (salarié et intérimaire) et ratios d'encadrement soignant, coût des soins de ville remboursés par l'assurance maladie, nombre de consultations réalisées et nombre d'intervenants libéraux dans l'établissement…

Recommandation n°5 : Créer un échantillon durable de suivi des coûts, dont la gestion pourrait être confiée à l'ATIH.

5.2. Lisser l'effet de sur-incitation de la valeur du point tarif global

[427] L'arrêté du 25 mai 2011 fixant les valeurs de point du tarif plafond établit à 12,44 euros la valeur du point tarif global (13,10 € en cas de PUI) et à 9,55 € la valeur du point tarif partiel (10,10 € en cas de PUI). Ce différentiel de 2,89 euros correspond à une différence de l'ordre de 3 000 euros par place pour un établissement au GMPS moyen national, nettement supérieure à l'ensemble des économies réalisées par l'assurance maladie sur les soins de ville, estimées par la mission entre 1 600 et 1 700 euros par place (cf. deuxième chapitre du rapport).

[428] Les écarts apparaissent suffisamment marqués pour que puisse se poser la question d'une réduction du différentiel entre valeurs des points tarif global et tarif partiel. Ce différentiel devrait etre plus proche de 20% que des 30% observés aujourd'hui si l'on se cale sur les dépenses effectives de soins de ville (en retenant une incitation aux établissements pour gérer administrativement ces postes).

[429] La mission écarte une première voie qui consisterait à diminuer la valeur du point du tarif global, soit pour tous les établissements concernés soit pour les seuls renouvellements de conventions, ce qui dans le premier cas ferait dépasser le seuil de convergence à une nette majorité des structures et dans le second cas créerait une complexité et une iniquité difficiles à gérer.

[430] Au moins deux mesures peuvent être combinées pour lisser les écarts :

► Une pause dans la revalorisation de la valeur du point du tarif global sans PUI, sur deux ou trois exercices.

Recommandation n°6 : Procéder à une pause dans la revalorisation de la valeur du point du tarif global sans PUI sur les exercices 2012 et 2013.

► La réduction de l'écart entre les deux tarifs par l'intégration de toutes les dépenses d'auxiliaires médicaux, y compris de kinésithérapie, dans le socle du tarif partiel, accompagnée d'une revalorisation à due concurrence de la valeur du point de ce tarif.

[431] Cette deuxième mesure présente l'avantage de responsabiliser les établissements sur la transparence et l'éventuelle rationalisation des prises en charges en kinésithérapie, puisque c'est un point important soulevé par une nette majorité des acteurs de terrain (directeurs, médecins coordonnateurs et cadres de santé) : bonne information des établissements et traçabilité des interventions, réalisation de bilans, cotations appropriées…

[432] En termes de politique de santé, cette intégration permettrait aussi d'aboutir à des projets plus cohérents de mobilisation physique et fonctionnelle des résidents, de prévention des situations grabataires et de dispensation des soins de rééducation de toutes natures au niveau d'un établissement. Il s'agit bien là d'actions qui s'inscrivent dans une dimension collective au niveau de l'établissement, renvoyant à des acteurs multiples : kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, personnel soignant, intervenants spécialisés (non médicaux) sur des pratiques d'animation corporelle et de gymnastique adaptée. Les kinésithérapeutes, qui interviennent très fréquemment et parfois quotidiennement en EHPAD, sont à certains égards dans une situation comparable à celle des infirmières libérales intervenant dans ces établissements il y a dix ou quinze ans avant que ne prévale une logique collective de prise en charge des soins infirmiers.

[433] La valeur du point du TP sans PUI pourrait ainsi passer de 9,55 € à 10,24 €[100]. Cela permettrait d'absorber un quart de l'écart de valeur de point entre les deux tarifs. Ce serait neutre pour l'assurance maladie, positif pour les EHPAD (sous réserve qu'ils gèrent sérieusement ce poste et dégagent des marges de manœuvre) et positif pour les résidents. Cette proposition doit bien entendu faire l'objet de calculs plus précis et d'une concertation avec les organisations professionnelles et de gestionnaires concernés.

Recommandation n°7 : Evaluer les conditions d'une intégration de l'ensemble des dépenses d'auxiliaires médicaux dans le tarif partiel pour une éventuelle application à compter de 2013.

► D'autres mesures sont concevables, visant à élargir le périmètre du tarif global sans augmentation à due concurrence de la valeur du point : par exemple, par intégration des transports sanitaires, qui constituent un poste important susceptible de rationalisation. Une telle mesure contribuerait à réduire progressivement l'écart entre la valeur du tarif global et la valeur des soins de ville réintégrés.

5.3. Rompre avec les modes automatiques de tarification

[434] Les surcoûts observables en cas de passage du tarif partiel au global ne sont pas liés à un effet pervers intrinsèque du tarif global – bien au contraire il contribue à une rationalisation des pratiques – mais à la conjonction entre un différentiel sur-calibré entre les valeurs plafond des deux types de tarif et une pratique d'alignement quasi automatique en quelques exercices sur la valeur plafond du tarif global.

[435] On doit en outre être conscient de l'incompatibilité entre la mise en œuvre d'une formule automatique de tarification et une logique d'enveloppe fermée. Bien sûr on peut décréter que pour l'exercice N il ne sera alloué que 93 %(par exemple) du plafond, puis un peu moins ou un peu plus l'exercice suivant, mais, ce faisant, on fige des inégalités qui sont loin d'être complètement résorbées, et on se prive des moyens d'adapter les dotations à l'évolution des populations prises en charge, à la qualité des projets d'établissement ou à la diversité des contextes locaux. Les formules objectives et automatiques contribuent à améliorer la prise en charge et à réduire les inégalités entre établissements en cas d'expansion aisée et continue des enveloppes, mais elles renforcent des effets malthusiens aveugles en cas de stagnation des moyens.

[436] Une première conséquence à tirer est de ne pas créer dans la réglementation tarifaire de tarification automatique. On ne peut, dans le contexte économique d'aujourd'hui, sortir de l'ambigüité des règles de tarification en accentuant les facteurs d'automatisme qu'elles comportent.

Recommandation n°8 : Ne pas créer d'automatisme dans l'allocation des ressources et ménager des marges d'adaptation à chaque établissement.

[100] Calcul réalisé en retenant une dépense moyenne de soins paramédicaux d'environ 800 € par personne à rapporter au GMPS national, soit 0,69 €.

[437] Trois voies peuvent être explorées pour assouplir les modes automatiques d'allocation des ressources :

► Baliser le cheminement de toute nouvelle convention tripartite

[438] Il convient de rappeler que toute convention tripartite devrait comporter des objectifs d'amélioration de la qualité de la prise en charge, assortie chaque fois que possible d'indicateurs, et une cible relative au ratio d'encadrement médical et paramédical au terme de la période conventionnelle.

[439] La réalisation des objectifs de qualité ne passe pas exclusivement par le renforcement des ratios d'encadrement, mais intègre également des actions sur l'organisation de la prise en charge et la tenue des dossiers de soins, des actions de « gestion des risques » au niveau de l'établissement, des actions de formation prioritaires, qui n'exigent pas toutes des crédits pérennes.

[440] La réalisation d'un objectif cible en matière d'encadrement médical ou paramédical, à laquelle on pourrait associer une dotation cible, doit faire l'objet d'une progression échelonnée sur l'ensemble de la période, et ne plus être concentrée sur les deux premières années. Il ne s'agit pas de fixer des tableaux prévisionnels des effectifs détaillés et contraignants sur cinq ans ; l'établissement doit conserver une marge substantielle d'adaptation, en respectant deux contraintes, celle de la dotation soins annuelle et celle de l'objectif cible de fin de convention en matière de ratio d'encadrement.

[441] Un point de mi parcours est à prévoir avant la fin de la troisième année, qui pourra par accord des parties conclure à la mise en œuvre d'une nouvelle coupe PATHOS. L'exécution de coupes Pathos pourrait être limitée aux renouvellements de conventions et aux points de mi parcours.

Recommandation n°9 : Fixer dans chaque nouvelle convention une cible finale en matière de ratios d'encadrement et organiser un cheminement sur l'ensemble de la période conventionnelle.

► Tarifer les établissements passant au global en tenant compte des consommations de soins de ville antérieures.

[442] L'idée est, pour les établissements passant du partiel au global, d'ajouter au financement des moyens prévus par la convention des crédits égaux à la consommation moyenne annuelle des soins des résidents, sur les quatre postes intégrés dans le budget soins, pour les deux dernières années.

[443] Les futurs passages de tarif partiel à global ne devraient pas se traduire par une augmentation de dotation supérieure au financement des mesures nouvelles d'organisation des soins, prévues par la convention tripartite, plus une prévision de financement des nouvelles charges de soins déterminée en fonction des données de l'assurance maladie sur les deux derniers exercices.

[444] Ce n'est pas là pénaliser les établissements : ils conservent le bénéfice d'un tarif plafond avantageux, même après lissage du différentiel, ce qui est en particulier tout à fait intéressant pour les structures tarif partiel dites « en convergence », que la réouverture de l'option tarifaire autoriserait à nouveau à revenir à la norme en passant au tarif global ; ils reçoivent des crédits supplémentaires égaux aux consommations antérieures des résidents, sans réfaction ou abattement. Les économies réalisées suite au passage au tarif global peuvent être réinvesties dans la prise en charge des résidents. L'assurance maladie est gagnante à court terme sur les dépenses de soins non incluses dans le forfait global, dont on a vu qu'elles étaient inférieures pour les établissements en tarif global. L'assurance maladie est probablement également gagnante à moyen terme en bénéficiant des effets modérateurs du tarif global sur les dépenses incluses dans son périmètre. Le point de mi-parcours peut en tout état de cause permettre la régulation de situations exceptionnelles

ou atypiques : phénomènes de rationnement ou de pénurie ou au contraire sur calibrage net et persistant des crédits de financement des interventions de professionnels de ville.

Recommandation n°10 : Ajuster le montant de la dotation lors du passage au tarif global, en fonction des consommations antérieures des résidents sur les postes intégrés dans le tarif.

► Suivre, dans les comptes administratifs l'exécution des dépenses au titre des quatre postes intégrés dans le tarif global : omnipraticiens, auxiliaires médicaux, biologie et radiologie courantes.

[445] Les constats de la mission ont fait apparaître, du moins dans les premiers exercices de passage au tarif global, des dépenses réalisées souvent inférieures aux prévisions budgétaires, elles-mêmes très inférieures au surcroît de dotation lié au passage au tarif global. Mais le suivi de ces dépenses en gestion reste très complexe et éparpillé, faute d'une normalisation des comptes administratifs permettant d'identifier clairement ces postes. Ils sont le plus souvent fondus dans les comptes 621 et 622 (personnel non salarié, extérieur à l'établissement, et rémunérations d'intermédiaires et honoraires). On peut trouver des dépenses de laboratoire dans le compte 6111 (sous-traitance de prestations à caractère médical), des honoraires d'omnipraticiens ou de kinésithérapeutes sous une rubrique « autres soins extérieur à caractère médical ou paramédical », où ils peuvent être agrégés avec des dépenses d'intérim médical ou infirmier.

[446] Le corollaire d'une fixation du tarif global au plus proche des coûts réels est de se doter des moyens de suivre la dépense, soit par un affinement de la nomenclature comptable identifiant ces quatre postes, soit par l'exigence d'un tableau de suivi annexé au compte administratif. Au demeurant, c'est l'ensemble des postes de dépense (omnipraticiens, spécialistes, dentaire, auxiliaires médicaux, dispositifs médicaux, médicament et transports sanitaires) qui devrait être pouvoir faire l'objet d'un suivi médico-économique.

Recommandation n°11 : Identifier au niveau des comptes administratifs le suivi des postes relatifs aux dépenses de soins, notamment pour les postes correspondant à la différence de périmètre entre tarif partiel et tarif global.

► Réfléchir à une évolution vers des formules fourchettes ou modulables

[447] Les préconisations qui précèdent conduisent à réintroduire beaucoup plus largement des marges pour un dialogue budgétaire avec chaque établissement, au moins au niveau de la négociation conventionnelle, en fixant, dans la limite des plafonds de la formule GMPS, un ratio d'encadrement cible[101] pouvant déterminer une dotation cible, les modalités d'un cheminement sur la période conventionnelle, une tarification au forfait global partant des coûts réels et de quelques mesures prioritaires de médicalisation[102]. Ce renoncement aux automatismes suscite des résistances, aussi bien auprès des gestionnaires (l'automatisme est une garantie de sécurité et d'objectivité et conduit à ne jamais revoir les organisations existantes et l'utilisation des moyens acquis) qu'auprès des tarificateurs (commodité, manque de disponibilité et d'effectifs).

[448] Des possibilités de modulation de la formule de tarification au GMPS pourraient être imaginées. On pourrait par exemple moduler la prise en compte du Pathos moyen pondéré (PMP) en fonction de la densité de personnel de l'établissement. Une modulation limitée dans son ampleur, portant sur une part minoritaire mais déterminante de la formule actuelle, mériterait d'être testée.

[101] Ratio d'encadrement pouvant se traduire par un ratio de présence effective auprès des résidents.
[102] Cf. par exemple recommandation n°14

[449] À titre purement illustratif, et par rapport à la formule actuelle où le nombre de points GMPS est égal à GMP + 2,59 PMP, on peut introduire une modulation du coefficient entre 100% et 90 % de sa valeur, soit entre 2,59 et 2,33, en fonction du rapport entre le ratio d'encadrement médical et paramédical constaté et un maximum de 0,45 correspondant à un optimum souvent avancé, notamment dans le cadre des préparatifs du plan solidarité grand âge.

[450] Cela peut se faire simplement en ajoutant à 2,33 (pour la détermination du coefficient de prise en compte du PMP) la différence entre 0,45 et le taux d'encadrement constaté de l'établissement. Cela revient à proposer une dotation d'autant plus élevée que le taux d'encadrement est plus faible[103].

[451] Des formules de ce type ne doivent en tout cas pas être adoptées dans la précipitation, mais être débattues et simulées (d'où l'intérêt de reconstituer un échantillon représentatif tel que proposé ci-dessus).

Recommandation n°12 : Explorer et tester des possibilités de modulation de la formule de tarification au GMPS.

[452] La mission propose cette exploration par souci d'ouvrir toutes les pistes de réflexion. Pour autant elle reste prudente par rapport à toute modalité automatique et convaincue que ce sont les pistes de réactivation du dialogue budgétaire, telles que synthétisées dans les recommandations 9 et 10, qui doivent faire l'objet d'une priorité.

5.4. Cibler, dans une approche prévisionnelle sur 2 ou 3 exercices, les transferts souhaitables de l'enveloppe soins de ville vers l'enveloppe médico-sociale personnes âgées

[453] Le secteur médico-social personnes âgées va dans le mur à l'horizon 2012 / 2013, si ne peuvent être dégagées de nouvelles marges de manœuvre allant au-delà de l'écrêtement des dotations des EHPAD relativement les plus dotés (processus de convergence).

[454] 1 126 conventions pluriannuelles arrivées à échéance en 2009 et 2010 sont en instance de renouvellement (524 pour 2009 et 602 pour 2010) Les conventions renouvelables en 2011 s'élèvent à 1 089 ; les renouvellements en perspective en 2012 à 425. Au total, 2 640 conventions devront faire l'objet d'un renouvellement à très court terme[104].

[455] Par ailleurs, fin 2009, il restait 2 882 places à conventionner pour aboutir à une couverture conventionnelle à 100% (source CNSA).

[103] Exemple de calcul : pour un ratio d'encadrement de 0,20, le coefficient serait de 2,58 (soit 2,33 + 0,45 - 0,20). Il passerait linéairement à 2,53 pour un ratio de 0,25 ; à 2,48 pour un ratio de 0,30 ; à 2,43 pour un ratio de 0,35 ; à 2,38 pour un ratio de 0,40 et 2,33 pour un ratio de 0,45.

[104] La dernière exploitation de SAISEHPAD de juillet 2011 évalue le stock de conventions à renouveler à 2540 (source CNSA).

[456] En 2011, comme elles l'ont déjà fait fin 2010, les ARS vont dans une majorité des cas de conventions échues proposer un avenant de prolongation annuelle sans aucune mesure nouvelle, dans des conditions de sécurité juridique et budgétaire souvent douteuses[105]. On a gelé le thermomètre en suspendant très largement les coupes PATHOS, et on n'avait du reste guère le choix. Dans le même temps la circulaire d'orientation budgétaire du 29 avril 2011 introduit la notion d'autorisation pluriannuelle pour les dépenses de médicalisation des EHPAD, avec crédits de paiements annuels, mesure judicieuse permettant de concilier la notion d'enveloppe limitative et l'exigence de conventions pluriannuelles. On peut s'interroger sur les conditions d'application de cette notion en 2011 mais il est impératif de pouvoir lui donner un contenu réel à compter de 2012.

[457] Si une prise en charge décente des personnes âgées dépendantes hébergées en EHPAD reste une priorité nationale, dans le cadre d'une perpétuelle course-poursuite entre des améliorations effectives et substantielles de la qualité et la dégradation de l'autonomie des résidents, on ne pourra pas se contenter de redéploiements internes à la seule sous enveloppe personnes âgées de l'Objectif Général de Dépense, astreinte à une progression très ralentie.

[458] Sans examiner les différentes mesures de financement possibles, on se limitera aux transferts possibles en provenance de l'enveloppe soins de ville, mentionnés dans la lettre de mission de l'IGAS.

[459] La mission préconise qu'on puisse s'engager dans une programmation pluriannuelle, à horizon de trois exercices, révisable lors de chaque préparation de loi de financement de la sécurité sociale, de transferts en provenance de cette enveloppe.

► Transfert d'enveloppe soins de ville au titre des passages futurs au tarif global

[460] Ne proposant pas de généralisation du tarif global, la mission préconise une méthode fondée sur des hypothèses modérées de passage futur au tarif global, débouchant sur un nombre de places à multiplier par la moyenne des économies réalisées sur le remboursement de l'ensemble des soins de ville (de l'ordre de 1600 à 1700 euros par place).

[461] Ce transfert peut être estimé de la manière suivante :

Hypothèses :	▪ Division par 2 du rythme 2008/2010 de progression des places passant au tarif global : la proportion de places en tarif global, passée de 30% en 2009 à 38% en 2010, atteindrait ainsi 46% en 2012 (hors création de places nouvelles). Cela représente un transfert de 45 000 places supplémentaires du tarif partiel vers le tarif global sur 2 ans (sur un total de 356 000 places en tarif partiel fin 2010). ▪ Economie réalisée sur l'enveloppe soins de ville induite par le passage au tarif global comprise entre 1 600 et 1 700 € par place.
Estimation :	Entre 73 et 77 millions d'euros sur deux exercices à l'échelle nationale. C'est une somme modeste mais non négligeable compte tenu des contraintes auxquelles sont confrontées actuellement les ARS.

[105] Exemple d'un établissement dont la convention expirait le 19 mai 2010 et qui a reçu le 17 mai 2011 une proposition d'avenant de prolongation annuelle du 19 mai 2010 au 19 mai 2011…

► Transfert d'enveloppe soins de ville au titre de l'intégration des auxiliaires médicaux dans le tarif partiel

[462] L'estimation des transferts nécessaires pour financer l'intégration des dépenses d'auxiliaires médicaux dans le tarif partiel (cf. recommandation n°7) conduit à des transferts plus conséquents : une première estimation de la mission (à partir des données de quelques CPAM) situe entre 450 et 500 euros par résident et par an le montant moyen remboursé d'honoraires d'auxiliaires médicaux dans les EHPAD en tarif partiel. Le nombre de places en tarif partiel étant de 356 000 places fin 2010, on aboutit à un transfert compris entre 160 et 178 millions d'euros. Ce transfert pourrait être réalisé à horizon 2013.

[463] Au total les préconisations de la mission peuvent justifier un transfert de l'ordre de 250 millions d'euros, à horizon 2012/2013, en provenance de l'enveloppe de ville.

Recommandation n°13 : Engager une programmation pluriannuelle de transferts en provenance de l'enveloppe soins de ville.

[464] À l'effet de ces transferts s'ajoute, dans la perspective de reconstitution de marges de manœuvre, celui de la non revalorisation de la valeur du point tarif global, qui, si l'évolution de l'enveloppe personnes âgées n'est pas réduite à due concurrence, offre des espaces de redéploiement.

[465] Enfin, le focus mis sur l'enveloppe soins de ville ne signifie pas aux yeux de la mission un tabou sur d'autres redéploiements possibles au sein de l'assurance maladie. Il ne serait pas illégitime, au sein du médico-social, de réfléchir à quelques pistes de redéploiement entre établissements médico-éducatifs ou établissements médicalisés pour adultes handicapés (MAS et FAM) et EHPAD, de même qu'il ne serait pas absurde, au sein des dépenses d'hospitalisation, que des redimensionnements de services peu actifs puissent contribuer pour une part des gains réalisés à alimenter le financement de la médicalisation des EHPAD. Les ARS ont vocation à organiser une plus grande fluidité entre les diverses composantes du système de soins.

5.5. Appuyer les gestionnaires dans leurs efforts de rationalisation de la prise en charge

[466] Quatre pistes nécessiteraient d'être approfondies :

5.5.1. Renforcer le rôle du médecin coordonnateur

[467] Les médecins coordonnateurs ont acquis au fil des ans un rôle central dans l'organisation et la formalisation du projet de soins de l'établissement, la sensibilisation des équipes soignantes, le travail d'explication et de pédagogie médicale auprès des familles. Le bilan est plus nuancé en matière de coordination des interventions médicales ou d'auxiliaires, en fonction des équations personnelles et des contextes locaux. Il est exceptionnel qu'un médecin coordonnateur puisse intervenir efficacement pour faire réviser une prescription qu'il jugerait excessive ou risquée. Les pharmaciens de PUI, légitimés par leur spécialité et s'appuyant sur des logiciels de contrôle, fondés sur des dictionnaires médicaux en ligne et faisant apparaître différents niveaux d'alerte en fonction du risque de contre indication, ont souvent en matière de prescription de médicament une influence plus décisive.

[468] Le décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 accentue la reconnaissance de la fonction de médecin coordonnateur (encadrement médical des équipes soignantes, présidence de la commission de coordination des interventions gériatriques, droit de prescription en cas d'urgence ou de risques sanitaires collectifs) et accroît leurs quotités de temps de présence dans les établissements.

[469] Trois questions continuent de se poser : celle de la faculté de prescrire directement, celle du contrôle des prescriptions et celle de la liste des médicaments de référence.

[470] Sur l'étendue du droit de prescription les médecins coordonnateurs eux-mêmes sont partagés. Plusieurs ont signalé la nécessité d'interpréter largement la notion d'urgence les autorisant à prescrire, dans des situations de nécessaire prise en charge immédiate de la douleur et d'accompagnement des fins de vie, lorsque le médecin traitant n'a pas la disponibilité suffisante. Au-delà de cet impératif éthique, certains peuvent souhaiter disposer d'un droit de révision ou d'interpellation plus formelle[106] sur certains types de traitement, notamment les prescriptions de tranquillisants, neuroleptiques et psychotropes. La mission cependant hésite à « saucissonner » le champ des prescriptions.

[471] Si on peut difficilement compartimenter la responsabilité de prescrire, on peut poser la question d'un accroissement du nombre de gériatres salariés partageant leur temps entre coordination et fonctions de médecin traitant des résidents les ayant choisis. La pratique est déjà fréquente pour des coordonnateurs ayant un exercice libéral, qui suivent ainsi dans ce cadre des patients de l'établissement, et ne peut être refusé à des médecins salariés. Il conviendrait d'encourager ce type de recrutement de gériatres, notamment dans les EHPAD à tarif global, à l'occasion de renouvellements de conventions ou d'avenants de passage au tarif global. C'est une manière d'assurer le maintien d'un contact indispensable avec l'activité médicale auprès de personnes âgées et de renforcer la fonction de conseil médical du médecin coordonnateur reconnue par le décret du 2 septembre 2011.

Recommandation n°14 : Encourager les recrutements de médecins gériatres salariés à plein temps partageant leur activité entre fonctions de coordination et de médecin traitant éventuellement dans des établissements différents.

[472] Il conviendrait par ailleurs de faciliter le travail des médecins coordonnateurs, en principe chargés d'établir une liste de référence des médicaments prescrits dans leur établissement, à caractère non impératif. Ne pourrait-on faire une synthèse ou une contraction nationale des listes établies, à partir du travail de 2 ou 3 régions pilote, et la proposer à tous les établissements non pourvus d'une telle liste, plutôt que de continuer à attendre un travail individuel de chaque structure ?

[473] Enfin la mission estime particulièrement important, pour améliorer les relations entre praticiens libéraux , établissements et médecins coordonnateurs, de faciliter, si c'est possible, une évolution positive d'un climat très dégradé par une levée de boucliers des syndicats médicaux et de beaucoup de praticiens contre le contrat de coordination proposé en application du décret du 30 décembre 2010. Les pouvoirs publics sont fondés à rappeler que ce contrat ne comporte que des engagements relatifs au respect des résidents et des équipes soignantes ou correspondant à des obligations normales, déjà présentes dans les codes de déontologie, telle que la tenue d'un dossier médical. Mais il faudrait aussi apporter une réponse au seul problème réel soulevé par les détracteurs de ce contrat : la non prise en charge d'une fraction des charges sociales, à l'encontre du droit commun de la convention médicale, pour les praticiens intervenant en EHPAD. Il n'est pas compréhensible que des interventions de médecins conventionnés dans des établissements toujours présentés et réglementés comme des substituts du domicile, lorsqu'elles sont rémunérées au tarif conventionnel[107], soient sur ce point discriminées par rapport au droit commun. Ceux qui signent le contrat de coordination doivent avoir le bénéfice de ces règles de droit commun lorsque leur intervention est facturée au tarif conventionnel.

[106] Par exemple, au-delà du simple coup de fil ou du message adressé au confrère, la mention d'une réserve explicite sur le dossier médical ou un registre spécial protégé.

[107] Les EHPAD sous tarif global ont en principe la possibilité de négocier d'autres formes de rémunération mais cette possibilité n'est pas été utilisée car elle n'a jamais fait l'objet des textes réglementaires prévus par la loi.

Recommandation n°15 : Étendre aux praticiens intervenant en EHPAD les dispositions de la convention médicale sur la prise en charge par l'assurance maladie d'une partie de leurs cotisations sociales indépendamment de l'option tarifaire de l'établissement.

5.5.2. Faciliter le développement des PUI

[474] Les constats effectués par la mission l'ont convaincue du très grand intérêt des PUI, aussi bien sur le plan économique (effet prix et effet volume) que sur le plan de la qualité des soins (rationalisation et sécurisation de la prescription, prévention iatrogénique).

[475] La mission n'avait pas à se prononcer sur la généralisation d'une intégration des médicaments dans le forfait soins, qui fait l'objet d'une expérimentation prolongée jusqu'à la fin 2012 (à la suite notamment des propositions du rapport de l'IGAS de septembre 2010[108]) devant donner lieu à une évaluation spécifique. Elle notera simplement, aux dires des quelques responsables d'EHPAD engagés dans cette expérience et qu'elle a pu rencontrer, que le suivi de cette expérimentation semble interrompu et qu'il mériterait probablement d'être réactivé.

[476] La mission est du reste consciente des difficultés que peut comporter une mesure de généralisation de l'intégration des médicaments dans le budget soins pour de petits établissements n'ayant pas toujours les ressources humaines et la surface financière nécessaires pour en assumer tous les risques. La généralisation des PUI n'est pas non plus envisageable compte tenu des règles de qualité et de sécurité très contraignantes qui s'y appliquent.

[477] Le développement des PUI sur une base volontaire constitue une voie pragmatique parce que préparée et adaptée aux spécificités des établissements et aux contextes locaux. La mission préconise d'encourager nettement ce développement. À cet égard deux mesures pourraient constituer des signaux forts :

Recommandation n°16 : Prendre les textes nécessaires (décret) pour habiliter les groupements de coopération d'établissements médico-sociaux à créer une PUI.

Recommandation n°17 : Accepter que la création d'une PUI à dotation constante puisse constituer un moyen de s'exonérer des diminutions de crédits auxquelles seront astreints les EHPAD surdotés dits « en convergence ».

[478] Actuellement cette possibilité d'exonération de diminutions de dotation est ouverte aux EHPAD qui créeraient des services nouveaux à budget constant, mais les circulaires budgétaires ne mentionnent que les structures destinées à accompagner ou renforcer la prise en charge des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer (PASA et UHR). Les PUI, qui touchent à la qualité du service rendu à l'ensemble des résidents et peuvent jouer un rôle central dans la prévention d'événements iatrogènes médicamenteux, mériteraient d'être explicitement mentionnées.

5.5.3. Développer les incitations à l'amélioration de la qualité

[479] Dans ce champ très vaste, on insistera sur deux orientations qui ne sont pas sans lien avec la régulation médico-économique d'ensemble du système :

Recommandation n°18 : Etendre et dynamiser les programmes de gestion du risque en EHPAD portés par les organismes d'assurance maladie et les ARS.

[108] Muriel Dahan, Pierre Naves, « Rapport d'évaluation de l'expérimentation de réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD sans pharmacie à usage intérieur », IGAS, rapport n° RM2010-133, septembre 2010.

[480] On notera avec beaucoup d'intérêt que les organismes d'assurance maladie se sont engagés dans des programmes de gestion des risques spécifiques aux EHPAD, en fonction d'orientations nationales déclinées ou enrichies au plan régional, en partenariat avec les ARS : actions de sensibilisation, visites des DAM (délégués de l'assurance maladie) dans les établissements, diffusion de fiches thématiques personnalisées permettant sur un sujet donné (par exemple la prescription de médicaments[109]) de situer les caractéristiques d'un établissement par rapport à des données de synthèse portant sur la circonscription de la caisse… Il existe ainsi toute une palette d'initiatives qui sont localement appréciées et peuvent être productives si elles sont conduites dans la durée, à une échelle suffisamment large et sur la base de données fiabilisées.

[481] Il serait par ailleurs utile d'élargir les thèmes traités (principalement iatrogénie médicamenteuse, prise en charge des maladies d'Alzheimer et des démences séniles) à de nouveaux sujets : mobilisation corporelle et rééducation, en y associant si possible les services du conseil général, dans la mesure où cette thématique dépasse le contour de la section soins (gymnastique adaptée, certaines formes d'éducation physique ou certaines techniques d'animation) ; prévention des hospitalisations et gestion des retours etc.

[482] Cet accent mis sur la gestion des risques et la diffusion des bonnes pratiques professionnelles peut être un jalon dans la perspective de l'évaluation puis de la certification des EHPAD.

[483] Une autre orientation consiste à individualiser au plan régional une réserve de crédits, au fur et à mesure que des marges pourront se reconstituer, pour appuyer des actions prioritaires d'amélioration de la qualité. C'est largement ce à quoi ont servi les crédits non reconductibles, mais la contrainte budgétaire conduit à resserrer et structurer cette stratégie au niveau régional. Il conviendrait d'y associer les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM), en les invitant à abonder le financement de ces actions prioritaires puisqu'ils ont financièrement bénéficié des passages massifs récents d'établissements en tarif global.

Recommandation n°19 : Créer un fonds régional pour l'amélioration de la qualité des soins aux personnes âgées et le mettre en œuvre en partenariat avec les OCAM qui y contribueraient.

5.5.4. S'appuyer sur une mutualisation des ressources

[484] Les défis auxquels l'évolution accélérée de leur population confronte les EHPAD ne pourront être relevés et traités sans de larges efforts de mutualisation, dans un secteur dispersé et hétérogène, mais très enraciné dans la vie locale.

[485] On a déjà évoqué un axe de mutualisation souhaitable à propos des PUI. D'autres sont aussi à considérer tout particulièrement : animation de la politique gériatrique en établissements sur un territoire, pouvant aboutir à des recrutements partagés (diététicienne[110], qualiticien[111], profils médico-techniques, case management…), présence d'une infirmière de nuit, actuellement inexistante mais tout à fait déterminante pour la prévention des hospitalisations en urgence…

[109] Ce qui permet en particulier de diffuser les recommandations de bonnes pratiques de la Haute autorité de santé en matière de prévention de la iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées.
[110] Emploi relevant de la section hébergement
[111] Idem.

[486] L'État doit appuyer une dynamique de mutualisation à travers les outils contractuels existants (CPOM, par exemple, très peu utilisés dans le champ des personnes âgées). Ce type d'approche devrait être centré sur des projets mutualisés pluri-établissements relevant d'une logique bien distincte des conventions tripartites construites généralement autour d'un seul établissement. On peut du reste imaginer là aussi que, lorsqu'un établissement « en convergence » est un acteur majeur d'un projet mutualisé, son investissement budgétaire sur des postes éligibles à la section soins puisse être considéré comme un moyen de s'acquitter de ses obligations budgétaires.

Recommandation n°20 : Appuyer dans le champ des EHPAD le développement des projets de mutualisation entre plusieurs établissements.

Nathalie DESTAIS Vincent RUOL Michel THIERRY

Liste des recommandations

N°	Recommandation
1	Rouvrir dès 2012 l'exercice de l'option entre tarif global et tarif partiel
2	Mettre en œuvre d'ici fin 2012 un partage systématique d'information entre caisses d'assurance maladie et ARS. Expertiser la faisabilité technique d'une information de l'assurance maladie, à partir de la carte Vitale, sur les consommations de soins payés par les EHPAD en tarif global
3	Informer les établissements des montants remboursés à l'ensemble de leurs résidents, ventilés par poste, avec si possible l'indication de quelques références pertinentes
4	Expertiser la création d'une base de données nationale regroupant par établissement des données sur les actes de soins de ville et les séjours hospitaliers, y compris psychiatriques
5	Créer un échantillon durable de suivi des coûts, dont la gestion pourrait être confiée à l'ATIH
6	Procéder à une pause dans la revalorisation de la valeur du point du tarif global sans PUI sur les exercices 2012 et 2013
7	Evaluer les conditions d'une intégration de l'ensemble des dépenses d'auxiliaires médicaux dans le tarif partiel pour une éventuelle application à compter de 2013
8	Ne pas créer d'automatisme dans l'allocation des ressources et ménager des marges d'adaptation à chaque établissement
9	Recommandation n°9 : Fixer dans chaque nouvelle convention une cible finale en matière de ratios d'encadrement et organiser un cheminement sur l'ensemble de la période conventionnelle
10	Ajuster le montant de la dotation lors du passage au tarif global, en fonction des consommations antérieures des résidents sur les postes intégrés dans le tarif
11	Identifier au niveau des comptes administratifs le suivi des postes relatifs aux dépenses de soins, notamment pour les postes correspondant à la différence de périmètre entre tarif partiel et tarif global
12	Explorer et tester des possibilités de modulation de la formule de tarification au GMPS
13	Engager une programmation pluriannuelle de transferts en provenance de l'enveloppe soins de ville
14	Encourager les recrutements de médecins gériatres salariés à plein temps partageant leur activité entre fonctions de coordination et de médecin traitant éventuellement dans des établissements différents
15	Étendre aux praticiens intervenant en EHPAD les dispositions de la convention médicale sur la prise en charge par l'assurance maladie d'une partie de leurs cotisations sociales indépendamment de l'option tarifaire de l'établissement
16	Prendre les textes nécessaires (décret) pour habiliter les groupements de coopération d'établissements médico-sociaux à créer une PUI
17	Accepter que la création d'une PUI à dotation constante puisse constituer un moyen de s'exonérer des diminutions de crédits auxquelles seront astreints les EHPAD surdotés dits « en convergence »
18	Etendre et dynamiser les programmes de gestion du risque en EHPAD portés par les organismes d'assurance maladie et les ARS
19	Créer un fonds régional pour l'amélioration de la qualité des soins aux personnes âgées et le mettre en œuvre en partenariat avec les OCAM qui y contribueraient
20	Appuyer dans le champ des EHPAD le développement des projets de mutualisation entre plusieurs établissements

Lettre de mission

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère du travail, de l'emploi et de la santé
Ministère du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat
Ministère des solidarités et de la cohésion sociale

Paris, le 23 FEV 2011

Le Ministre du travail, de l'emploi et de la santé

Le Ministre du budget, des comptes publics,
de la fonction publique et de la réforme de l'État,
porte-parole du Gouvernement

La Ministre des solidarités et de la cohésion sociale

à l'attention de

Monsieur le chef de service de l'Inspection Générale des Affaires Sociales

Les modalités de tarification des établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) permettent d'opter pour un périmètre de charges plus ou moins étendu à couvrir par les dotations soin solvabilisées par l'ONDAM personnes âgées.

Ainsi, au-delà d'un socle commun à tous les EHPAD comprenant la couverture des salaires et charges de personnels infirmiers, aides soignants et médecin coordonnateur, l'option tarifaire dite globale inclut les dépenses relatives aux actes d'omnipraticiens, de kinésithérapeutes, de radiologie et de biologie relatifs aux personnes hébergées.

Le choix pour cette option tarifaire reste optionnel mais a connu une progression significative au cours de la période 2007-2009, notamment du fait de la revalorisation de la valeur en euro actée en 2006 dans le cadre du Plan Solidarité Grand Age (le point monétaire tarif global a été augmenté de +15%).

Or, depuis 1999 et la constitution d'une échelle de coût embryonnaire[3] dans le cadre de la mission d'accompagnement de la réforme de la tarification des établissements pour personnes âgées (MARTHE), aucune autre objectivation des coûts réels n'a été conduite, en particulier pour définir l'étagement entre l'option tarifaire partielle et l'option tarifaire globale.

[3] Echantillon Représentatif National des Etablissements pour Simuler la réforme de la Tarification (ERNEST) qui représentait 1029 établissements soit 10% des EHPAD

La poussée du tarif global dans le champ médico-social motive la demande de transfert des sommes aujourd'hui engagées sur le sous objectif soins de ville pour ces dépenses vers le sous objectif personnes âgées de l'ONDAM.

Les chiffrages macro économiques préliminaires réalisés d'une part par la CNAMTS et d'autre part par la CNSA oscillent entre 0,8 et 1Md€ mais sont tous deux fondés sur l'extrapolation du différentiel budgétaire entre les valeurs en euro aujourd'hui déterminées pour les options tarifaires partielle et globale. En comparaison, l'extrapolation réalisée par la CNAMTS à partir du système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM), du coût des prestations remboursées en ville pour les tranches d'âge 70-79 ans et 80 ans et plus aboutit à un coût annuel remboursable[4] sensiblement inférieur au gain financier des EHPAD optant pour le tarif global.

Par ailleurs, la CNSA a affiché lors des derniers comités de pilotage de l'ONDAM, un potentiel dépassement des crédits déterminés dans l'objectif global de dépenses (OGD) pour assumer la médicalisation des EHPAD de l'ordre de 100 M€ directement corrélés à la proportion importante d'établissements passant en tarif global.

Enfin, au-delà de l'objectivation financière des sommes aujourd'hui engagées dans le cadre de l'ONDAM PA, aucune étude à ce-jour n'a été menée sur l'incidence des modes de financements différents de ces actes médicaux et paramédicaux en termes d'accès aux soins et de qualité de prise en charge.

Dans un souci d'efficience et de performance de la dépense d'assurance maladie mobilisée sur le grand âge, il semble donc impératif d'éclairer les motivations du choix des acteurs en matière de tarif global, analyser le niveau de soin servi aux personnes âgées et son adéquation à leur état médical et l'impact du mode de financement retenu sur la qualité de la prise en charge.

C'est la raison pour laquelle nous souhaitons :

- que vous réalisiez une comparaison des couts entre tarifs partiel/global et les soins de ville prévues en contrepartie. Vous pourriez établir sur un échantillon représentatif de personnes âgées résidant en EHPAD, similaires en termes de besoins en soins, un comparatif sur les dépenses d'actes d'omnipraticiens, kinésithérapeutes, examens de laboratoire et de radiologie réalisés lorsque le remboursement est effectué en ville, et lorsque la couverture financière de ces actes est assurée par la dotation soin de l'EHPAD ;

- que vous analysiez au regard des recommandations de bonnes pratiques cliniques les incidences de modes de financement différents sur l'intensité, la qualité et la pertinence des soins délivrés aux personnes âgées résidant en EHPAD (que ce soit en terme de ressources financières mobilisables, de pertinence des actes, de coordination des soins, d'observance des prescriptions émises).Il serait utile que vous analysiez les **déterminants présidant au choix de l'option tarifaire globale pour les acteurs concernés** (ARS, établissements, fédérations d'établissements) Vous pourrez aussi établir les interactions avec le champ hospitalier et notamment les hospitalisations évitables.

[4] Afin de comparer à isopérimètre, il est tenu compte de la base remboursable et non remboursée puisque dans le cadre du tarif global en EHPAD, les assurés n'ont aucun ticket modérateur à acquitter sur ces actes.

- que vous fassiez des propositions sur le pilotage du dispositif et le suivi des dépenses (rythme et modalités de transfert entre sous enveloppes de l'ONDAM). Vous pourrez en particulier mesurer l'état effectif des transmissions d'information des caisses d'assurance maladie relatives aux résidents en EHPAD qui permettrait de contrôler les dépenses remboursées sur les soins de ville.

Nous souhaitons que la mission fasse un point d'étape en avril 2011 et rende ses conclusions définitives au plus tard à la fin du mois de juin 2011.

Xavier BERTRAND
Ministre du travail, de l'emploi et de la santé

François BAROIN
Ministre du budget, des comptes publics,
de la fonction publique et de la réforme de l'État,
porte-parole du Gouvernement

Roelyne BACHELOT-NARQUIN
Ministre des solidarités et de la cohésion sociale

Liste des personnes rencontrées

Cabinet du ministre du travail, de l'emploi et de la santé :

Agnès	MARIE-ÉGYPTIENNE	Directrice adjointe du cabinet de la secrétaire d'État auprès du ministre du travail, de l'emploi et de la santé, chargée de la santé

Cabinet du ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'État :

Lionel	JOUBAUD	Conseiller technique Assurance maladie et accidents du travail-maladies professionnelles
Franck	VON LENNEP	Conseiller, pôle social, retraite, famille

Cabinet de la ministre des solidarités et de la cohésion sociale :

Thomas	FOURNIER D'HENNEZEL	Directeur adjoint de cabinet
Grégoire	FRANÇOIS-DAINVILLE	Conseiller chargé du financement du secteur handicap et du secteur médico-social
Fabrice	PERRIN	Conseiller budgétaire
Fabrice	STAAD	Conseiller chargé du financement de la dépendance et du secteur médico-social

Direction générale de la cohésion sociale :

Annick	BONY	Cheffe du bureau des services et des établissements
Frédéric	BOUDIER	Adjoint à la sous-directrice des affaires financières et de la modernisation
Serge	CANAPE	chef du bureau de la gouvernance du secteur social et médico-social
Marine	DARNAULT	Chargée de mission ONDAM
Sabine	FOURCADE	Directrice générale
Cécile	GUYADER	Sous-directrice des affaires financières et de la modernisation
Adeline	LEBERCHE	Adjointe au chef du bureau de la gouvernance du secteur social et médico-social
Virginie	MAGNANT	Cheffe du service des politiques d'appui
Aude	MUSCATELLI	Adjointe au sous-directeur de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées
Patrick	RISSELIN	Sous-directeur de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées
Jean-Christian	SOVRANO	Adjoint à la cheffe du bureau des services et établissements

Direction générale de l'offre de soins :

Samuel	PRATMARTY	Sous-directeur adjoint de la régulation de l'offre de soins

Direction de la recherche, de l'évaluation et des études statistiques :

Joëlle	CHAZAL	Cheffe du bureau des établissements sociaux, action sociale locale et professions
Ronan	MAHIEU	Sous-directeur de l'observation de la solidarité

Direction de la sécurité sociale :

Caroline	BUSSIERE	Adjointe au chef de la mission de coordination et de gestion du risque maladie
Laurent	CAUSSAT	Sous-directeur des études et des prévisions financières
Emmanuel	CHION	Secrétaire du comité de pilotage de l'ONDAM
Jérôme	CLERC	Chef du bureau des établissements de santé et établissements médico-sociaux
Laure-Marie	ISSANCHOU	Adjointe au chef du bureau des établissements de santé et établissements médico-sociaux
Katia	JULIENNE	Sous-directrice du financement du système de soins
Dominique	LIBAULT	Directeur
Romain	ROUSSEL	Chef du bureau économie de la santé
Irina	SCHAPIRA	Chef de la mission de coordination et de gestion du risque maladie

Conseil d'État :

Bertrand	DACOSTA	Maître des requêtes, membre de la mission juridique du Conseil d'État auprès du ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie :

Hervé	DROAL	Directeur délégué des établissements et services médico-sociaux
Laurent	GRATIEUX	Directeur adjoint
Pierre-Yves	LENEN	Responsable du pôle Allocation budgétaire
Hélène	MARIE	Chargée de mission pour la programmation de l'offre de soins
Laurent	VACHEY	Directeur

Agences régionales de santé :

Agence régionale de santé d'Aquitaine :

Bénédicte	ABBAL	Responsable Allocation de ressources et Régulation budgétaire

Marie-Louise	ALVAREZ MONTORRA	Inspectrice des affaires sanitaires et sociales - délégation territoriale des Pyrénées Atlantiques
Marie-Noëlle	BROSSARD	Inspectrice des affaires sanitaires et sociales - délégation territoriale de Gironde
Sophie	CAILLET	Inspectrice des affaires sanitaires et sociales - délégation territoriale de Gironde
Christophe	CANTO	Inspecteur principal des affaires sanitaires et sociales - délégation territoriale de Gironde
Yolande	CARRERAS	Inspectrice des affaires sanitaires et sociales - délégation territoriale de Gironde
Geneviève	COTTAVOZ	Inspectrice des affaires sanitaires et sociales - délégation territoriale des Landes
Anne	DANET	Responsable de l'offre médico-sociale - délégation territoriale des Pyrénées Atlantiques
Aurélie	DESAGES	Chargée de mission Allocation de ressources et Régulation budgétaire
Philippe	FORT	Directeur de la délégation territoriale de la Gironde
Nicole	KLEIN	Directrice générale
Viviane	LUFFLADE	Responsable du département de l'offre médico-sociale
Violette	MONTAMAT	Directrice adjointe de la délégation territoriale des Pyrénées Atlantiques
Dr Dominique	PAILLEY	Médecin conseil - référent PATHOS
Fabienne	RABAU	Directrice de la santé publique et de l'offre médico-sociale

Agence régionale de santé d'Auvergne :

Martine	BRUN	Responsable de la tarification et du suivi des EHPAD - délégation territoriale du Puy de Dôme
Claude	CHOTEAU	Chargé du financement et du suivi des établissements et services pour personnes âgées
Jean-Claude	DEFOSSE	Pharmacien inspecteur
Jean-Marie	DIBATISTA	Chef de la mission performance et stratégie
Joël	MAY	Directeur de l'offre médico-sociale - délégué territorial du Puy de Dôme
Marie-Laure	PORTRAT	Chef du bureau des financements et de l'efficience des établissements médico-sociaux
Dr Jean	WEBER	Médecin conseil - référent PATHOS

Agence régionale de santé d'Île de France :

Isabelle	BILGER	Responsable du département allocation de ressources

Marc	BOURQUIN	Directeur du pôle établissements médico-sociaux
Myriam	BURDIN	Responsable du pôle Offre de soins et médico-sociale - délégation territoriale des Yvelines
Claude	EVIN	Directeur général
Frédéric	GUENARD	Inspecteur des affaires sanitaires et sociales - délégation territoriale des Yvelines
Christine	VUILLAUME	Chef du département médico-social - délégation territoriale des Yvelines

Agence régionale de santé de Lorraine :

Valérie	BIGENHO-POET	Référent personnes âgées - délégation territoriale des Vosges
Dr Jean-Marie	CAUSERET	Médecin valideur PATHOS
Catherine	GALAFFU	Référent personnes âgées - délégation territoriale de Moselle
Dr Catherine	GUYOT	Médecin conseil - référent PATHOS
Jean-Marc	LE MOIGNE	Référent personnes âgées - délégation territoriale de Meurthe et Moselle
Karine	MAZET	Référent personnes âgées
Dr Patrick	MORVAN	Directeur de l'offre médico-sociale
Philippe	ROMAC	Délégué territorial de la Meurthe et Moselle

Agence régionale de santé du Nord Pas de Calais :

Dr Emmanuelle	CERF	Médecin conseil - référent PATHOS
Isabelle	DELMOTTE	Gestionnaire de l'enveloppe personnes âgées
Claude	FOURNIER	Inspecteur des affaires sanitaires et sociales
Daniel	LENOIR	Directeur général
Frédéric	LEYSENS	Adjoint au chef du département de la régulation financière
Aline	QUEVERUE	Chef du département de la régulation financière
Monique	WASSELIN	Directrice adjointe de l'offre médico-sociale

Agence régionale de santé des Pays de la Loire :

Valérie	BEROL	Pharmacienne inspectrice
Dr Monique	BITOUN	Médecin conseil - référent PATHOS
Maritxu	BLANZACO	Chef du secteur médico-social
Laurent	CASTRA	Directeur accompagnement et soins
Marie-Sophie	DESAULLE	Directrice générale
François	GRIMONPREZ	Responsable de la qualité
Juliette	MARTIN	Chargée de projet allocation
Fabienne	NIEL	Chargée de projet allocation
Laurence	PESRIN	Inspectrice des affaires sanitaires et sociales
Patricia	SALOMON	Chef du service de l'accompagnement médico-social

Karine	VIAU	Inspectrice des affaires sanitaires et sociales

Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP-Santé) :

Bruno	GROSSIN	Responsable du pôle Etudes et Conseils
Anne	MONNIER	Directrice du pôle Territoires

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) :

Dr Max	BENSADON	Directeur adjoint
Housseiny	HOLLA	Directeur

Régime général d'assurance maladie :

Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés :

Dr Pierre	FENDER	Directeur du contrôle - contentieux et de la répression des fraudes
Claude	GISSOT	Directeur adjoint de la stratégie, des études et des statistiques
Garmenick	LEBLANC	Économiste de la santé, département de l'hospitalisation, direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins
Mathilde	LIGNOT-LELOUP	Directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins
Dominique	POLTON	Directrice de la stratégie, des études et des statistiques
Jean-François	ROUGET	Chargé de mission médico-social, département de l'hospitalisation, direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins
Dr Gaetano	SABA	Responsable du département investigations et répression des fraudes, fautes et abus

Caisse primaire d'assurance maladie de Bayonne :

Alain	BROUSSE	Directeur
Catherine	CASEMAJOR	Chef du service des affaires juridiques et de la lutte contre la fraude
Francine	DUPLASSO	Chef du service des établissements
Valérie	FABRE	Chef du service de la maîtrise de la régulation
Véronique	TOULOUSE	Directrice de la production et de la régulation

Caisse primaire d'assurance maladie du Hainaut :

Marie-Line	CHRISTOPHE	Responsable de la gestion du risque ville / hôpital
Bernard	EVRARD	Adjoint au responsable du département Conseil et règlements aux établissements
Dominique	GENNOT	Sous directeur Prestations
Emmanuelle	HOAREAU SAUTIERES	Directrice adjointe
Marie-Lise	RIBAUCOUR	Responsable du département Conseil et règlements aux établissements
Charles	SERRANO	Directeur
Michel	VALCKE	Fondé de pouvoir

Edmonde	VILAIN	Sous directrice, fondée de pouvoir
Dr Thierry	WARTEL	Médecin-conseil, chef de service

Caisse primaire d'assurance maladie de Loire-Atlantique :

Olivier	BUSSON	Chargé de mission Gestion du risque

Caisse primaire d'assurance maladie du Loiret :

Olivier	HUMBERT	Responsable des Relations conventionnelles et de la Maîtrise médicalisée
Marie-Christine	LANDRY	Responsable adjointe du service Relations et paiements aux établissements

Caisse primaire d'assurance maladie de Meurthe et Moselle :

Fabienne	HUET	Sous-directrice
Patrice	MANGINOT	Responsable du pôle Etablissements
Henri	MOLON	Directeur
Chantal	PATTEGAY	Référente technique au pôle Etablissements

Caisse primaire d'assurance maladie de Paris :

Danielle	BEER	Directrice de la régulation et de la prévention
Fabrice	BROCOLINI	Direction de la maîtrise d'ouvrage
Christophe	DESHOURS	Chef de projet EHPAD
Marie-Laurence	DOS SANTOS	Responsable du service des établissements publics, département des établissements de santé
Sonia	LECLERCQ	Direction de la maîtrise d'ouvrage
Marie-Pierre	RAJAONARISON	Responsable du pôle Statistiques et système informationnel
Christine	SOULIER	Coordonnateur du département des établissements de santé

Caisse primaire d'assurance maladie du Puy-de-Dôme :

Aude	BLOUX	Responsable du service des établissements, direction des prestations

Caisse primaire d'assurance maladie de Rouen-Dieppe-Elbeuf :

Hugues	BARDOUX	Directeur adjoint
Pascal	DIQUELOU	Responsable des statistiques
Lise	LESEIGNEUR	Responsable du département des prestations en nature
Jean-Luc	NICOLLET	Directeur

Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes :

Centre d'action sociale de la Ville de Paris :

Laure	de la BRETECHE	Directrice
Marc	DENRY	Chef du bureau de l'analyse, du budget et de la prospective
Diane	PULVENIS-DEMICHEL	Sous-directrice des services aux personnes âgées

EHPAD *Korian Plaisance* (Nancy) :

Christelle	FEESER	Infirmière coordonatrice
Dr Xavier	MOREAU	Médecin coordonateur
Geneviève	MOREAUX	Directrice

EHPAD *La faïencerie* (Sceaux) :

Marie-Thérèse	BOURIGAN	Cadre de santé
Arnaud	DU CLOSEL	Directeur
Dr Guy	VAN DEN DRIES	Médecin coordonateur

EHPAD *La garenne* (Saint Mars la Jaille) :

Dr Jacques	JAMOIS	Médecin coordonateur
Vincent	SLAVIC	Directeur

EHPAD *La Jonquière* (Honnecourt sur Escaut) :

Elisabeth	LANSIAUX	Cadre de santé
Bertrand	LEDOUX	Directeur général adjoint de l'association ACCESS
Jean-Louis	PLAYE	Directeur de l'association ACCESS

EHPAD *La Madeleine* (Lille) :

Hervé	BOURGEOIS	Cadre de santé
Dr Véronique	CHARVET	Médecin coordonateur
Nellie	PEPIN	Directrice

EHPAD *La source d'Auteuil* (Paris) :

Dr Olivier	DEBIEN	Médecin coordonateur
Isabelle	DUBREZ	Directrice
Marie	POINDRON	Adjointe de direction

EHPAD *Les doyennés des Corallines* (La Baule) :

Alain	du PLESSIX	Directeur

EHPAD *Les Sablons* (Pulnoy) :

Dr Véronique	LAVIGNE	Médecin coordonateur
Xavier	LEFEVRE	Directeur
Pascale	VAUTRIN	Cadre de santé

EHPAD *Les Savarounes* (Chamalières) :

Noëlle	FLEURY	Responsable budgétaire et financière
Dominique	LAVAL	Cadre supérieur de santé
Rodolphe	PORTEFAIX	Directeur par intérim

EHPAD *L'Ombelle* (Maringues) :

Carole	CALLEJON	Cadre de santé
Yvette	CHERASSE	Cadre de santé
Dr Pierre	JOFFROIS	Médecin coordonateur
Christian	PEZECHKE	Directeur

EHPAD *L'Oseraie* (Nancy) :

Catherine	CHAIX	Directrice

EHPAD *Maison de retraite protestante* (Nanterre) :

Agnès	BRUGUIER	Directrice
Bénédicte	JOUAS	Infirmière coordonatrice

Mathilde	LAUNAY	Ergothérapeute
Dr Guy	MAZEAU	Médecin coordonateur

EHPAD *Maison de retraite Terre Negre* (Bordeaux) :

Dominique	CAMPISTRAU	Responsable financière
Marie-Claude	JEAN	Pharmacien
Bernard	ROUGIER	Directeur
Dr Michel	SERRE	Médecin coordonateur

EHPAD *Résidence Dronsart* (Bouchain) :

Franck	BRIDOUX	Directeur
Delphine	TISON	Cadre de santé

EHPAD *Résidence du Hâvre* (Oudon) :

Armelle	COURTOIS	Pharmacienne, chef du pôle Pharmacie-Hygiène-Stérilisation du centre hospitalier d'Ancenis
Patrick	GIRAUD	Directeur du centre hospitalier d'Ancenis
Betty	LHERIAUD	Cadre de santé
Olivier	MEREAU	Directeur adjoint du centre hospitalier d'Ancenis, directeur délégué de l'EHPAD d'Oudon

EHPAD *Résidence du parc* (Saint Amand les eaux) :

Sylvie	DONNEZ	Directrice
Véronique	DUCOLOMBIER	Infirmière

EHPAD Hôpital local (Monségur) :

Dr Charles	BIDOUL	Médecin coordonateur
Serge	PINSON	Cadre de santé
Nathalie	SYNDIQUE	Directrice

EHPAD *Marie Caudron Fourcade* (Bayonne) :

Dr Cristina	ARAMENDIA	Médecin coordonateur
Sandrine	BELICOT	Infirmière coordonatrice
Maryse	LACOSTE	Directrice

EHPAD *Rothschild* (Paris) :

Alain	DANOWICZ	Pharmacien
Luc	PELLETIER	Directeur

EHPAD *Villa Pia* (Bordeaux) :

Dr Nathalie	BOURDIN	Médecin coordonateur
Karl	DELAPORTE	Cadre de santé
Raphaël	DIAZ	Secrétaire général de l'association
Rodolphe	KARAM	Directeur
Élodie	LAFFONT	Adjointe de direction de l'EHPAD
Nadim	MEKKAOUI	Responsable financier
Daniel	PARENT	Directeur général de l'association

Groupe Korian :

François	MERCEREAU	Directeur opérationnel
Rose-marie	VAN LERBERGHE	Présidente directrice générale

Groupe Le Noble Age :

Dr Michel	BALLEREAU	Conseiller du président
Dr Christine	PASSERAT-BOULADE	Directrice médicale et qualité
Émilie	SAVARIAU	Responsable des relations avec les conseils généraux et les agences régionales de santé
Willy	SIRET	Directeur général délégué

Organisations syndicales et fédérations professionnelles :

Syndicats de praticiens libéraux et de pharmaciens :

Claude	BAROUKH	Secrétaire général, Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF)
Gilles	BONNEFOND	Président, Union des syndicats de pharmaciens d'officine (USPO)
Dr Michel	COMBIER	Président, Union nationale des omnipraticiens français, Confédération des syndicats médicaux français (UNOF / CSMF)
Frédéric	LAURENT Et Emmanuelle BALBI	Président / juriste, Union nationale des pharmacies de France (UNPF)
Dr Philippe	MARISSAL	Président, Syndicat national des généralistes intervenant en EHPAD (vice-président chargé de la dépendance), MG France
Cyrille	PERNOT	Responsable de la communication et des relations institutionnelles, Fédération française des masseurs kinésithérapeutes rééducateurs (FFMKR)

Syndicats et fédérations d'établissements et de médecins coordonateurs :

Michel	BALLEREAU Et Antoine FRAYSSE	Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées (SYNERPA)
Grégoire	BELLUT	Correspondant régional Île de France, Association des directeurs au service des personnes âgées (AD-PA)
David	CAUSSE Et Bénédicte ROCH-DURAND	Coordonnateur du pôle santé-social, et Conseillère chargée des personnes âgées, Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP)
Dr Xavier	GERVAIS	Secrétaire général, Fédération française des associations de médecins coordonnateurs en EHPAD (FFAMCO)
Murielle	JAMOT	Adjointe au délégué général, chargée du secteur social et médico-social Fédération hospitalière de France (FHF)

Marie	STEHLY	Responsable des relations institutionnelles, Fédération nationale Avenir et Qualité de vie des personnes âgées (FNAQPA)
Alain	VILLEZ	Conseiller technique chargé des personnes âgées, Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS)

Personnalités qualifiées :

Cécile	COURRÈGES	Ancienne directrice générale de l'ARS de Bourgogne
Laurence	ESLOUS	Ancienne sous-directrice des services aux personnes âgées du Centre d'action sociale de la Ville de Paris
Pierre	GAUTHIER	Ancien directeur de l'action sociale
Dr Alain	LION	Gériatre, médecin libéral et gestionnaire d'EHPAD, membre du bureau de la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie
Philippe	VINARD	Économiste de la santé, directeur d'Alter Santé Internationale, prestataire d'une étude pour la DREES en 2011 sur les stratégies comptables et financières des EHPAD
Jean-Philippe	VINQUANT	Secrétaire général du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (entretien téléphonique)

Observations de la CNSA sur le rapport provisoire

Lettre du 5 septembre 2011 de la CNSA :

Objet : Rapport provisoire relatif au financement des soins dispensés dans les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et à l'évaluation de l'option tarifaire dite globale (Rapport RM 2011-113P)

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-dessous les observations de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie sur le rapport provisoire cité en objet.

Je tiens au préalable à souligner l'intérêt et la qualité et de ce document qui traite de façon très complète de la problématique du financement et de la régulation de la dépense de soins en EHPAD et apporte des réponses et propositions concrètes pour éclairer les choix à opérer et améliorer le pilotage et l'efficience de cette dépense.

§ 3 : l'évolution des modalités du financement de la médicalisation des EHPAD et, en particulier, du passage au tarif global s'explique notamment par l'évolution des conditions d'équilibre de l'ONDAM et du budget de la CNSA. Jusqu'à 2009, la possibilité financer une croissance rapide de l'objectif global de dépenses (OGD), notamment grâce à un ONDAM médico-social dynamique et à l'utilisation des excédents des années précédentes constatés au budget de la CNSA, explique le volontarisme des pouvoirs publics sur le tarif global mais également sur l'ensemble de la tarification dite « au GMPS » (convention de 2eme génération). Dans ce contexte, le mode de répartition des crédits de médicalisation mis en œuvre par la CNSA (modalités décrites dans l'annexe 4 de la répartition des dotations régionales et départementales 2008 et enveloppes anticipées 2009-2010) dit « sur facture » , c'est-à-dire sur la base des conventions réellement passées, avait pour but à la fois de ne pas constituer d'excédents dans les dotations des départements où la médicalisation progressait lentement et de ne pas freiner les DDASS ayant une capacité à faire plus importante que les autres.

Inversement, le ralentissement du taux de progression de l'ONDAM médico-social et la volonté de réduire les excédents structurels constatés dans la gestion de l'OGD ont conduit en 2010 à revenir à la notification d'enveloppes de médicalisation strictement limitatives dès le début de campagne. En outre, le constat opéré au cours de la campagne 2010 d'un volume d'engagement de crédits de médicalisation pris par les services déconcentrés de l'État en 2009 puis par les ARS en 2010 (avec souvent un effet différé à l'année suivante) supérieur aux crédits disponibles au niveau national, notamment du fait d'une croissance rapide du nombre de conventions impliquant un passage au tarif global a conduit à l'instruction de gel du développement de cette option tarifaire en décembre 2010.

§ 5 : l'avantage « économique » du tarif global par rapport au tarif partiel provient notamment des revalorisations successives qui ont été appliquées à la valeur du point du « GIR moyen pondéré soins » (GMPS) : + 15% en 2006 ; sur-actualisation de plus de 2% en 2009 par rapport à la valeur du point du tarif partiel. Faute d'études de coûts réels actualisées, ces revalorisations n'ont pas été déterminées sur la base de l'observation des écarts réels de charges des établissements selon les options tarifaires. En particulier, la mesure des dépenses de soins de ville générées par les EHPAD en tarif partiel n'était pas disponible.

§ 10 : Il est à noter que ce facteur « taille de l'EHPAD » n'est pas pris en compte dans l'équation GMPS alors qu'il l'était dans les dotations des conventions de premières générations qui aménageaient le plafond de ressources théorique de l'EHPAD (DOMINIC +35%) pour les structures de moins de 60 places (ce qui tend donc à réduire le gain de la tarification au GMPS pour les EHPAD de moins de 60 places).

§ 25 : Un seul transfert de l'enveloppe de soins de ville vers l'enveloppe médico-sociale a été opéré sur les exercices 2001 et 2002 pour un montant global de 182 M€ destiné à accompagner le financement de la médicalisation de première génération des EHPAD. Il n'y a plus eu depuis de transferts de même nature, sinon pour couvrir un élargissement du périmètre des dépenses des EHPAD comme dans le cas de l'intégration des dispositifs médicaux en 2008 et 2009 (320 M€) et dans le cadre de l'expérimentation de l'intégration des médicaments dans le budget soins en 2010 (47 M€).

§ 38 : La rédaction de l'article L 314-2 citée pour ce qui concerne la section soins n'a pas été mise en œuvre par décret. De fait, aujourd'hui, le directeur de l'agence régionale de santé (ARS) continue de fixer la dotation globale de financement des soins en fonction des dépenses de la section figurant dans le budget prévisionnel de l'EHPAD et non pas en application d'un barème et de règles de calcul. Toutefois, le montant de cette dotation est limité par un plafond qui, lui, est déterminé en application d'un barème et de règles de calcul réglementaire (arrêté du 26 février 2009 modifié).

§ 43 : L'analyse sur les retards constatés dans le lancement des campagnes tarifaires doit être précisée. Il est exact que la publication de la décision du directeur de la CNSA fixant les dotations régionales constitue le point de départ du délai réglementaire de 60 jours laissé aux ARS pour répondre aux propositions budgétaires des établissements et prendre leurs décisions tarifaires. Mais, précisément parce qu'il s'agit d'un délai maximal, il est important pour les ARS de recevoir, avant la publication de la décision du directeur de la CNSA, les notifications de crédits et les instructions techniques leur permettant de préparer leur campagne. Pour cette raison, le vrai point de départ de la campagne pour les ARS est la réception de la circulaire budgétaire préparée par les administrations centrales et de l'instruction technique de la CNSA. Ainsi, l'instruction de la CNSA relative au secteur personnes âgées a été adressée aux ARS :

- pour 2009, le 13 février, soit 2 mois avant la publication de la décision du directeur de la CNSA ;
- pour 2010, le 14 juin, soit deux semaines seulement avant la publication de la décision;
- pour 2011, le 5 mai, soit trois semaines avant la publication de la décision.

Davantage que la publication tardive de la décision du directeur de la CNSA, les ARS critiquent le retard pris dans la notification des crédits et le raccourcissement du délai entre celle-ci et cette publication.

§ 44 : Pour la raison évoquée au §33, l'application automatique de l'équation tarifaire n'est à ce jour pas conforme au dispositif juridique. En effet, la tarification des EHPAD est actuellement « au milieu du gué » : comme l'ensemble des établissements et services médico-sociaux, les EHPAD relèvent juridiquement d'une « tarification à la dépense » dans laquelle le tarificateur fixe le niveau du tarif au regard des demandes budgétaires de l'établissement et des moyens disponibles. Pour les EHPAD, s'impose en outre le respect de tarifs plafonds. En droit, le tarif ne résulte donc pas de l'application mécanique de l'équation GMPS mais de l'appréciation du budget prévisionnel de l'EHPAD, dans la limite des moyens définis par l'équation GMPS. C'est le décret tarifaire résultant de l'application du nouvel article L 314-2 du CASF issu de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 qui devait transformer la dotation globale en forfait global égal au plafond qui serait ainsi devenu la norme de financement. La coexistence de dispositions législatives nouvelles instaurant ce mode de tarification et de dispositions réglementaires restant fondées sur une tarification « à la dépense », de même que l'affichage du GMPS comme représentant la charge en « soins requis », ont probablement conforté ce glissement dans les pratiques des tarificateurs.

§ 45 : L'ambigüité de la rédaction actuelle de l'article L 314-2 du CASF soulignée par la mission résulte surtout de l'absence de publication du décret qui en aurait précisé les modalités d'application.

Dans ce contexte juridique incertain, l'utilisation par les ARS du plafond comme norme de financement, peut correspondre à la fois à l'objectif d'anticiper sur ce qui devait devenir le mode de financement de droit des EHPAD et à une volonté de simplification : en allouant la dotation plafond, les ARS ont l'assurance de respecter la norme réglementaire et, de ce fait, de pouvoir clore rapidement la procédure budgétaire contradictoire puisque l'établissement sait qu'il ne pourra obtenir davantage.

Cette pratique renvoie aussi à l'équilibre missions / moyens humains des ARS, une application plus individualisée des règles de financement exigeant une analyse approfondie de l'équilibre emplois / ressources de l'établissement et, dans le cas d'un passage au tarif global, une analyse de la consommation de soins de ville, mobilisant davantage les équipes dans la préparation et la conduite de la négociation (cf. § 398 et suivants).

§ 46 : Les nouvelles dispositions de l'article L 314-9 du CASF modifié par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 prennent en compte la création des ARS en transférant aux médecins y exerçant les compétences dévolues antérieurement aux médecins conseils de l'assurance-maladie en matière de contrôle et d'évaluation.

§ 56 : Il faut ajouter que d'autres circulaires ont ajouté de nouvelles priorités de réalisation des coupes PATHOS à celles citées dans ce paragraphe rendant cette priorisation moins lisible :

Ainsi, la circulaire interministérielle N°DGAS/DSS/2008/54 du 15 février 2008 prévoit notamment :
[…] Les établissements pouvant prétendre à ce nouveau mode de calcul de leur dotation soins (GMPS) sont prioritairement les suivants :

- ceux qui renouvellent leur convention tripartite en 2008 ;

- ou ceux dont le GMP validé est supérieur ou égal à 800 ;

- ou ceux qui ont opté ou décideraient d'opter pour le tarif global.

Au-delà de ces établissements prioritaires, dès lors que le disponible d'enveloppe le permet, peuvent bénéficier du calcul de leur dotation "soins" sur la base du GMPS, sous réserve de disposer d'une coupe PATHOS ayant fait l'objet d'une validation explicite par la direction régionale du service médical de la CRAM :

- les établissements nouvellement créés ;

- les établissements dont les moyens acquis antérieurement, via le mode de calcul de la DOMINIC, ont été contenus dans les limites du plafond qui prévalait alors dans les circulaires successives et s'avèrent désormais insuffisants ;

- les établissements dont le GMP est supérieur à 700 ;

- à titre exceptionnel et dans les conditions prévues par la présente circulaire, les établissements primo-conventionnant évoqués supra au I -1-a-2 qui rencontreraient de graves difficultés financières. […]

La même circulaire précise en outre que les établissements ont la possibilité de demander une fois par an la révision annuelle du GMP de leurs résidents (R 314-170 du CASF) mais que, afin de

maintenir une charge de travail acceptable et d'éviter des modifications trop fréquentes incompatibles avec une gestion prévisionnelle, une coupe Pathos est réalisée tous les deux ans. Il faut ajouter qu'au vu des moyens financiers disponibles et des charges de travail induites par le contrôle et la validation des coupes PATHOS, un moratoire a été décidé en 2010 sur cette échéance de renouvellement tous les 2 ans.

Par ailleurs, dans le contexte de la mise en place de la convergence tarifaire, la circulaire du 31 mai 2010 recommande aux ARS de prêter une attention particulière aux établissements qui y sont soumis, ou qui risqueraient d'y être soumis, après validation d'une coupe validant un GMPS en baisse.

Enfin, les établissements candidats à l'ouverture d'une unité spécialisée pour malade d'Alzheimer bénéficient également d'une priorité pour la validation d'une coupe PATHOS.

Comme le propose la mission (cf. § 370), il serait souhaitable d'unifier et de clarifier les règles de priorité pour permettre aux équipes des ARS d'établir, avec les établissements, une programmation pluriannuelle du travail de validation.

§ 65 : L'affirmation selon laquelle la convergence est le seul mode de régulation de l'OGD résulte de l'analyse de la relation ARS-établissement. À l'échelon national, d'autres mécanismes de régulation de l'OGD ont été mis en œuvre telles que les réfactions temporaires et définitives (une part importante de ces dernières concernant des crédits de médicalisation non engagés) opérées sur les bases régionales 2010 à la suite des recommandations de la mission IGAS/IGF sur la consommation des crédits de l'OGD, ou les mesures de mise en réserve appliquées depuis 2 ans sur les différentes composantes de l'ONDAM et sur l'OGD.

§ 67 - Note de bas de page 20 : le pathos moyen pondéré national (PMP) de 168 publié dans la circulaire 2011 correspond à la moyenne nationale des PMP constatés sur la période 2008-2010 et permet le calcul du tarif plafond des EHPAD ne relevant pas encore de la tarification au GMPS. Le PMP moyen national de 180 correspond aux coupes validées au cours du seul exercice 2010.

§ 96 : La CNSA n'a pas été destinataire de l'étude de la CNAMTS ni de la note de la DSS citées par la mission et n'est donc pas en mesure de confirmer les chiffres indiqués. La non transmission de ces informations à la Caisse chargée de la gestion des crédits illustre bien le cloisonnement du pilotage de la dépense souligné par ailleurs par la mission.

§ 99 : l'écart de 30% entre les valeurs de point du tarif partiel et du tarif global ne peut être en totalité objectivé dans la mesure où, dès son lancement en 2006 (et non pas en 2008), la tarification au GMPS a intégré l'impact d'un arbitrage ministériel consistant à revaloriser le tarif global de 15% (cf. circulaire DGAS/DHOS/DSS/CNSA/2006/447 du 17 octobre 2006 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2006 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées) alors qu'on ne disposait pas d'études de coûts actualisées permettant de rapprocher les valeurs de points des dépenses réelles des établissements. L'objectif de cette revalorisation était notamment de permettre aux EHPAD sous tarif global accueillant les personnes les plus dépendantes (GMP > 800) d'atteindre le taux d'encadrement d'1 professionnel par lit retenu par le plan solidarité grand-âge (PSGA).

§ 108 : La dernière extraction de SAISEHPAD en date du 1er juillet 2011 évalue le stock de conventions à renouveler à hauteur de 2540.

§ 126 à 128 : Le nouveau système d'information mis en place par la CNAMTS peut effectivement contribuer à améliorer la connaissance de la dépense de soins des résidents en EHPAD. Mais, comme le souligne la mission, il faudrait pour cela que l'information identifiant un assuré comme résidant en EHPAD soit intégrée en routine dans le SNIIRAM et disponible en temps réel pour les ARS.

§ 146 : Ce paragraphe vise les établissements passés au tarif global et non au tarif partiel.

§ 325 La mission rappelle à juste titre la nécessité de trouver une cohérence d'ensemble aux exercices de tarification, conventionnement et gestion du risque. Les indicateurs en cours d'expérimentation par les ARS dans le cadre du groupe gestion du risque en EHPAD piloté par la DSS (sous-groupe « efficience en EHPAD » piloté par la CNSA ; GDR médicaments) constituent les prémices d'une démarche de régulation médico-économique.

§ 335 à 346 : La mission a raison de souligner qu'il est nécessaire de clarifier les conditions d'intervention des professionnels libéraux lorsque ceux-ci sont rémunérés directement sur le budget de l'EHPAD. Il conviendrait notamment de préciser si l'EHPAD est en ce cas acheteur de prestations de services pour son propre compte ou bien s'il agit pour le compte de ses résidents assurés sociaux. La réponse à cette question détermine celle à de nombreuses interrogations pendantes :

- l'application du code des marchés publics aux EHPAD de statut public pour l'achet de ces prestations de service ;

- l'application des conventions entre l'assurance maladies et les catégories de professionnels intervenant dans les EHPAD et notamment de leurs dispositions tarifaires ;

- la prise en charge des cotisations sociales de ces professionnels par l'assurance maladie.

§ 347 à 352 : ces facteurs de rigidité point (clé 70-30 ; tableau des effectifs prévisionnels apprécié par les ARS) constituent un enjeu important : la poursuite du conventionnement s'accommode mal d'une trop forte rigidité tant de la part des ARS que des conseils généraux. Il pourrait être envisagé sur ce point de formaliser, sur la base d'études de coûts et d'organisation des EHPAD, des recommandations sur la structure d'encadrement globale (sur les 3 sections tarifaires). Sur la section soins en particulier, cela permettrait aux ARS de vérifier que l'assurance maladie finance, notamment dans les établissements en tarif global, une structure d'emploi cohérente avec sa mission et avec les besoins d'accompagnement et de soins des résidents. Les éventuelles marges apparaissant au regard de ces structures d'emplois type feraient l'objet de négociation et d'arbitrage au travers du conventionnement.

§ 363-367 : La mission a raison de souligner la question du pilotage par les ARS du niveau d'allocation de ressources réel au regard de l'équation GMPS. Les ARS sont actuellement en balance entre deux perspectives d'emploi des crédits de médicalisation qui ne sont que partiellement complémentaires et qui pèsent sur le processus de conventionnement :

- donner priorité au renouvellement des conventions tripartites (éventuellement en étalant le rythme d'octroi des mesures nouvelles sur les 5 ans de la convention) ;

- donner priorité au passage au tarif global, notamment pour les établissements soumis à la convergence tarifaire.

§ 375 : Il est souhaitable que les travaux entre les administrations centrales, la CNAMTS et la CNSA sur le niveau des transferts de l'enveloppe soins de ville vers l'ONDAM médico-social, actuellement suspendus, soient relancés sur la base des préconisations de la mission.

<u>Recommandation n°1</u> : Dans les conditions actuelles de la construction de l'ONDAM et compte tenu du volume important de places d'EHPAD restant à passer en tarification de deuxième génération, la réouverture de l'exercice du droit d'option pour le tarif global, même avec l'encadrement préconisé par la mission, ne peut être envisagée qu'à la condition de l'obtention de transferts financiers de l'enveloppe soins de ville vers l'ONDAM médico-social. En outre, la mission indique que le libre choix par l'établissement de l'option tarifaire peut se révéler

difficilement compatible avec le caractère limitatif de l'OGD et des dotations régionales. Pour réduire cette contradiction potentielle, elle n'envisage cependant pas d'encadrer le droit d'option du tarif global en le destinant en priorité à certains établissements (critères de GMP ou de PMP, situation géographique ou démographie médicale, profils particuliers de patients nécessitant la mobilisation plus fréquente de spécialistes), ce qui pourrait constituer un moyen de régulation de la dépense.

Recommandation n°5 : Le nouveau contrat d'objectifs et de performance de l'ATIH prévoit en effet que celle-ci pourra prendre en charge la réalisation d'une étude de coûts sur un échantillon d'EHPAD. Le décret statutaire de l'ATIH devrait être modifié prochainement à cette fin. Parallèlement, un comité des référentiels AGGIR/PATHOS est en cours de constitution pour piloter et valider sur le plan scientifique l'évolution de ces modèles.

Recommandation n°7 : Comme signalé à propos de la recommandation n°1, l'intégration des auxiliaires médicaux dans le périmètre du tarif partiel nécessiterait préalablement à l'augmentation de la valeur du point, un transfert de l'enveloppe soins de ville vers l'ONDAM médico-social.

Recommandation n° 8, 9, 10 et 11 : La mission se prononce résolument contre tout mécanisme d'allocation de ressources « automatique » tel que prévu par la réforme tarifaire instaurée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009. Elle propose à la place, pour l'allocation de crédits de médicalisation, un dispositif d'allocation de ressources négocié entre l'ARS et l'établissement, sur la base de référentiels d'encadrement (recommandation n°9) et, en cas de passage au tarif global, des consommations de soins de ville constatées (recommandation n°10) et d'indicateurs à construire tels que le taux d'encadrement en personnel médical.

La mission ne dit pas cependant comment cette négociation pluriannuelle, conduite dans le cadre de l'attribution de crédits de médicalisation, s'articulerait avec la procédure budgétaire contradictoire annuelle, qui, dans ce schéma, semblerait devoir perdurer (le passage à une tarification « à la ressource » aboutissait à l'inverse à supprimer cette procédure).

Par ailleurs, il faut souligner que l'efficacité de la négociation entre l'établissement et l'ARS suppose que plusieurs conditions soient réunies, notamment :

- la disponibilité d'études de coûts permettant de fournir des références sur le niveau et la structure des coûts de prise en charge des résidents en fonction de leur profil. A noter en outre que les coûts « observés » ne sont certainement pas suffisants pour déterminer le niveau de qualité de service attendu ;

- la disponibilité de structures d'emplois (par catégories de professionnels) type en fonction des besoins d'accompagnement et de soins des résidents ;

- l'élaboration d'indicateurs de qualité de service permettant de compléter l'approche par les coûts de référence ;

- la disponibilité de l'information relative à la consommation de soins de ville des résidents ;

- la disponibilité dans les ARS des moyens humains suffisants, en effectifs comme en compétences, pour conduire un tel dialogue.

Luc ALLAIRE

Réponses de la mission aux observations de la CNSA

La mission prend globalement acte des observations de la CNSA sur le rapport provisoire, qui lui paraissent très convergentes avec ses analyses et ses préconisations. La plupart des précisions ou rectifications proposées ont été directement incorporées dans le corps du rapport définitif.

La mission partage le point de vue exprimé sur les ambigüités du régime tarifaire, actuellement « au milieu du gué », pour reprendre la terminologie employée dans la note du directeur général de la CNSA, entre un article de loi (L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles) fondant une tarification « à la ressource » en fonction d'un barème, des dispositions réglementaires qui maintiennent en principe un dialogue budgétaire fondé sur des propositions de dépenses, et la mise en œuvre d'une politique d'enveloppes réellement fermées postérieurement à la nouvelle rédaction de l'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles.

Il n'existe pas de solution « miracle », au niveau d'un dispositif réglementaire, pour sortir de cette tension. On devrait pouvoir combiner, dans le cadre des contraintes budgétaires actuelles, la prise en compte du GMPS, notamment à l'occasion des renouvellements de conventions tripartites ou des points de mi-parcours, et une certaine personnalisation dans le processus d'allocation des ressources en fonction des caractéristiques propres à chaque établissement (détermination des mesures nouvelles permettant de mettre en œuvre des objectifs conventionnels d'amélioration de la qualité de la prise en charge, à étaler sur la durée de la convention ; estimation des moyens nécessaires pour passer au tarif global en partant d'une approche réelle des coûts).

Il est clair en tout état de cause que les tendances à une tarification à la ressource exprimée par des formules à caractère automatique n'ont pas freiné, bien au contraire, un sur calibrage des suppléments de dotation liés au passage au tarif global, dans le contexte historique et dans l'état du système d'informations fort bien synthétisés dans la note de la CNSA. C'est pourquoi la mission estime bien plus important et plus urgent de construire un système d'informations fiable et complet et de disposer de véritables outils d'analyse des coûts que de bâtir une nouvelle formule ou une nouvelle procédure budgétaire idéale.

Compte tenu des enjeux qui s'attachent à la construction d'un système d'information performant, la mission insiste, comme la CNSA, sur la nécessité « *que l'information identifiant un assuré comme résidant en EHPAD soit intégrée en routine dans le SNIIRAM et disponible en temps réel pour les ARS* ».

Les observations de la CNSA sur les préconisations du rapport appellent quatre types de commentaires :

- La mission est particulièrement sensible à la remarque de la CNSA à propos du paragraphe 375 du rapport provisoire, selon laquelle « *il est souhaitable que les travaux entre les administrations centrales, la CNMATS et la CNSA sur le niveau des transferts de l'enveloppe soins de ville vers l'ONDAM médicosocial, actuellement suspendus, soient relancés sur la base des préconisations de la mission* ».

- La CNSA suggère d'encadrer le droit d'option en faveur du tarif global sur la base de critères prioritaires (GMP, PMP, démographie médicale, profils particuliers de patients…). La mission a elle-même pu noter sur le terrain des situations où le passage au tarif global pour des établissements qui le souhaitent revêtirait une urgence particulière : établissements « en convergence » ; établissements au tarif partiel disposant d'une PUI et recherchant une plus grande cohérence dans leur financement des soins en optant pour un tarif global ; situations complexes où plusieurs établissements proches relevant d'une même gestion, les uns au tarif global, les autres au tarif partiel, souhaitent développer une politique commune et mutualiser des moyens dans le cadre d'ensemble de régimes tarifaires harmonisés… Elle ne serait donc pas hostile à la détermination de modalités d'encadrement ou de priorisation, mais elle estime qu'il faudrait pour cela modifier l'article R. 314-167 du code de l'action sociale et des familles, qui dispose que les « établissements peuvent choisir »etc.… sans encadrer cette option ou soumettre son exercice à un accord de l'ARS. (rappel du texte ….).

- La note de la CNSA, dans ses réactions aux recommandations 8, 9, 10 et 11, pointe une contradiction possible entre négociation pluriannuelle des crédits de médicalisation et procédure budgétaire contradictoire annuelle traditionnelle, que supprimerait le passage à une tarification « à la ressource ». Ce risque ne doit pas être surestimé car l'autorité de tutelle est fondée à refuser des propositions budgétaires de l'établissement qui iraient au-delà des mesures nouvelles contractualisées dans la convention, qui détermine les modalités de fonctionnement des établissements et les moyens nécessaires à la qualité des services rendus.

- La mission partage également le point de vue exprimé dans le dernier paragraphe de la note de la CNSA, et selon lequel l'efficacité du processus d'allocation des ressources requiert certaines conditions : disponibilité des études de coût ; disponibilité de structures d'emplois type en fonction des besoins d'accompagnement et de soins des résidents ; élaboration d'indicateurs de qualité ; connaissance de la consommation de soins de ville des résidents ; disponibilité dans les ARS de moyens humains suffisants, en effectifs comme en compétences pour conduire un dialogue budgétaire efficient.

Annexe n°1 : structure économique et juridique du secteur des EHPAD

1. Répartition des EHPAD selon leur mode de tarification des soins fin 2010

La présentation de la structure du secteur des EHPAD du point de vue des modalités de calcul de leur dotation de soins, suppose de distinguer huit cas de figure, selon :

- le choix du tarif de soins global ou partiel ;
- le calcul de la dotation sur la base du GMPS, c'est-à-dire fondé sur la dépendance moyenne et sur une évaluation (avec le référentiel Pathos) des soins de santé requis par la population hébergée, ou bien, à défaut, suivant les modalités plus anciennes de la « DOMINIC » ;
- l'existence ou non d'une pharmacie à usage intérieur (PUI).

Les tableaux suivants, établis sur la base de données de la CNSA, montre que, au 31 décembre 2010 :

- le tarif global représente 38% des places d'EHPAD (contre 30% au 31 décembre 2009) ;
- globalement, la tarification au GMPS, fondée sur le référentiel Pathos, s'applique à 64% des places d'EHPAD (contre 45% fin 2009) ;
- la tarification au GMPS (avec l'outil Pathos) est plus fréquemment associée au tarif global qu'au tarif partiel : 79% des places en tarif global et 54% des places en tarif partiel sont financées au GMPS (fin 2009 ces proportions étaient respectivement de 61% et 39%). Ceci est la conséquence logique des modalités de diffusion de la tarification au GMPS, établies par circulaire, avec une priorité donnée aux EHPAD optant pour le tarif global de soins ;
- parmi les places en tarif global, 67% d'entre elles sont dans des établissements dotés d'une PUI, alors que seulement 8% des places financées en tarif partiel sont dans des établissements avec PUI (92% des places en tarif partiel fonctionnent donc sans PUI).

Répartition du nombre de *places* d'EHPAD selon le mode de tarification des soins au 31/12/2010 :

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"	41 065	4 028	45 093	21%	16 951	145 855	162 806	46%	207 899	**36%**
Mode "PATHOS"	106 353	67 673	174 026	79%	13 267	179 812	193 079	54%	367 105	**64%**
TOTAL PAR TARIF	147 418	71 701			30 218	325 667			575 004	**100%**
	219 119			100%	355 885			100%		
	38%				**62%**				**100%**	
Distribution de chaque tarif selon le critère "avec ou sans PUI"	67%	33%			8%	92%				

Répartition des *conventions tripartites* des EHPAD selon le mode de tarification des soins au 31/12/2010 :

Nombre de conventions	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"	393	59	452	21%	172	2 226	2 398	48%	2 850	**40%**
Mode "PATHOS"	877	801	1 678	79%	110	2 455	2 565	52%	4 243	**60%**
TOTAL PAR TARIF	1 270	860		100%	282	4 681		100%	7 093	**100%**
	2 130				4 963					
	30%				**70%**				**100%**	
Distribution de chaque tarif selon le critère "avec ou sans PUI"	60%	40%			6%	94%				

Source : CNSA

2. Répartition des EHPAD selon leur nature et leur statut juridique

Les données suivantes sont issues de l'enquête EHPA conduite par la DREES et l'INSEE tous les deux ans. L'enquête portant sur l'année 2009 est en cours d'exploitation. Les dernières données nationales disponibles pour l'instant ont donc été arrêtées au 31/12/2007.

Répartition des EHPAD selon leur nature au 31/12/2007 :

	Nombre de structures	En %	Nombre de places installées	En %
Logement-foyer public	310	4,5%	18 589	3,6%
Logement-foyer privé à but non lucratif	132	1,9%	7 423	1,4%
Logement-foyer privé à but lucratif	14	0,2%	922	0,2%
TOTAL LOGEMENTS-FOYERS	**456**	**6,7%**	**26 934**	**5,2%**
Maison de retraite publique	2 556	37,3%	218 401	42,4%
Maison de retraite privée à but non lucratif	1 731	25,3%	124 044	24,1%
Maison de retraite privée à but lucratif	1 411	20,6%	94 264	18,3%
TOTAL MAISONS DE RETRAITE	**5 698**	**83,1%**	**436 709**	**84,9%**
Unités de soins de longue durée	671	9,8%	50 469	9,8%
Autres (hébergement temporaire, etc.)	30	0,4%	523	0,1%
ENSEMBLE	**6 855**	**100,0%**	**514 635**	**100,0%**

Source : DREES, enquête EHPA 2007

Répartition des EHPAD selon leur statut juridique au 31/12/2007 :

	EHPAD publics	EHPAD privés non lucratifs	EHPAD privés lucratifs	TOTAL
Nombre de places installées	283 170	136 085	95 380	514 635
En %	55%	26%	19%	100%
Personnel en ETP	173508	71726	49510	294744
En %	59%	24%	17%	100%

Source : DREES, enquête EHPA 2007

Annexe n°2 : répartition des EHPAD selon l'option tarifaire dans les régions visitées par la mission

Répartition des *places* d'EHPAD selon leur type de tarification des soins au 31/12/2010 :

ARS Pays de Loire

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"	239	232	471	3%	365	14 080	14 445	51%	14 916	**33%**
Mode "PATHOS"	8 348	7 349	15 697	97%	605	13 322	13 927	49%	29 624	**67%**
TOTAL PAR TARIF	8 587	7 581			970	27 402			44 540	**100%**
	16 168			100%	28 372			100%		
	36%				**64%**				**100%**	
Distribution de chaque tarif selon le critère "avec ou sans PUI"	53%	47%			3%	97%				

Source : ARS

ARS Lorraine

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"	534	0	534	12%	783	3 047	3 830	26%	4 364	**23%**
Mode "PATHOS"	3 251	709	3 960	88%	1 311	9 514	10 825	74%	14 785	**77%**
TOTAL PAR TARIF	3 785	709			2 094	12 561			19 149	**100%**
	4 494			100%	14 655			100%		
	23%				**77%**				**100%**	
Distribution de chaque tarif selon le critère "avec ou sans PUI"	84%	16%			14%	86%				

Source : ARS

ARS Auvergne

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"	1 740	0	1 740	22%	325	4 020	4 345	43%	6 085	**34%**
Mode "PATHOS"	4 120	2 176	6 296	78%	191	5 538	5 729	57%	12 025	**66%**
TOTAL PAR TARIF	5 860	2 176			516	9 558			18 110	**100%**
	8 036			100%	10 074			100%		
	44%				**56%**				**100%**	
Distribution de chaque tarif selon le critère "avec ou sans PUI"	73%	27%			5%	95%				

Source : ARS

ARS Aquitaine

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"	1022	72	1 094	25%	1 621	10 391	12 012	44%	13 106	**41%**
Mode "PATHOS"	1932	1407	3 339	75%	2 092	13 250	15 342	56%	18 681	**59%**
TOTAL PAR TARIF	2 954	1 479			3 713	23 641			31 787	**100%**
	4 433			100%	27 354			100%		
	14%				**86%**				**100%**	
Distribution de chaque tarif selon le critère "avec ou sans PUI"	67%	33%			14%	86%				

Source : ARS

ARS Nord Pas de Calais

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"	1 933	18	1 951	20%	56	5 176	5 232	33%	7 183	**28%**
Mode "PATHOS"	5 997	1 986	7 983	80%	394	10 013	10 407	67%	18 390	**72%**
TOTAL PAR TARIF	7 930	2 004			450	15 189			25 573	**100%**
	9 934			100%	15 639			100%		
	39%				**61%**				**100%**	
Distribution de chaque tarif selon le critère "avec ou sans PUI"	80%	20%			3%	97%				

Source : ARS

ARS Ile de France

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"	1 599	536	2 135	17%	70	19 332	19 402	45%	21 537	**39%**
Mode "PATHOS"	6 439	3 631	10 070	83%	2 278	21 863	24 141	55%	34 211	**61%**
TOTAL PAR TARIF	8 038	4 167			2 348	41 195			55 748	**100%**
	12 205			100%	43 543			100%		
	22%				**78%**				**100%**	
Distribution de chaque tarif selon le critère "avec ou sans PUI"	66%	34%			5%	95%				

Source : ARS

Annexe n°3 : Caractéristiques des résidents des EHPAD

Les données suivantes sont issues de l'enquête EHPA conduite par la DREES et l'INSEE tous les deux ans. L'enquête portant sur l'année 2009 est en cours d'exploitation. Les dernières données nationales disponibles pour l'instant se rapportent donc à l'année 2007.

Les caractéristiques des résidents en EHPAD évoluent continument, dans le sens d'un alourdissement du degré de dépendance et d'une élévation de l'âge à l'entrée. Il faut donc tenir compte de cette évolution si l'on veut appréhender correctement la situation probable en 2011.

 Niveau de dépendance :

	GIR 1 et 2	GIR 3 et 4	GIR5 et 6	TOTAL	Rappel : % des places installées
EHPAD publics	51%	34%	15%	100%	55%
EHPAD privés à but non lucratif	47%	34%	19%	100%	26%
EHPAD privés à but lucratif	55%	33%	12%	100%	19%
Ensemble EHPAD	51%	33%	16%	100%	100%

Source : (enquête EHPA 2007, DREES)

Pour mémoire, le **GMP moyen national** fin 2007 était de 663, c'est-à-dire, proche du nb de points[112] attribués à un GIR 3 ; le GMP moyen national est de 690 fin 2010.

Le GMP apparaît plus élevé dans les établissements privés lucratifs que dans le secteur public ou non lucratif.

Age des résidents

- Age moyen des résidents en EHPAD : 84 ans et 9 mois (au 31/12/2007)

- Age moyen à l'entrée : 83 ans et 10 mois (sur l'année 2007)

Ces âges sont en hausse continue.

Durée moyenne de séjour :

- 2 ½ ans dans les EHPAD publics ;

- 2 ans et 8 mois dans les EHPAD privés non lucratifs ;

- 1 an et 8 mois dans les EHPAD privés lucratifs.

[112] Le GMP d'un établissement dont tous les résidents seraient en GIR 1 atteindrait 1000.

Cela conduit globalement à un renouvellement des résidents d’un peu plus d’un tiers chaque année. Cette proportion est confirmée dans les EHPAD visités par la mission.

 Part des résidents placés sous un régime de protection juridique des majeurs : 28%

 Coefficient moyen d'occupation des EHPAD :

Le Coefficient moyen d'occupation des EHPAD est calculé comme le nombre de journées-lits réalisées rapporté au nombre de journées-lits exploitables.

Coefficient moyen d'occupation des EHPAD en 2007 :

- 97% dans les EHPAD publics ou privés non lucratifs ;
- 93% dans les EHPAD privés lucratifs.

Annexe n°4 : Analyse des dépenses : formalisation d'un profil d'EHPAD (exemples des CPAM de Nantes et de Bayonne)

1. Profil d'un EHPAD en tarif partiel

CPAM de Nantes

l'Assurance Maladie

Profil de l'EHPAD

option tarifaire partielle

L'essentiel et plus encore

Identification de l'EHPAD

Raison Sociale : **EHPAD**

FINESS géographique : **44**

L'Assurance Maladie vous propose un profil individualisé présentant quelques données de votre établissement, et, pour vos résidents de plus de 65 ans leur consommation de certaines classes thérapeutiques (neuroleptiques, benzodiazépines et alzheimer) par rapport aux moyennes observées dans les EHPAD du département .

Les résultats sont issus des bases de l'Assurance Maladie (CPAM et MSA) au regard des listes des résidents fournies par votre structure au 01/01/2010, résidents présents au cours de l'année 2009.

Quelques données sur l'EHPAD

Nombre de résidents total quel que soit le régime d'affiliation au :

01/01/2010 82

Valeur du GIR Moyen Pondéré (GMP)

	au 01/04/2003*	au 01/01/2009
Votre établissement	471	613
Moyenne Départementale	528	550

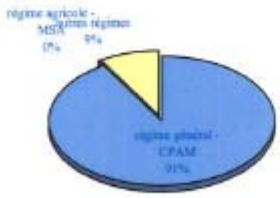
** Cette date correspond à la date de la signature de la convention tripartite par votre établissement*

Valeur du Pathos Moyen Pondéré (PMP)

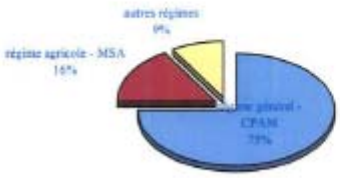
Pas de PMP validé à ce jour

Répartition des résidents selon le régime au 01/01/2010

Votre établissement



Moyenne Départementale



Prescriptions des résidents

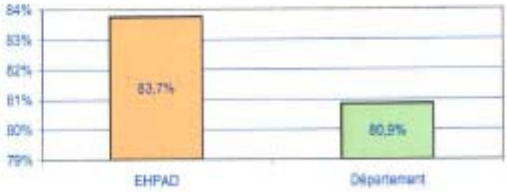
Objectifs

- Améliorer les pratiques de la prise en charge poly-médicamenteuse des personnes âgées résidants en EHPAD.
- Suivre les recommandations de la HAS « prescrire chez le sujet âgé ».
- Prévenir la iatrogénie médicamenteuse chez les personnes de plus de 65 ans

Génériques

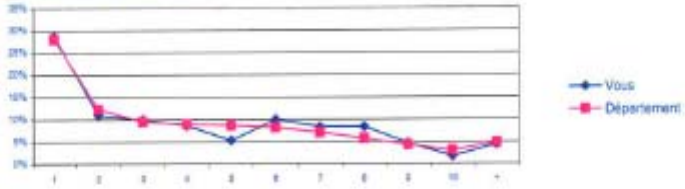
Part des génériques dans les prescriptions génériquables

(le pourcentage est basé sur le nombre de boites délivrées pour les résidents présents dans votre établissement au cours de l'année précédent le 01/01/2010)



Poly-médication

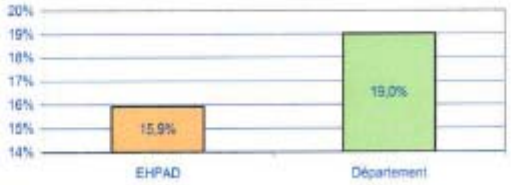
Répartition des délivrances par nombre de produits délivrés



Prescriptions de neuroleptique

Part des résidents de plus de 65 ans ayant au moins une prescription de neuroleptique

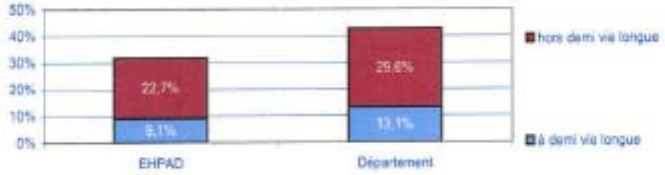
(le pourcentage est basé sur le nombre de résidents présents dans votre établissement au cours de l'année précédent le 01/01/2010 et ayant reçu au moins une délivrance de neuroleptique)



Prescriptions de benzodiazépine

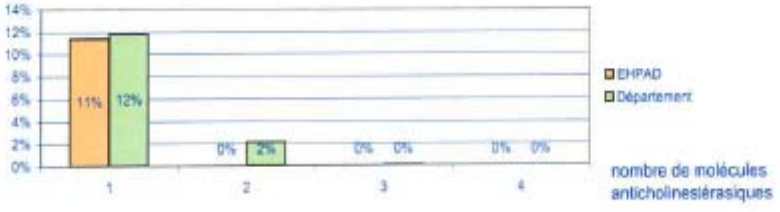
Part des résidents de plus de 65 ans ayant au moins une prescription de benzodiazépine et benzodiazépine à demi vie longue

(le pourcentage est basé sur le nombre de résidents présents dans votre établissement au cours de l'année précédent le 01/01/2010 et ayant reçu au moins une délivrance de benzodiazépine)



Prescriptions de médicaments alzheimer

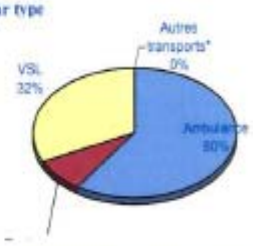
Part des résidents de plus de 65 ans ayant au moins une prescription de soins pour Alzheimer
(le pourcentage est basé sur le nombre de résidents présents dans votre établissement au cours de l'année précédent le 01/01/2010 et ayant reçu au moins une délivrance d'un médicament traitant la maladie d'Alzheimer)



Prescriptions de transports

Montant des transports pour les résidents de votre établissement au 01/01/2010
7 298,19 € remboursés

Répartition des transports de votre établissement par type

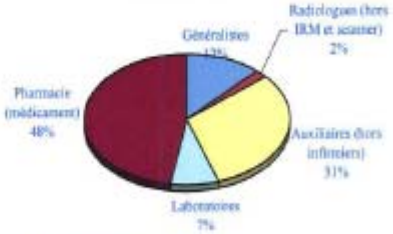


**les autres transports représentent les transports pour réhabilitation professionnelle, les véhicules personnels, les transports collectifs, etc*

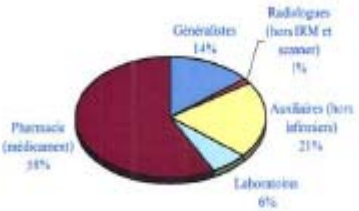
Dépenses de soins de ville pour les résidents

Répartition des montants remboursés en soins de ville au 01/01/2010

Votre établissement



Moyenne Départementale



Montants des soins de ville réalisés

Actes de:	Généralistes	Radiologues (hors IRM et scanner)	Auxiliaires (hors infirmiers)	Laboratoires	Pharmacie (médicament)
Votre établissement	59 362,93	9 370,46	154 262,12	36 689,24	236 177,57
Moyenne Départementale	24 651,14	2 421,19	36 546,32	10 961,35	100 965,39

Note méthodologique

Les données générales (page 1) présentées dans ce document concernent les données liées à vos résidents sur une année.
Les données sur les prescriptions (pages 2 et 3) ne concernent que vos résidents de plus de 65 ans affiliés à la CPAM ou à la MSA.
Les listes des neuroleptiques, benzodiazépines et alzheimer ont été réalisées avec le Service du Contrôle Médical.
Ont été ciblés tous les remboursements faits par la CPAM ou la MSA au cours d'une année complète pour les résidents connus dans votre établissement au cours de cette période.

CPAM de Bayonne :

EHPAD

SÉCURITÉ SOCIALE l'Assurance Maladie

Logements-Foyer Résidence XYZ - Données sur l'année 2010

Informations sur l'établissement

Numéro FINESS	XXXXXXXXX
Date de signature de la convention	JJ/MM/AAAA
Nom du Directeur	
Nom du médecin coordonnateur	
Adresse	
Téléphone	
Statut juridique	
Nombre de lits	
Nombre de résidents Régime Général sur l'année 2010	
Option tarifaire	Partielle
Existence d'une PUI	Non

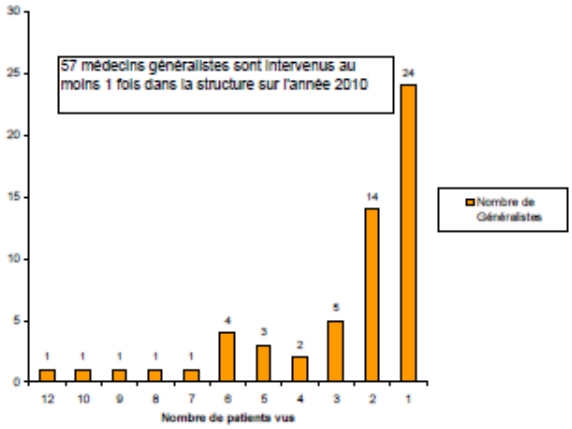
Consommation moyenne de médicaments des résidents de l'EHPAD sur l'année 2010

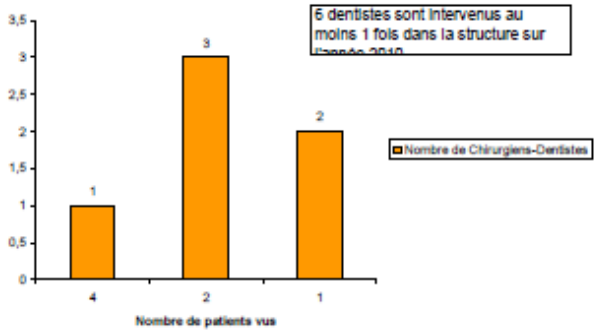
Libellé Spécialité	Nombre de consommants	Nombre de boites	Montant remboursé	Montant par patient
PHARMACIE	79	11734	86 531,6 €	1 095,3 €

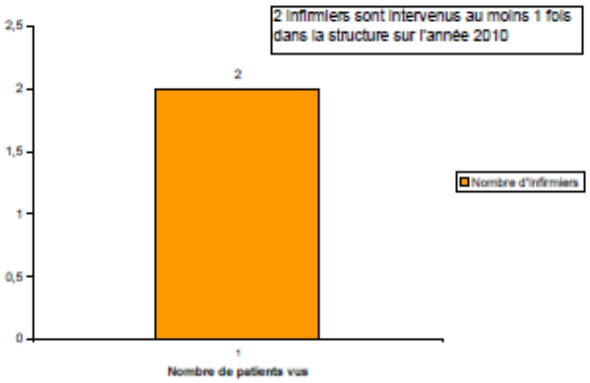
Consommation moyenne de soins de ville des résidents de l'EHPAD sur l'année 2010

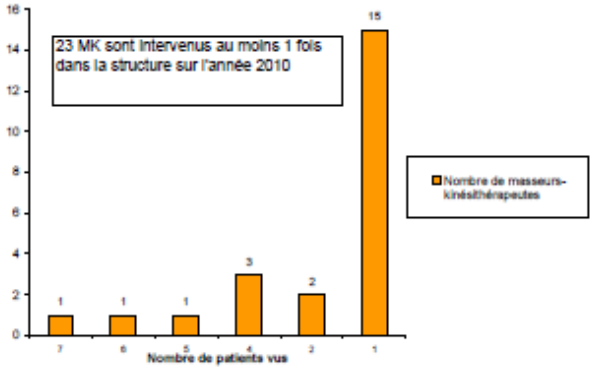
Libellé Spécialité	Nombre de consommants	Nombre d'actes	Montant remboursé	Montant par patient
MEDECINE GENERALE	78	2375	38 245,4 €	490,3 €
ANESTHESIOLOGIE -REANIMATION CHIRU	3	6	601,8 €	200,6 €
PATHOLOGIE CARDIO - VASCULAIRE	18	72	1 738,1 €	96,6 €
CHIRURGIE GENERALE	2	3	55,2 €	27,6 €
DERMATO VENEROLOGIE	5	7	125,6 €	25,1 €
RADIODIAGNOSTIC ET IMAGERIE MEDICAL	30	125	3 020,9 €	100,7 €
GASTRO - ENTEROLOGIE ET HEPATOLOGI	4	4	123,2 €	30,8 €
MEDECINE INTERNE	2	3	82,7 €	41,3 €
OTO RHINO LARYNGOLOGIE	6	6	138,9 €	23,2 €
PNEUMOLOGIE	2	7	158,6 €	79,3 €
RHUMATOLOGIE	4	25	499,1 €	124,8 €
OPHTALMOLOGIE	21	72	1 930,1 €	91,9 €
CHIRURGIE UROLOGIQUE	3	4	109,6 €	36,5 €
NEURO PSYCHIATRIE	1	3	41,0 €	41,0 €
STOMATOLOGIE	1	2	32,1 €	32,1 €
CHIRURGIE -DENTAIRE	12	39	932,3 €	77,7 €
INFIRMIERS ET INFIRMIERES	24	51	302,5 €	12,6 €
MASSEURS KINESITHERAPEUTES	35	3377	34 697,9 €	991,4 €
PEDICURES	3	3	51,4 €	17,1 €
ORTHOPHONISTES	3	600	3 797,7 €	1 265,9 €
LABORATOIRES	66	942	13 263,2 €	201,0 €
NEUROLOGIE	1	3	41,0 €	41,0 €
PSYCHIATRIE	3	73	955,1 €	318,4 €
NEPHROLOGIE	1	3	28,0 €	28,0 €
MEDECINS BIOLOGISTES	2	2	17,3 €	8,6 €
LABORATOIRES POLYVALENTS	4	4	56,5 €	14,1 €
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMAT	5	13	621,2 €	124,2 €
AMBULANCIER	44	159	11 408,4 €	259,3 €
AUTRE TRANSPORTEUR	5	9	223,2 €	44,6 €
TITRE I . TITRE II CH.. 4 . TITRE IV SOCIETE	10	33	4 193,8 €	419,4 €
TITRE II . CHAPITRE. I ORTHESES	1	1	38,7 €	38,7 €
TITRE II . CHAPITRE. 2 OPTIQUE MEDICALE	16	44	318,2 €	19,9 €
TITRE II. CHAPITRE. 3 AUDIOPROTHESES	3	3	173,7 €	57,9 €
TITRE II . CHAPITRE. 6 PODO-ORTHESES	1	1	80,9 €	80,9 €
TITRE II . CHAPITRE. 7 ORTHO-PROTHESES	1	1	958,1 €	958,1 €

Nombre de médecins généralistes, chirurgiens dentistes et aux médicaux intervenant dans la structure









2. EHPAD en tarif global

Profil de l'EHPAD

option tarifaire globale

Identification de l'EHPAD

Raison Sociale : **EHPAD**

FINESS géographique : **44**

L'Assurance Maladie vous propose un profil individualisé présentant quelques données de votre établissement, et, pour vos résidents de plus de 65 ans leur consommation de certaines classes thérapeutiques (neuroleptiques, benzodiazépines et alzheimer) par rapport aux moyennes observées dans les EHPAD du département .

Les résultats sont issus des bases de l'Assurance Maladie (CPAM et MSA) au regard des listes des résidents fournies par votre structure au 01/01/2010, résidents présents au cours de l'année 2009.

Quelques données sur l'EHPAD

Nombre de résidents total quel que soit le régime d'affiliation au :

01/01/2010 79

Valeur du GIR Moyen Pondéré (GMP)

	au 01/11/2007*	au 01/01/2009
Votre établissement	601	666
Moyenne Départementale	528	550

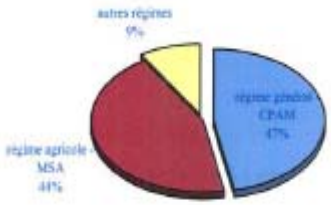
** Cette date correspond à la date de la signature de la convention tripartite par votre établissement*

Valeur du Pathos Moyen Pondéré (PMP)

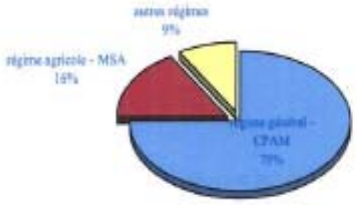
Votre établissement	143
Moyenne Départementale	143

Répartition des résidents selon le régime au 01/01/2010

Votre établissement



Moyenne Départementale



Prescriptions des résidents

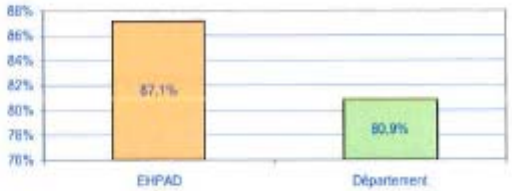
Objectifs

- Améliorer les pratiques de la prise en charge poly-médicamenteuse des personnes âgées résidants en EHPAD.
- Suivre les recommandations de la HAS « prescrire chez le sujet âgé ».
- Prévenir la iatrogénie médicamenteuse chez les personnes de plus de 65 ans

Génériques

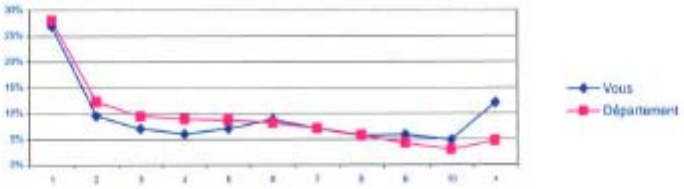
Part des génériques dans les prescriptions génériquables

(le pourcentage est basé sur le nombre de boites délivrées pour les résidents présents dans votre établissement au cours de l'année précédent le 01/01/2010)



Poly-médication

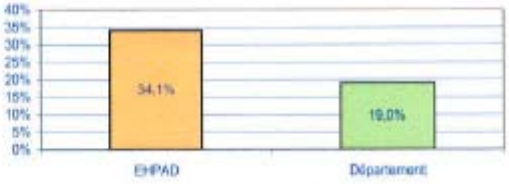
Répartition des délivrances par nombre de produits délivrés



Prescriptions de neuroleptique

Part des résidents de plus de 65 ans ayant au moins une prescription de neuroleptique

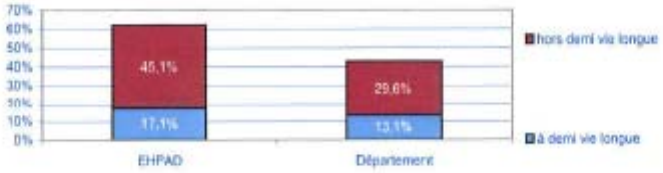
(le pourcentage est basé sur le nombre de résidents présents dans votre établissement au cours de l'année précédent le 01/01/2010 et ayant reçu au moins une délivrance de neuroleptique)



Prescriptions de benzodiazépine

Part des résidents de plus de 65 ans ayant au moins une prescription de benzodiazépine et benzodiazépine à demi vie longue

(le pourcentage est basé sur le nombre de résidents présents dans votre établissement au cours de l'année précédent le 01/01/2010 et ayant reçu au moins une délivrance de benzodiazépine)



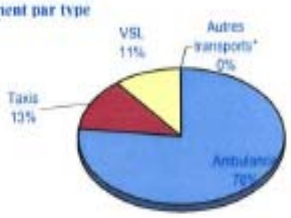
Prescriptions de médicaments alzheimer

Part des résidents de plus de 65 ans ayant au moins une prescription de soins pour Alzheimer
(le pourcentage est basé sur le nombre de résidents présents dans votre établissement au cours de l'année précédent le 01/01/2010 et ayant reçu au moins une délivrance d'un médicament traitant la maladie d'Alzheimer)

Prescriptions de transports

Montant des transports pour les résidents de votre établissement au 01/01/2010
23 414,20 € remboursés

Répartition des transports de votre établissement par type



**les autres transports représentent les transports pour rééducation professionnelle, les véhicules personnels, les transports collectifs, etc*

Note méthodologique

Les données générales (page 1) présentées dans ce document concernent les données liées à vos résidents sur une année.
Les données sur les prescriptions (pages 2 et 3) ne concernent que vos résidents de plus de 65 ans affiliés à la CPAM ou à la MSA.
Les listes des neuroleptiques, benzodiazépines et alzheimer ont été réalisées avec le Service du Contrôle Médical.
Ont été ciblés tous les remboursements faits par la CPAM ou la MSA au cours d'une année complète pour les résidents connus dans votre établissement au cours de cette période.

Annexe n°5 : Bordereau de transmission des dépenses libérales payées sur dotation de soins

29 juillet 2003 JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE 12859

ANNEXE

Bordereau de suivi des dépenses libérales et autres prestations incluses dans le tarif de soins

FINESS (géographique)	(9 chiffres)
Raison sociale	
Date de signature de la convention	
Option tarifaire	Tarif de soins partiel.
Pharmacie à usage intérieur	(oui/non)

Prestations	Nombre de professionnels de santé libéraux	Montant versé
Infirmières		
Petit Matériel Médical		
Médicaments		

Bordereau de suivi des dépenses libérales et autres prestations incluses dans le tarif de soins

FINESS (géographique)	(9 chiffres)
Raison sociale	
Date de signature de la convention	
Option tarifaire	Tarif de soins global.
Pharmacie à usage intérieur	(oui/non)

Prestations	Nombre de professionnels de santé libéraux	Montant versé
Infirmières		
Petit Matériel Médical		
Médicaments		
Médecins généralistes		
Masseurs-Kinésithérapeutes		
Orthophonistes		
Orthoptistes		
Sage-Femme		
Autres auxiliaires médicaux		
Radiologues		
Laboratoires		

Annexe n°6 : Analyse des surcoûts budgétaires liés au passage en tarif global

1) Auvergne : extraits d'une étude de l'ARS d'Auvergne

2) Auvergne : tableau des coûts budgétaires du passage de 12 établissements ayant opté pour le tarif global en 2009 et 2010

3) Nord pas de Calais : tableau des coûts budgétaires du passage de 22 établissements ayant opté pour le tarif global entre 2008 et 2010

4) Nord Pas de Calais : budgétisation des dépenses d'omnipraticiens, d'auxiliaires médicaux, de biologie et de radiologie

5) Pays de la Loire : étude de l'ARS

6) Aquitaine : exécution des dépenses nouvellement intégrées dans le budget de soins de l'EHPAD

1) Auvergne : extraits d'une étude de l'ARS Auvergne

Etat des lieux des conventions sous tarif global

La région Auvergne compte 225 établissements ayant signé une convention pour un volume de **18 081 lits**.

Etablissements sous tarif global :

Nombre d'établissements : 74
Nombre de lits : 8 039
Moyenne de lits par établissement : **108,63**

Etablissements sous convention PATHOS : 56

→ Bilan avant conventionnement :

Dotation soins avant convention: 92 105 651 €
Coût moyen par établissement avant convention: 1 244 671 €
Coût moyen par lit : **11 457, 35 €**

→ Bilan après conventionnement :

Dotation soins après convention : 126 467 908 €
Coût moyen par établissement : 1 709 025 €
Coût moyen par lit : **15 731,79 €**

Différence entre dotation attribuée et tarif plafond : - 2 246 193 €
Différence entre dotation attribuée et tarif plafond (moyenne par établissement) :
- 30 353 €

2) Auvergne : Tableau des coûts budgétaires du passage de 12 établissements ayant opté pour le tarif global en 2009 et 2010 (calculs de la mission IGAS)

Statut de l'EHPAD et capacités[113]	GMPS	PUI	N (année de passage)	Coût/place N-1 (€)	Coût/place N (€)	Coût/place 2010[114] (€)	Ratio encadrement 2010
1) H ; 35 p	1763	N	2009	10 454	15 182	16 000 (+53%)	0,323
2) PNL ; 98 p	1479	N	2010	12 645	17 037	17 037 (+35%)	0,208
3) H ; 105 p	1383	N	2009	7 626	11 196	16 404 (+115%)	0,411
4) PNL ; 57 p	1316	N	2009	9 220	11 464	16 218 (+52 %)	0,376
5) PNL ; 82 p	1294	N	2010	11 765	13 733	13 733 (+17%)	0,309
6) H ; 80 p	1197	N	2010	9 112	13 956	13 956 (+53%)	0,254
7)PNL ; 147 p	1162	O	2010	13 255	13 606	13 606 (+3%)	0,339
8) PNL ; 96 p	1160	N	2010	10 177	13 733	13 733 (+35 %)	0,261
9) H ; 160 p	1138	O	2010	8 063	11 556	11 556 (+43 %)	0,222
10) H ; 87 p	1088	N	2010	8 434	11 352	11 352 (+35 %)	0,268
11) H ; 58 p	1069	N	2009	7 315	7 716	11 799 (+61 %)	0,305
12)PNL ; 51 p	841	N	2010	6 002	8 843	8 843 (+47 %)	0,149

Etablissements passés au TG en 2009

Etablissements	GMPS moyen	Capacité	Coût / place 2008	Coût / place 2009	Coût / place 2010	Taux d'évolution 2008/2010
1, 3, 4, 11	1349	255	8 300	11 130	15 260	+ 89%

Nota : Le taux de 89 % n'a pas beaucoup de sens car très fortement impacté par la situation spécifique de l'établissement 3 (cf. tableau précédent).

[113] Etablissements anonymisés classés par ordre de GMPS décroissant ; la lettre indique H pour établissement hospitalier(en gestion directe ou maison de retraite autonomisés) et PNL pour privé non lucratif ; Il n'y avait pas dans les établissements concernés de privés commerciaux ou de publics collectivités territoriales. 2 des 14 établissements passés en 2009 et 2010 ont été exclus (issus d'une partition USLD et sans référence aux budgets antérieurs)

[114] Le % indique la croissance de dotation à la place par rapport à l'année n de passage au tarif global.

Etablissements passés au TG en 2010

Etablissements	GMPS moyen	Capacité	Coût/place 2009	Coût/place 2010	Taux d'évolution
2, 5, 6, 7, 8, 9, 10,12	1184	801	10 223	13 120	+28%

Commentaires :

- Si l'on neutralise les situations atypiques (établissement 7, très fortement doté à l'origine) et l'établissement 3 (doublement d'une dotation initialement très faible), les augmentations de dotation sont comprises entre 17 et 53 % en première année, avec un point moyen de l'ordre de 30%. Elles dépassent 50 % sur les deux premiers exercices (fourchette moyenne de 50/60), avec cette forte réserve que les observations sur 2 exercices ne portent que sur 4 structures passées au global en 2009
- On constate un effet de resserrement des inégalités au sein des 4 établissements les mieux dotés, autour d'un point moyen de 16 000 euros la place, et au sein des moins dotés, autour d'un point moyen de l'ordre de 12 000, mais pas de réduction sensible du rapport entre ces deux groupes.
- On ne trouve aucune corrélation nette entre GMPS, taux de croissance des dotations et ratios d'encadrement médical et paramédical.

3) Nord pas de Calais : Tableau des coûts budgétaires du passage de 22 établissements ayant opté pour le tarif global entre 2008 et 2010

EHPAD passés au tarif global entre 2008 et 2010 :

EHPAD	capacité	Dernier GMP	Dernier PMP	PUI	Date passage (N)	Dotation soins à la place, hors CNR, en N-1	Montant en N (€)	Montant en prévisionnel 2011 (€)
PC_1	80	703	199	non	2009	9 020	10 754	12 939
N_1	92	584	305	oui	2010	7 679	15 264	15 937
PC_2	163	680	179	oui	2010	15 105	15 105	15 105
N_2	68	625	169	non	2010	7 494	12 831	14 126
N_3	65	653	202	non	2010	7 946	14 498	15 118
PC_3	126	762	195	non	2009	8 472	12 759	13 944
N_4	90	864	147	oui	2009	5706	12 239	12 977
PC_4	140	705	197	non	2008	15 177	15 254	15 304
N_5	109	740	217	non	2010	12 799	15 637	15 777
N_6	135	798	127	oui	2008	4 984	12 364	13 077
N_7	48	642	165	non	2010	7 936	13 181	14 568
N_8	152	511	216	non	2010	9 212	12 967	14 594
N_9	234	654	133	non	2010	9 019	12 487	13 785
N_10	120	620	169	oui	2009	13 208	13 274	13 393
N_11	90	700	156	non	2010	9 080	13 599	13 720
PC_5	63	798	165	non	2010	8 622	12 863	14 934
N_12	85	741	135	non	2010	10 923	12 961	13 451
N_13	34	882	100	non	2010	10 487	13 511	13 584
N_14	86	712	191	non	2010	9 396	14 835	14 836
N_15	33	537	194	non	2010	7 666	12 702	12 815
PC_6	182	702	193	oui	2008	14 371	16 231	16 289
PC_7	122	696	229	non	2010	7 839	12 950	13 250

Synthèse des données relatives à l'évolution des coûts :

EHPAD	Capacité	Masse budgétaire soins en N-1 (€)	Surcroît de dotation en N	Taux de croissance	Surcroît de dotation en 2011 par rapport à N-1 (€)	Taux de croissance 2011 par rapport à N-1	Coût moyen à la place en 2011 (€)
22 EHPAD (cf. tableau précédent)	2317	23 388309	8 262285	35 %	9 844 994	42 %	14 423

Commentaire :

- Un taux d'évolution des dotations de soins de 35% le premier exercice ; plus proche de 30% si on neutralise deux établissements, dont les dotations très basses à l'origine (5 706 et 4 984 euros par place) font plus que doubler.
- Un effet très concentré sur les passages en 2010 (15 sur 22).

4) Nord Pas de Calais : budgétisation des dépenses d'omnipraticiens, d'auxiliaires médicaux, de biologie et radiologie[115], et part de ces dépenses dans les suppléments de dotation

Dépenses de soins imputées au tarif global pour les établissements passés au TG en 2010 :

EHPAD	Suppléments de dotation en 20010 (total)	Dépenses budgétées sur les 4 postes différentiels	Part de ces dépenses dans l'augmentation des dotations
11 EHPAD	3 948 057	1 805 841	45,7 %

Le détail en est donné par le tableau suivant :

EHPAD	Capacité	Dernier PMP	Dotation à la place 2010 hors CNR (€)	Evolution dotation à la place sur 2009 (€)	Dépenses de soins intégrées, en coût à la place (€)	Part dans l'augmentation de la dotation
1)	92 p (avec PUI)	305	15 264	7 585	2 221	29%
2)	68 p	169	12 831	5 337	2 353	44%
3)	65 p	202	14 498	6 552	1 086	17%
4)	48 p	165	13 181	5 245	2 500	48%
5)	152 p	216	12 967	3 755	2 616	70%
6)	234 p	133	12 487	3 468	1 816	52%
7)	63 p	165	12 863	4 241	2 065	49%
8)	85 p	135	12 961	2 668	2 326	87%
9)	34 p	100	13 511	3 024	1 859	61%
10)	33 p	194	12 702	5 036	2 034	40%
11)	122 p	229	12 950	5 111	1 185	23%

Le même tableau pour les passages en tarif global en 2009 ne serait pas très significatif, ne concernant que deux établissements « en convergence » avec enveloppe quasi constante ; ils ont budgétisé pour 2009 un total de 97 350 euros pour une augmentation de leurs dotations de 18 700 euros.

Un seul établissement passé en 2008 a fourni des données exploitables, qui indiquent que les dépenses au budget prévisionnel 2009 sur les 4 postes correspondent à un tiers de son augmentation de dotation sur 2008/2009.

[115] Les dépenses de médicament ont été exclues pour 3 établissements ayant une PUI, du reste antérieure au passage en tarif global

5) Pays de la Loire : Etude de l'ARS

Cette étude simule sur deux échantillons régionaux restreints le coût du passage à la tarification GMPS d'établissements sous tarif partiel et celui du passage au tarif global d'établissements déjà à la tarification GMPS (de l'ordre de 280 000 euros par établissement ou de 3 500 euros à la place).

MEDICALISATION DES EHPAD : Etude sur l'estimation du coût du passage au tarif global et son incidence sur le transfert d'enveloppe soins de ville sur un échantillon de dix établissements sélectionnés.

Compte tenu des incertitudes financières pesant sur la budgétisation de la politique de médicalisation des EHPAD, des préconisations antérieures fortes des autorités de tutelle visant à proposer aux établissements d'opter pour le passage à la tarification au tarif global (avec application de la dotation plafond), il a été demandé au département DMS de la DQE de faire une étude sur l'estimation du coût du passage, premièrement au GMPS - tarif partiel (dotation plafond) et, deuxièmement au tarif global (dotation plafond) et ce, sur une sélection d'EHPAD.

Il sera ensuite demandé à l'assurance maladie de calculer le montant des dépenses prises en charge au titre des soins de ville pour ces établissements sélectionnés.

Il sera alors possible de vérifier si l'estimation du changement d'option tarifaire résultant de l'application du tarif plafond prévu par le code de l'action sociale et des familles correspond à la réalité des dépenses engagées au titre des soins venant en sus du forfait.

Détermination de l'échantillon : 3 critères pris en compte

La 1ere étape a consisté à déterminer l'échantillon des établissements.

1er temps : application des 3 critères:

- 1er critère : le niveau de dépendance : La moyenne des GMP de la région est de 600 (source : DAS – enveloppe 2010). Une 1ère sélection a été faite, parmi les EHPAD actuellement au tarif partiel, en distinguant 3 groupes homogènes :

- des EHPAD avec un GMP largement inférieur à la moyenne,
- des EHPAD ayant un GMP dans la moyenne régionale,
- des EHPAD présentant un GMP supérieur à la moyenne.

- 2d critère : une capacité identique : Le 2ème critère de sélection concerne des établissements dont la capacité est d'environ 80 places.

- 3è critère : une représentation de tous les départements de la région : les situations initiales des départements au regard des politiques de tarification ayant été différentes avant la régionalisation, chaque département est représenté (la situation budgétaire initiale peut ainsi être différente d'un département à l'autre).

2ème temps : sur la base de l'échantillon obtenu, partage de celui-ci entre 2 catégories d'établissements au regard de leur situation tarifaire actuelle :

- 13 EHPAD actuellement au tarif partiel tarifés uniquement au GMP (conventions de "1ère génération", sans PMP)

(précision : conformément à l'art. R314-186 du code de l'action sociale et des familles, les dotations allouées dans le cadre des conventions 1ère génération sont calculées de la façon suivante :

= 6,29 X ((GMP + 120) X capacité) X 35% (DOMINIC + 35)

- 10 EHPAD actuellement au tarif partiel, et au GMPS (conventions déjà renouvelées, PMP validés)

(précision : conformément à l'art. R314-186 du CASF, les dotations allouées dans ce cadre sont calculées selon la formule suivante :

= (2,59 X PMP)+GMP) X capacité X valeur du point

*Valeur du point : **10,01** avec PUI / **9,47** sans PUI*

Estimation du coût du passage à la tarification GMPS et au tarif global :

La 2ème étape a consisté pour cet échantillon d'établissements à estimer le coût du passage au tarif global avec application du tarif plafond :

Hypothèse 1 : application du tarif global, tarif plafond, dotation « maximale »

1er tableau : EHPAD au tarif partiel - tarifés uniquement au GMP :

Pour ces EHPAD, il faut distinguer deux étapes :

- 1ère étape : passage à la tarification GMPS - tarif partiel - dotation plafond. Il est appliqué le PMP moyen régional de 141 (source : DAS - liste des validations de PMP de 2007 à 2010)
- 2è étape : passage au tarif global - dotation plafond - en appliquant le même PMP moyen régional.

La simulation 1 démontre que, sur cet échantillon, et dans l'hypothèse du maintien du tarif partiel, le besoin de crédits complémentaires est de **90 000 € en moyenne** par établissement et par an du fait du passage au GMPS.

2d tableau : EHPAD au tarif partiel ayant un **PMP validé** - tarifés au GMPS

La simulation permet de calculer le coût du passage au tarif global – dotation plafond.

(précision : conformément à l'article R314-186 du CASF, la formule appliquée est la suivante :

= (2,59 X PMP)+GMP) X capacité X valeur du point tarif global

*Valeur du point : **12,98** avec PUI / **12,33** sans PUI*

La simulation 2 traduit sur la base de l'échantillon de 10 établissements un besoin de crédits complémentaires de **280 000 €** en moyenne par an et par établissement dans l'hypothèse d'un passage au tarif global.

Hypothèse 2 : application du tarif partiel + réalité des soins de ville tarif global, dotation « minimale »

La 3ème étape consiste à solliciter la CPAM afin de comparer les simulations à la réalité des dépenses prises en charge actuellement par l'enveloppe soins de ville pour les résidents des EHPAD de l'échantillon.

Il sera déterminé une dotation « a minima » calculée ainsi : dotation plafond tarif partiel + réalité des « soins de ville

N.B. : Les prestations comprises dans le forfait soins tarif global sont listées précisément dans l'article R314-167 du Code de l'action sociale et des familles. Il s'agit des rémunérations des médecins généralistes et autres professionnels libéraux intervenant dans l'EHPAD ainsi que des examens biologiques et radiologiques.

tableau n°2 Estimation du coût lié au passage au tarif global des EHPAD tarifés au GMPS tarif partiel, si application du tarif plafond

dpt	NOM	COMMUNE	STATUT	GMP	PMP	HP	coef applicable (TG avec ou sans PUI)	dotation soins 2010 (1)	cotation plafond TG HP (2)	différence : crédits à octroyer (3) = (2) - (1)
53			PBNL	427,00	143,00	92	12,33	658 909,23	904 504,63	245 595,40
85			Pub Ter	554,00	127,00	85	12,33	700 183,00	925 354,79	225 171,79
85			PBNL	601,00	113,00	80	12,33	659 567,19	881 516,09	221 948,90
44			PBL	608,02	125,00	86	12,33	757 837,96	988 030,27	230 192,31
72			PBNL	650,00	125,00	80	12,33	737 713,00	960 507,00	222 794,00
49			Pub Ter	663,00	127,00	89	12,33	836 028,00	1 088 514,22	252 486,22
49			PBNL	680,00	133,00	87	12,33	528 902,00	1 098 959,21	570 057,21
72			PBNL	704,00	165,00	82	12,98	919 641,00	1 204 163,69	284 522,69
44			PBL	708,00	132,00	89	12,33	891 786,86	1 152 106,82	260 319,96
44			Pub Hos	813,25	194,00	80	12,33	991 566,16	1 297 816,34	306 250,18
				640,83	138,40			coût du passage au TG si dotation plafond :		2 819 338,66
									moyenne :	281 934

Commentaire :
Si les 10 EHPAD de l'échantillon demandaient à passer au tarif global, et s'il leur était appliqué la tarification plafond, il faudrait verser des crédits de médicalisation complémentaires à hauteur d'environ 280 000 € en moyenne par établissement et par an.

6) Aquitaine : exécution des dépenses nouvellement intégrées au budget de soins de l'EHPAD

Les réponses reçues et exploitables au questionnaire aux établissements sur le passage au tarif global font apparaître des taux d'exécution des dépenses de soins inférieures aux prévisions budgétaires. Il convient de répartir ces données selon les années de passage :

Passages au tarif global en 2008 (3 établissements disposant d'une PUI) – montants en €

	BP 2008 (total)	CA 2008 (total)	BP 2009 (total)	CA 2009 (total)	BP 2010 (total)	Réalisé 2010 (total)
Dépenses de soins intégrées au tarif global hors PUI (1)	347 715	348 710	399 397	366 518	456 615	374 715
Dépenses de PUI (2)	582 446	536 941	593 875	516 579	631 060	527 521
dépenses totales (3) = (1+ 2)	930 161	885 651	993 272	883 097	1 087 675	902 236
Taux d'exécution sur (1)		100 %		92 %		83 %
Taux d'exécution sur (3)		95 %		89 %		83 %

Passages au tarif global en 2009 (8 établissements dont 2 avec PUI) – montants en € :

	BP 2009 (total)	CA 2009 (total)	B P 2010 (total)	Réalisé 2010 (total)
Dépenses de soins intégrées au tarif global hors PUI (1)	777 610	673 189	1 173 537	1 029695
Dépenses PUI[116] (2)	240 629	216 668	289 157	223 574
dépenses totales (3) = (1+ 2)	1 018 239	889 857	1 462 694	1 253 269
Taux d'exécution sur (1)		87 %		88 %
Taux d'exécution sur (3)		87 %		86 %

Passages au budget global en 2010 (7 établissements dont 1 avec PUI) – montants en €

	BP 2010	Réalisations 2010 (prévision)
Dépenses de soins[117]	499 074	384 291
Taux d'exécution[118]		77 %

Décomposition

	BP 2010	Réalisé 2010	Taux d'exécution
Omnipraticiens	213 642	145 116	68 %
Auxiliaires médicaux	202680	196 573	97%
Biologie et radiologie	82752	42 602	51 %

[117] 1 seul établissement a une PUI, budgétée à 48 500 euros ; ne figurent dans ce tableau que les postes de dépenses qui font la différence de champ entre TP et TG.
[118] Ce taux monte à 80 % si on inclut la PUI mentionnée ci-dessus dans les dépenses budgétées et réalisées.

Annexe n°7 : Estimation de l'effet PATHOS

La mission à cherché à faire le partage, pour des établissements passant simultanément au tarif global et à la tarification au GMPS, entre l'effet du tarif global stricto sensu (alignement sur une valeur plafond supérieure de 30% à celle du tarif partiel) et l'effet spécifique lié à la « pathossification » (passage à la tarification au GMPS). Sur un échantillon de 35 établissements sans PUI[119] provenant de 4 régions, elle a calculé un effet PATHOS égal à la différence entre l'augmentation totale effective de la dotation soins hors crédits non reconductibles et l'augmentation fictive qui aurait résulté du seul passage du tarif partiel au tarif global.

	Pays de la Loire	Nord Pas de Calais	Aquitaine	Auvergne	Total échantillon
Capacité globale	569	694	581	749	2593
Capacité moyenne par établissement	71	77	73	75	74
GMPS moyen par EHPAD	982	1149	1362	1259	1191
Taux d'évolution de la dotation de N-1 à N	63%	51%	51%	48%	52%
Dont effet différentiel des tarifs	37%	35%	35%	33%	35%
Dont effet Pathos	26%	16%	16%	15%	17%
Dotation à la place en N	12 248 €	13 697 €	16 039 €	13 952 €	14 009 €
Surcoût de dotation à la place en N par rapport à N-1	4 756 €	4 629 €	5 435 €	4 519 €	4 805 €
Part de l'effet Pathos dans ce surcoût	**41%**	**32%**	**32%**	**32%**	**34%**

Sur les 35 établissements concernés, pour une capacité globale de 2 593 places, l'augmentation des dotations soins s'élève à 12,5 M€, soit 4 805 euros à la place ; 34 % de l'augmentation des dotations correspondrait à l'effet « PATHOS ».

[119] 8 établissements en Aquitaine, 9 en Nord Pas de Calais, 8 en Pays de la Loire, 10 en Aquitaine.

La même approche a été tentée sur un échantillon complémentaire de 9 établissements avec PUI :

Capacité globale	Cap. moyenne	GMPS	Taux de croissance de la dotation entre N et N-1	Dont effet différentiel des tarifs	Dont effet Pathos	Dotation à la place en N	Surcoût par place entre N et N-1	Part de l'effet Pathos dans ce surcoût
1134	148	1161	+ 27 %	22 %	6 %	16 183 €	3 486 €	22 %

Les effets de la « pathossification » sont ici nettement moins importants, s'agissant d'établissements déjà bien dotés dans le régime antérieur de tarification et parfois passés au TG à dotation inchangée pour satisfaire à la convergence tarifaire.

Annexe n°8 : Exploitation de l'échantillon CNAMTS

Cet échantillon est constitué de 409 établissements relevant des 7 caisses engagées dans l'opération Top H, pour une capacité globale de 33 000 places. La mission a cherché à établir, à partir de plus de 3500 lignes d'enregistrements provenant de fichiers communiqués par la CNAM, des moyennes de remboursements de soins de ville par résident relevant de la CPAM. La mission a exploité les données traitées en fonction de quatre types de situations tarifaires : tarif partiel avec PUI (Pharmacie à usage interne), tarif partiel sans PUI, tarif global avec PUI, tarif global sans PUI.

L'ensemble des tableaux de cette section peut être considérés comme de source IGAS sur données CNAM. Les chiffres financiers avec décimales ont été arrondis à l'euro inférieur (décimales < 0,5) ou supérieur, y compris pour les moyennes.

Les limites de cette exploitation doivent être d'emblée soulignées. Elles tiennent à la taille de l'échantillon, aux interrogations sur la fiabilité de certaines données, à l'objet et au contenu même des fichiers :

- Il eût été préférable de disposer d'un échantillon portant sur 60 000 ou 80 000 places. Cet échantillon de 33 000 est assez représentatif en termes de régimes tarifaires (TG/ TP) et de diversité des capacités, on ne peut avoir aucune idée de sa représentativité en termes de GMP et de charges de soins.
- Les interrogations sur la fiabilité des données portent essentiellement sur la population des résidents régime général affiliés aux caisses concernées et sur les indications de capacités. Sur les capacités, des incertitudes peuvent être liées soit à d'éventuelles confusions entre FINESS géographique (pertinent en l'occurrence) et FINESS juridique, mais aussi (plus vraisemblablement selon quelques vérifications très ponctuelles) être dues à des effets retard en terme d'extension de capacité ou à la prise en compte de capacités d'hébergement temporaire ou d'accueil de jour
- L'objet des fichiers est de retracer des financements de l'assurance maladie à l'acte ou à la prestation ; il faut donc être en permanence attentif, lorsqu'on établit des comparaisons entre tarif partiel et tarif global, au fait que sur quatre postes (omnipraticiens, auxiliaires médicaux, biologie et radiologie courante) l'essentiel des dépenses des EHPAD au tarif global est intégré dans leur dotation globale et reste donc masqué.
- Compte tenu de leur objet, ces fichiers ne comportent aucune indication sur PMP et GMP.
- 4 tableaux sont présentés : un premier couple de tableaux porte sur les 4 postes exprimant le différentiel entre partiel global, l'un sur les volumes financiers, l'autre sur les moyennes par résident CPAM, un second couple de tableaux porte sur l'ensemble des soins de ville remboursés aux résidents.

Remboursements de l'assurance maladie sur les postes d'omnipraticiens, d'auxiliaires médicaux, de biologie et radiologie

(Premier semestre 2010, montants en €)

	Omni-praticiens	Auxiliaires médicaux	Biologie	Radiologie	Capacité	Nombre de résidents CPAM
Tarif partiel sans PUI	2 167 126	3 444 237	896 133	175 403	20 305	13 298
Tarif partiel avec PUI	116 753	102 136	57 551	8 492	1 913	1 231
Total Tarif partiel	**2 283 879**	**3 546 373**	**953 684**	**183 895**	**22 218**	**14 529**
Tarif global sans PUI	74 115	110 966	41 967	8 814	1 744	1 128
Tarif global avec Pui	94 119	296 064	43 407	22 334	9 239	5 653
Total Tarif global	**168 234**	**406 160**	**85 374**	**31 148**	**10 983**	**6 781**

Remboursements de l'Assurance Maladie sur les postes Omnipraticiens, Auxiliaires médicaux, biologie et radiologie.

(Premier semestre 2010, moyennes par résident en €)

	Omnipraticiens	Auxiliaires médicaux	Biologie	Radiologie
TP sans Pui	163	259	67	13
TP avec Pui	95	83	47	7
Moyenne tarif partiel	**157**	**244**	**66**	13
TG sans Pui	66	98	37	8
TG avec Pui	17	52	8	2
Moyenne tarif global	**25**	**60**	**13**	**5**

Trois commentaires :

- Poids majoritaire des auxiliaires médicaux (kinésithérapeutes pour l'essentiel, orthophonistes, psychomotriciens, podologues ; les soins infirmiers étant couverts par la dotation globale en TP comme en TG). Il est particulièrement frustrant ici de ne pas avoir de corrélation avec les GMP.
- L'existence ou non d'une PUI semble un critère discriminant, quelle que soit l'option tarifaire.
- On peut être surpris de trouver, dans la catégorie des établissements sous tarif global, des chiffres non négligeables pour les omnipraticiens et pour les auxiliaires médicaux, alors que ces dépenses sont intégralement facturables à l'établissement. Plusieurs pistes d'explication seraient à creuser :

– il y a sans doute une part substantielle d'indus dans ce volant, liés peut être à un grand nombre de passage au tarif global en début d'exercice 2010 (les praticiens mettent parfois un certain temps avant de prendre l'habitude de facturer à l'établissement) ;

- il peut y avoir aussi, en toute régularité, des actes effectués lors d'une sortie du résident (week-end ou vacances avec la famille), lorsque cette sortie est signalée à la CPAM, phénomène qui pourrait avoir été un peu gonflé par l'adjonction dans les fichiers de capacités d'hébergement temporaire ou d'accueil de jour qui ne devraient pas y figurer ;
- enfin il y a les sorties « sauvages » (non signalées à la caisse) de résidents valides ou semi valides, pour qui la visite à un professionnel de santé en ville peut être à la fois une affirmation d'autonomie, une distraction et un élément de vie sociale.

Remboursements de soins de ville par l'assurance maladie (tous postes)

(Premier semestre 2010, montants en €)

	Généralistes, auxiliaires médicaux, biologie et radiologie	Spécialistes	Autres dépenses (dentistes, LPP, transports sanitaires)	Médicament	Total	Moyenne par résident
TP sans PUI	6 682 904	696 947	3 042 330	6 745 121	17 167 302	1291
TP avec PUI	284 931	42 448	272 476	-	599 855	487
Total tarif partiel	**6 967 835**	**739 395**	**3 314 806**	**6 745 121**	**17 767 157**	**1223**
TG sans PUI	235 862	57 546	253 346	420 648	967 402	858
TG avec PUI	455 924	137 021	1 083 800	-	1 676 745	297
Total tarif global	**691 786**	**194 567**	**1 337 146**	**420 648**	**2 644 147**	**390**

Au total une décomposition par poste ferait apparaître les moyennes suivantes :

Remboursements de soins de ville aux résidents en EHPAD

(Premier semestre 2010, moyennes par résident CPAM, en €)

	Généralistes, auxiliaires médicaux, biologie et radio	Spécialistes	Autres dépenses : Dentistes, LPP, transports	Médicaments	Moyenne
TP sans PUI	503	52	229	507	1291
TP avec PUI	231	34	221	-	487
Total TP	**480**	**51**	**228**	**464**	**1223**
TG sans PUI	209	51	225	273	858
TG avec PUI	81	24	192	-	297
Total TG	**102**	**29**	**197**	**62**	**390**

Source : données CNAM sur 7 CPAM, premier semestre 2010

Quels enseignements tirer de ce tableau ?

- L'existence ou non d'une PUI s'avère bien être un facteur discriminant ; quel que soit le poste de dépense, même sans aucun rapport avec le médicament, quelque soit l'option tarifaire, tarif global ou partiel, les coûts moyens des établissements avec PUI sont inférieurs à ceux des établissements sans PUI. Le facteur PUI est sans doute là plus un symptôme qu'une cause : les établissements avec PUI sont probablement des établissements où gestionnaires et équipes soignantes portent un intérêt particulier à la rationalisation et à la coordination des soins et qui ont une taille générant des effets d'échelle suffisants.
- Les établissements en tarif global sont nettement moins chers que les établissements en tarif partiel sur les dépenses de médicament (mais forte concentration de PUI) et de spécialistes.
- La moyenne totale des coûts est de 1223 euros (sur un semestre) pour les EHPAD en tarif partiel et de 390 pour un EHPAD en tarif global, soit une différence de 833 euros sur un semestre (1666 euros en multipliant par 2 pour une année pleine). Il faudrait pouvoir disposer de données sur une plus grande amplitude temporelle et sur un plus grand échantillon pour pouvoir consolider ces résultats.

Annexe n°9 : Exemple d'exploitation des données des CPAM collectées par la mission

Calculs mission IGAS sur données CPAM

Capacité des EHPAD de l'échantillon (en nombre de places)

	Tarif Partiel	Tarif Global
Capacité totale de l'échantillon	3259	3469
Capacité moyenne par établissement		
EHPAD sans PUI	72	97
EHPAD avec PUI	156	162
Tous EHPAD	74	151

Remboursements de soins de ville dispensés en EHPAD, CPAM de Rouen, Juin 2010 - Mai 2011 (en €)

EHPAD en Tarif Partiel de soins	PUI	Ensemble des 4 postes différentiels : honoraires médecins géné., masseurs-kinés, radio, bio		Dont médecins géné.	Dont masseurs-kinés	Médicament		Autres soins de ville		Total soins de ville (SV)	
		Montant remboursé	Montant remboursé par personne	Montant remboursé par personne	Montant remboursé par personne	Montant remboursé	Montant remboursé par personne	Montant remboursé	Montant remboursé par personne	Montant remboursé	Montant remboursé par personne
R_TP_10_1	NON / Expériment	144 679	1 808	295	1 340	3 842	48	63 632	795	212 153	2 652
R_TP_10_2	OUI	46 731	429	202	1	352	3	67 705	621	114 789	1 053
R_TP_10_3	NON	63 860	1 082	362	517	67 853	1 150	43 878	744	175 591	2 976
R_TP_10_4	NON	25 607	674	299	246	32 477	855	31 655	833	89 739	2 362
R_TP_10_5	NON	15 800	1 580	532	826	15 918	1 592	8 277	828	39 995	4 000
R_TP_10_6	NON	69 479	1 139	494	450	71 089	1 165	47 972	786	188 540	3 091
R_TP_10_7	NON	22 786	475	328	40	65 409	1 363	49 869	1 039	138 064	2 876
R_TP_10_8	NON	34 786	696	254	325	52 250	1 045	33 412	668	120 448	2 409
R_TP_10_9	NON	14 413	686	318	258	32 281	1 537	13 261	631	59 956	2 855
R_TP_10_10	NON	8 384	279	132	86	16 092	536	12 492	416	36 968	1 232
R_TP_10_11	NON	7 532	235	129	54	26 852	839	15 111	472	49 495	1 547
R_TP_10_12	NON	29 797	709	243	340	47 991	1 143	18 490	440	96 278	2 292
R_TP_10_13	NON	1 282	28	14	0	40 709	905	11 697	260	53 688	1 193
R_TP_10_14	NON	18 490	303	161	18	47 799	784	30 363	498	96 652	1 584
R_TP_10_15	NON	29 439	589	245	224	71 805	1 436	19 469	389	120 713	2 414
R_TP_10_16	NON	39 811	766	353	253	44 336	853	27 349	526	111 495	2 144
R_TP_10_17	NON	55 468	1 261	307	841	72 758	1 654	32 793	745	161 018	3 659
R_TP_10_18	NON	66 885	1 173	325	693	64 885	1 138	30 100	528	161 870	2 840
R_TP_10_19	NON	14 586	583	327	158	26 119	1 045	10 540	422	51 244	2 050
R_TP_10_20	NON	41 144	762	325	296	55 168	1 022	24 536	454	120 848	2 238
R_TP_10_21	NON	69 960	619	348	133	108 546	961	59 923	530	238 430	2 110

R_TP_10_22	NON	7 699	481	131	266	14 186	887	9 972	623	31 857	1 991
R_TP_10_23	NON	61 373	1 534	304	1 120	52 242	1 306	21 447	536	135 061	3 377
R_TP_10_24	NON	43 133	1 198	323	648	48 036	1 334	34 314	953	125 483	3 486
R_TP_10_25	NON	57 719	888	263	440	53 622	825	49 348	759	160 689	2 472
R_TP_10_26	NON	35 048	556	333	129	61 233	972	30 815	489	127 096	2 017
R_TP_10_27	NON	11 677	778	402	240	19 774	1 318	4 846	323	36 297	2 420
R_TP_10_28	NON	22 554	513	236	135	37 930	862	29 421	669	89 905	2 043
R_TP_10_29	NON	49 826	977	337	501	62 566	1 227	17 409	341	129 801	2 545
R_TP_10_30	NON	56 182	702	310	219	80 205	1 003	43 834	548	180 221	2 253
R_TP_10_31	NON	41 883	838	297	403	44 895	898	26 104	522	112 881	2 258
R_TP_10_32	NON	14 585	1 215	259	917	9 716	810	4 951	413	29 253	2 438
R_TP_10_33	NON	76 978	885	259	506	70 463	810	37 612	432	185 053	2 127
R_TP_10_34	NON	28 359	567	306	143	52 061	1 041	21 636	433	102 056	2 041
R_TP_10_35	NON	61 359	1 040	360	519	68 032	1 153	27 324	463	156 715	2 656
R_TP_10_36	NON	49 495	884	347	413	80 821	1 443	26 671	476	156 988	2 803
R_TP_10_37	NON	28 400	861	315	338	36 967	1 120	29 905	906	95 271	2 887
R_TP_10_38	NON	39 446	616	284	200	56 240	879	15 555	243	111 241	1 738
R_TP_10_39	NON	16 892	734	281	286	18 688	813	16 097	700	51 677	2 247
R_TP_10_40	NON	34 836	562	217	289	48 140	776	15 680	253	98 656	1 591
R_TP_10_41	NON	54 114	1 746	397	1 203	39 177	1 264	19 992	645	113 282	3 654
R_TP_10_42	NON	23 499	1 237	391	716	22 769	1 198	24 085	1 268	70 353	3 703
R_TP_10_43	NON	15 821	633	315	178	21 803	872	11 013	441	48 637	1 945
R_TP_10_44	NON	35 401	753	402	204	53 508	1 138	17 516	373	106 426	2 264
TOTAL		1 687 196				2 017 605		1 188 071		4 892 873	
Dépense moyenne par personne, EHPAD sans PUI			**820 €**	**299 €**	**386 €**		**1 009 €**		**560 €**		**2 389 €**
Dépense moyenne par personne, EHPAD avec PUI			**429 €**	**202 €**	**1 €**		**3 €**		**621 €**		**1 053 €**
Dépense moyenne par personne, tous EHPAD			**800 €**	**294 €**	**367 €**		**957 €**		**563 €**		**2 320 €**

EHPAD en Tarif Global de soins	PUI	Ensemble des 4 postes différentiels (périmètre TG)		Médicament		Autres soins de ville		Total soins de ville (SV)	
		Montant remboursé	Montant remboursé par pers.	Montant remboursé	Montant remboursé par pers.	Montant remboursé	Montant remboursé par pers.	Montant remboursé	Montant remboursé par personne
R_TG_10_1	NON	3 147	43	67 716	928	34 333	470	105 195	1 441
R_TG_10_2	NON	26 919	489	67 574	1 229	30 599	556	125 093	2 274
R_TG_10_3	NON	2 172	43	85 901	1 684	32 949	646	121 022	2 373
R_TG_10_4	NON	10 658	161	62 791	951	57 564	872	131 013	1 985
R_TG_10_5	OUI	0	0	0	0	4 294	110	4 294	110
R_TG_10_6	OUI	4 878	21	27 115	116	148 574	638	180 566	775
R_TG_10_7	OUI	4 397	48	847	9	69 684	757	74 928	814
R_TG_10_8	OUI	1 410	11	3 750	28	21 697	162	26 857	200
R_TG_10_9	OUI	4 658	56	3 554	43	50 198	605	58 409	704
R_TG_10_10	OUI	29 187	175	2 917	17	35 912	215	68 016	407
R_TG_10_11	OUI	3 628	34	2 686	25	30 610	286	36 924	345
R_TG_10_12	OUI	399	4	474	5	16 279	157	17 152	165
R_TG_10_13	OUI	1 413	26	0	0	25 743	468	27 156	494
R_TG_10_14	OUI	1 177	15	2 101	27	31 502	399	34 780	440
R_TG_10_15	OUI	3 858	22	2 341	13	74 471	416	80 670	451
R_TG_10_16	OUI	4 094	29	5 214	37	39 321	277	48 629	342
R_TG_10_17	OUI	2 626	15	7 133	41	45 441	258	55 200	314
R_TG_10_18	OUI	3 387	56	2 157	36	21 934	366	27 477	458
R_TG_10_19	OUI	3 660	58	822	13	31 772	504	36 254	575
R_TG_10_20	OUI	1 227	20	2 684	45	25 148	419	29 059	484
R_TG_10_21	OUI	364	2	1 976	10	20 674	100	23 014	112
R_TG_10_22	OUI	598	12	778	15	17 190	337	18 566	364
R_TG_10_23	OUI	3 663	69	2 269	43	35 814	676	41 746	788
TOTAL		117 519		352 800		901 702		1 372 021	
Dépense moyenne par personne, EHPAD sans PUI			**175 €**		**1 159 €**		**634 €**		**1 969 €**
Dépense moyenne par personne, EHPAD avec PUI			**36 €**		**33 €**		**358 €**		**427 €**
Dépense moyenne par personne, tous EHPAD			**50 €**		**152 €**		**387 €**		**589 €**

Nombre de professionnels de santé à l'origine des remboursements										
	Médecins généralistes	Masseurs kinésithérapeutes	Radiologie	Biologie	Autres spécialistes	Dentistes	Infirmiers	Pharmacies	Total sur les 4 postes différentiels	Total sur ensemble des soins de ville
EHPAD en Tarif Partiel										
Moyenne par EHPAD	25	5	10	4	22	3	1	5	43	75
Minimum - Maximum	5 - 67	0 - 11	2 - 23	1 - 13	0 - 65	0 - 11	0 - 10	1 - 24	10 - 110	21 - 195
EHPAD en Tarif Global										
Moyenne par EHPAD	7	2	7	3	21	3	2	7	19	52
Minimum - Maximum	0 - 22	0 - 7	0 - 21	0 - 11	4 - 60	0 - 8	0 - 6	0 - 15	0 - 60	3 - 118

Rapports entre montants remboursés, volume d'actes et nombre de visites dans les EHPAD en Tarif Partiel

	Honoraires, Actes et Visites des médecins généralistes			**Honoraires, Actes et Visites des kinésithérapeutes**		
	Montant remboursé	Nombre d'actes	Nombre de visites	Montant remboursé	Nombre d'actes	Nombre de visites
	EHPAD en Tarif Partiel					
Moyenne par EHPAD	14 068 €	497	402	17 570 €	992	808
Dépense ou nombre d'actes par visite	35,0 €	1,2		21,8 €	1,2	

Principaux postes de dépense dans l'ensemble des remboursements de soins de ville

EHPAD en Tarif Partiel	PUI	Part des médecins généralistes	Part des kinési-thérapeutes	Part du médicament	Part du transport
R_TP_10_1	NON / Expériment	11%	51%	2%	18%
R_TP_10_2	OUI	19%	0%	0%	43%
R_TP_10_3	NON	12%	17%	39%	9%
R_TP_10_4	NON	13%	10%	36%	15%
R_TP_10_5	NON	13%	21%	40%	13%
R_TP_10_6	NON	16%	15%	38%	12%
R_TP_10_7	NON	11%	1%	47%	24%
R_TP_10_8	NON	11%	13%	43%	14%
R_TP_10_9	NON	11%	9%	54%	8%
R_TP_10_10	NON	11%	7%	44%	26%
R_TP_10_11	NON	8%	3%	54%	20%
R_TP_10_12	NON	11%	15%	50%	13%
R_TP_10_13	NON	1%	0%	76%	17%
R_TP_10_14	NON	10%	1%	49%	11%
R_TP_10_15	NON	10%	9%	59%	9%
R_TP_10_16	NON	16%	12%	40%	9%
R_TP_10_17	NON	8%	23%	45%	13%
R_TP_10_18	NON	11%	24%	40%	6%
R_TP_10_19	NON	16%	8%	51%	11%
R_TP_10_20	NON	15%	13%	46%	5%
R_TP_10_21	NON	16%	6%	46%	13%
R_TP_10_22	NON	7%	13%	45%	4%
R_TP_10_23	NON	9%	33%	39%	9%
R_TP_10_24	NON	9%	19%	38%	17%
R_TP_10_25	NON	11%	18%	33%	17%
R_TP_10_26	NON	17%	6%	48%	10%
R_TP_10_27	NON	17%	10%	54%	9%
R_TP_10_28	NON	12%	7%	42%	11%
R_TP_10_29	NON	13%	20%	48%	4%
R_TP_10_30	NON	14%	10%	45%	7%
R_TP_10_31	NON	13%	18%	40%	9%
R_TP_10_32	NON	11%	38%	33%	9%
R_TP_10_33	NON	12%	24%	38%	11%
R_TP_10_34	NON	15%	7%	51%	10%
R_TP_10_35	NON	14%	20%	43%	6%
R_TP_10_36	NON	12%	15%	51%	8%
R_TP_10_37	NON	11%	12%	39%	14%
R_TP_10_38	NON	16%	11%	51%	7%
R_TP_10_39	NON	12%	13%	36%	8%
R_TP_10_40	NON	14%	18%	49%	7%
R_TP_10_41	NON	11%	33%	35%	10%
R_TP_10_42	NON	11%	19%	32%	22%
R_TP_10_43	NON	16%	9%	45%	11%
R_TP_10_44	NON	18%	9%	50%	9%
Moyenne		**13%**	**16%**	**44%**	**12%**

Principaux postes de dépense dans l'ensemble des remboursements de soins de ville

EHPAD en Tarif Global	PUI	Part du médicament	Part du transport
R_TG_10_1	NON	64%	19%
R_TG_10_2	NON	54%	7%
R_TG_10_3	NON	71%	18%
R_TG_10_4	NON	48%	14%
R_TG_10_5	OUI	0%	73%
R_TG_10_6	OUI	15%	57%
R_TG_10_7	OUI	1%	79%
R_TG_10_8	OUI	14%	37%
R_TG_10_9	OUI	6%	42%
R_TG_10_10	OUI	4%	32%
R_TG_10_11	OUI	7%	57%
R_TG_10_12	OUI	3%	32%
R_TG_10_13	OUI	0%	57%
R_TG_10_14	OUI	6%	59%
R_TG_10_15	OUI	3%	70%
R_TG_10_16	OUI	11%	56%
R_TG_10_17	OUI	13%	56%
R_TG_10_18	OUI	8%	42%
R_TG_10_19	OUI	2%	65%
R_TG_10_20	OUI	9%	47%
R_TG_10_21	OUI	9%	3%
R_TG_10_22	OUI	4%	57%
R_TG_10_23	OUI	5%	43%
Moyenne		**26%**	**40%**

Calcul de coûts complets pour l'assurance maladie (hors hospitalisation) sur quelques établissements

EHPAD	PUI	Montant de soins de ville remboursé par personne (en €)	Dotation de soins 2010 (en €)	Dotation de soins par place (en €)	Coût complet par place (en €)	GMPS
EHPAD en Tarif Partiel de soins						
2	OUI	1 053	1 608 036	10 308	11 361	1106
3	NON	2 976	988 367	9 690	12 666	1156
4	NON	1 547	587 021	9 784	11 330	1140
5	NON	3 486	732 303	10 769	14 255	1191
6	NON	2 472	850 004	10 625	13 097	1143
7	NON	2 043	644 706	10 233	12 277	1082
8	NON	2 127	1 213 380	9 946	12 073	1100
9	NON	2 041	602 632	10 044	12 085	1126
10	NON	1 738	619 895	11 070	12 808	1294
11	NON	2 247	572 033	8 938	11 185	991
Coût moyen par personne, EHPAD sans PUI		**2 389 €**			**12 419 €**	
Coût moyen par personne, EHPAD avec PUI		**1 053 €**			**11 361 €**	
Coût moyen par personne, tous EHPAD		**2 320 €**			**12 314 €**	
EHPAD en Tarif Global de soins						
12	NON	1 441	1 719 571	12 644	14 085	1095
13	NON	2 373	925 537	13 611	15 984	1155
14	OUI	775	5 278 438	15 389	16 164	1243
15	OUI	342	4 312 476	18 998	19 340	1468
16	OUI	458	1 633 389	14 849	15 307	1229
17	OUI	112	9 708 910	35 959	36 071	2749
Coût moyen par personne, EHPAD sans PUI		**1 969 €**			**15 034 €**	
Coût moyen par personne, EHPAD avec PUI		**427 €**			**21 720 €**	
Coût moyen par personne, tous EHPAD		**589 €**			**19 492 €**	

Annexe n°10 : Courrier d'un médecin coordonnateur à ses confrères

Chère Consoeur,
Cher Confrère,

En consultant les dossiers médicaux, j'ai pu constater que les transmissions établies par les médecins généralistes méritaient d'être développées.

De fait, la fréquence de vos transmissions est très importante pour nous à plus d'un titre :

- En cas d'intervention en urgence d'un confrère, les informations les plus récentes sont très utiles
- D'un point de vu institutionnel, le prix de journée, et donc les ressources de l'établissement, sont directement corrélées aux GIR et aux PATHOS de nos résidents. Le GIR concerne leur autonomie. Le PATHOS concerne leurs types de pathologies, ainsi que leur nombre. Et tout ceci devant être prouvé aux yeux de nos confrères médecins inspecteurs de la DDASS.

Pour ces deux raisons, entre autres, il est donc important que les dossiers de soins et médicaux soient le plus à jour possible.

J'ai bien conscience que cela représente un investissement supplémentaire et que le temps vous manque souvent. Par conséquent, quelques annotations succinctes mais régulières constitueront déjà un progrès très appréciable.

A titre d'information vous pouvez trouver ci-joint la liste de vos résidents et la date de vos dernières transmissions (arrêtées au 24/10/2008).

En espérant que cette démarche suscitera votre intérêt, je vous prie de croire, chère Consoeur, cher Confrère, en mes salutations les plus sincères.

Annexe n°11 : Quelques cas types d'organisation des soins en EHPAD

Nota : les dotations de soins indiquées dans les encadrés suivants sont celles de l'année 2010 et s'entendent hors crédits non reconductibles. Le taux d'encadrement est calculé comme le ratio entre, d'une part, le personnel affecté aux soins émargeant sur la section budgétaire soins (mais en considérant dans leur totalité les effectifs d'aides soignantes) et, d'autre part, la capacité de l'établissement en hébergement permanent (HP).

EHPAD A	
Statut	Etablissement public (FPH)
Capacité en HP	138
GMP :	677 en 2009 (stable)
PMP :	251 en 2009 + 64 % depuis 2007 (GMPS : + 23% depuis 2007)
Date dernière convention	1/1/2008 avec avenant en 2009
Tarif de soins	Tarif partiel
Avec / Sans PUI	Sans PUI
Dotation de soins	1.612.918 € (soit 11.688 € /lit), en-dessous du plafond ; + 30% par rapport à dotation 2008
Personnel de soins (ETP)	46 ETP (dont 32 aides-soignantes). Effectif en hausse de 25% depuis 2008.
Taux d'encadrement	0,33 (+0,06 points depuis 2008)

Equipe attachée au tarif partiel : « On est à l'aise avec le tarif partiel, et ce d'autant plus que l'on fonctionne quasiment comme en tarif global ». « Le tarif partiel nous permet de maîtriser notre fonctionnement et notre consommation de soins grâce au filtre exercé par les infirmières. On pourrait craindre, en cas de tarif global, une inflation de la demande de soins liée à leur gratuité pour le résident et à leur assimilation au service global dû par l'établissement ».

Incidence du calendrier de conventionnement : « On a signé la première convention tripartite parmi les premiers [décembre 2002] et la deuxième convention au bon moment [janvier 2008] »

Coordination des soins fondée sur :

- la présence et la légitimité du médecin coordinateur (à raison de 0,6 ETP, en fonction depuis 8 ans dans l'établissement, auparavant médecin libéral intervenu dans l'EHPAD pendant 25 ans, « coopté » dans cette fonction par ses confrères) ;
- l'équipe formée par le médecin coordonnateur et les *deux* cadres de santé ;
- une forte internalisation des soins d'auxiliaires médicaux (salariés à temps partiel : ergothérapeute, pédicure, et même kinésithérapeute !) ;
- l'accompagnement systématique par une infirmière des médecins traitants en consultation dans l'établissement ;
- une relation de longue durée avec les médecins traitants, au nombre de 10 seulement.

Procédures internes d'amélioration des soins fondées sur :

- un protocole de prise en charge des crises de nuit ;
- des formations relayées par un accompagnement d'un psychologue et des médecins sur la prise en charge de la douleur, la prise en charge de la dépression ;
- la sensibilisation des équipes aux bonnes pratiques en matière de contention, signalement d'événements indésirables, prévention des chutes et de la dénutrition.

Relations avec l'environnement sanitaire :

- conventions avec le centre hospitalier le plus proche pour la psychiatrie, la gestion des crises sanitaires et l'accueil réciproque de patients entre EHPAD et hôpital ; 907 journées d'hospitalisation en 2010 soit une moyenne apparente de 6,6 jours par résident, mais une durée moyenne des séjours de 13,7 jours concernant 35% des résidents ;
- convention avec une association prestataire de soins palliatifs.

EHPAD B	
Statut	Etablissement privé à but lucratif
Capacité en HP	113 lits
GMP :	414 (+34% en 5 ans mais reste faible en dépit d'une population très âgée (89 ans en moyenne).
PMP :	101 en 2010
Date dernière convention	1/09/2004
Tarif de soins	Tarif partiel
Avec / Sans PUI	Avec PUI
Dotation de soins	695.035 € soit 6.151 € / lit ; en dessous du plafond
Personnel de soins (ETP)	19,3 ETP
Taux d'encadrement	0,17 (à rapprocher du faible niveau de dépendance et de morbidité de la population hébergée).

Attachement au tarif partiel « pour préserver liberté et coopération » ; méfiance d'une dotation globale « qui pourrait vite devenir trop étriquée ».

Binôme entre cadre de santé et médecin coordonnateur (0,2 en ETP, gériatre, présent dans l'EHPAD depuis 10 ans, par ailleurs médecin salarié d'une clinique médicale spécialisée en gérontologie).

Validation par le médecin coordonnateur des prescriptions des médecins traitants ; comparaison avec les référentiels de bonne prescription comme base de discussion « en routine » avec les médecins traitants.

21 médecins libéraux interviennent dans l'établissement ; 6 ont signé le contrat de coordination prévu au décret du 30 décembre 2010.

EHPAD C	
Statut	Privé non lucratif
Capacité en HP	33 lits
GMP :	621 au 1/1/2011
PMP :	194 en janvier 2010 (1ère évaluation)
Date dernière convention	1/1/2010
Tarif de soins	Tarif global depuis le 1/1/2010
Avec / Sans PUI	Sans PUI
Dotation de soins	426109 € en 2010 (+ 65% par rapport à 2009), soit 13.490 € /lit
Personnel de soins (ETP)	8,5 ETP (dont 2 ETP depuis 2010 : 1,5 AS + 0,5 IDE : effet du tarif global)
Taux d'encadrement	0,26 (+ 0,06 points depuis le 1/1/2010)

Passage au tarif global en 2010 simultanément à l'adoption de Pathos, sur proposition de l'ARS, sans information de la part de la CPAM sur la consommation de soins de ville antérieure, mais sur la base d'une estimation interne à l'établissement de ses consommations de soins (à partir des dossiers des résidents), estimation au demeurant difficile pour les soins de kinésithérapie.

L'année 2010, première année d'application du tarif global, est une année de transition pour cet établissement en termes de procédure de fonctionnement.

Incidences du TG en termes de rationalisation des soins :

- augmentation de l'encadrement de personnel de soins (AS, IDE) majoritairement affecté à la permanence de nuit (1,5 AS) ;
- attention nouvelle portée par l'équipe de direction de l'EHPAD (directrice et cadre de santé) aux interventions des professionnels de santé libéraux, particulièrement celles des kinés dont les facturations ont rapidement augmenté tout au long de l'année ;
- attention portée par l'EHPAD à la pertinence des soins prescrits, en particulier des soins de kinésithérapeutes, face à l'augmentation rapide des facturations au cours de l'année 2010 : les soins en cours ont été réexaminés en fin d'année avec les médecins prescripteurs, ce qui a conduit à réduire de moitié le volume de ces prescriptions ; action dont les effets s'estompent toutefois dès le milieu de l'année 2011 (réintroduction de séries d'actes supprimés) rendant nécessaire à brève échéance un nouvel examen partagé de ces prescriptions.

Limites et difficultés rencontrées :

- l'effort de régulation se fait au prix d'un investissement en temps important du directeur et du cadre de santé de l'EHPAD dans le suivi administratif des facturations et dans la « gestion du risque » avec les professionnels de santé ; investissement très lourd pour un petit établissement ;
- nombre d'intervenants élevé : 16 kinésithérapeutes (en présence d'une densité locale élevée de la profession, à relier à l'activité de thermalisme dans la ville), 14 médecins omnipraticiens, 5 pédicures ;
- traçabilité et évaluation des soins peu satisfaisantes : renseignement non systématique par les médecins du dossier du résident, contact non systématique avec l'équipe de soins de l'établissement, bilans de soins de kinésithérapie rarement remis à l'établissement ;

- régulation particulièrement difficile de l'intervention des masseurs-kinésithérapeutes : nombre d'intervenants élevé, interventions fréquemment non signalées à l'établissement, pratiques de régularisation a posteriori des prescriptions, difficulté à faire entrer les professionnels concernés dans une réflexion partagée et durable sur la pertinence des soins ;
- incertitude quant au montant des indus qui seront notifiés et récupérés sur la dotation de l'établissement : fait peser un risque sur l'exécution budgétaire, d'autant plus élevé que l'établissement est plus petit et qu'une partie de la population hébergée est suffisamment valide pour se déplacer jusqu'à la pharmacie d'officine et retirer elle-même ses médicaments.

Autres démarches d'organisation des soins :

- convention signée avec une pharmacie d'officine (dès 2006, soit bien avant le passage en tarif global) pour la fourniture et la préparation individualisée des doses à administrer (piluliers) ; source de très fortes tensions à l'époque avec les autres pharmacies et le conseil de l'ordre
- coopération construite en matière de psychiatrie avec le CMP local (participation de résidents à des ateliers du CMP et visite toutes les 2 semaines dans l'EHPAD d'une infirmière psychiatrique du CMP) et avec les consultations psychiatriques du CH le plus proche. Pas de coopération en revanche en matière de consultations gériatriques.

Statut	Privé non lucratif (groupe)
Capacité en HP	508
GMP :	719 en novembre 2009
PMP :	296 en novembre 2009
Date dernière convention	1/1/2008
Tarif de soins	Tarif global, depuis 2003
Avec / Sans PUI	Avec PUI
Dotation de soins	9.621.798 € en 2010, soit 18 940 € / lit
Encadrement en personnel de soins	+ 25% depuis 2003 (date de la 1ère convention tripartite)

EHPAD de très grande taille, intégré à un groupe, et adossé, sur le même site, à une unité de SSR gériatrique (60 lits).

Fonctionnement ancien en tarif global de soins (dès 2003), avec PUI et avec un personnel de soins salarié nombreux (médecins, kinésithérapeutes, infirmières et aides-soignantes, ergothérapeute et psychomotricien) ; il n'est pas fait appel à des médecins libéraux, toutes les consultations étant réalisées par les médecins de l'établissement (au nombre de 7, à temps plein).

Encadrement de nuit important (présence de 3 IDE, d'un cadre de santé et de plusieurs AS, astreinte d'un médecin), objet principal de la dernière convention tripartite.

Organisation du personnel soignant en 4 pôles gérés par un bureau (trinôme médecin - cadre de santé - cadre hôtelier) dotés d'instances élargies de dialogue entre professionnels et engagés sur un projet de pole comportant des objectifs de qualité et de gestion. Comité de coordination des pôles : assure le rôle de médecin-coordonateur.

Bénéfices de la PUI jugés très importants en termes de maîtrise des dépenses pharmaceutiques et de sécurisation de la distribution des médicaments aux résidents : prescriptions et dossiers de soins informatisés aisément consultables par le pharmacien, dispensation individuelle nominative, reconditionnement des médicaments, dialogue entre pharmacien et médecins prescripteurs (facilité par le fait que ceux-ci sont également salariés). La moyenne de 6,7 lignes par ordonnance, s'agissant d'une population aux multiples pathologies très consommatrice de médicaments, est sensiblement inférieure à ce qui est observé dans le secteur.

Préoccupation croissante liée aux médicaments très coûteux (chimiothérapies, DMLA par exemple), qui représentent 25% du budget de médicaments de l'établissement (mais 1% du budget total de soins).

EHPAD E	
Statut	Privé à but non lucratif
Capacité en HP	400 lits
GMP :	746
PMP :	130 validé début 2009, utilisé pour le calcul de la dotation globale de soins au 1er juin 2009. Nouveau PMP validé fin 2010 : 230.
Date dernière convention	1er juin 2009
Tarif de soins	Global depuis 1er juin 2009
Avec / Sans PUI	Avec PUI
Dotation de soins	5 538 306 € (2010), soit 13 846 € / place. Dotation potentielle avec application du nouveau PMP : 6,8 M€, soit un écart de 1,3 M€ par rapport à la dotation actuelle !
Personnel de soins (ETP)	101 (dont 67 aides soignantes)
Taux d'encadrement	0,25

Etablissement ayant opté pour le TG au 1er juin 2009, simultanément à la « Pathossification », pour contribuer à réaliser la convergence tarifaire et par cohérence avec un mode de fonctionnement médical déjà largement internalisé, caractérisé par :

- la présence de deux médecins gériatres à plein temps, se partageant chacun un ½ temps coordonnateur et un ½ temps de médecin traitant pour les résidents qui le souhaitent (de fait 92% des résidents) ; les 8% de résidents restants sont suivis par une trentaine de médecins libéraux ;
- l'existence d'une PUI depuis 15 ans : toutes les prescriptions sont validées par la pharmacienne et par un des deux médecins coordonnateurs ; système accepté ;
- une équipe de nuit étoffée composée d'une infirmière, de 3 aides-soignantes et de 6 agents de service.

Effet du passage concomitant au tarif global et à la tarification au GMPS :

- mise aux normes du fonctionnement de la PUI : recrutement de 2 préparateurs ;
- recrutement de 15 aides soignantes supplémentaires (sur un effectif antérieur de 52) ;
- recrutement de 1,5 ETP d'orthophoniste ;
- recrutement de 4,5 ETP de masseurs-kinésithérapeutes : ce qui signifie que la totalité des soins de kinésithérapie des résidents est aujourd'hui fournie par l'équipe salariée ; la dépense de soins sur ce poste a été divisée par 2, passant de 360.000 € sous forme de remboursements dans le cadre du tarif partiel en 2008 à 180.000 € de salaires sous forme de salaires en 2010.

Eléments d'organisation :

- articulation des deux médecins salariés : partage des thèmes suivis comme médecin coordonnateur et alternance dans le suivi des résidents les ayant choisis comme médecins traitants ;
- communication et relations soignées avec les médecins libéraux ; 20 ont déjà signé le contrat de coordination ;
- informatisation complète du dossier de soins du résident et démarche qualité engagée ;
- réunion de synthèse tenue par les médecins coordonnateurs toutes les 6 semaines avec l'ensemble du personnel de soins ainsi que les agents de service et la psychologue : formation informelle (sur la prise en charge des démences par exemple) ; en outre réunions régulières d'un des médecins coordonnateurs avec chaque catégorie de professionnels de santé ;
- gains qualitatifs liés à la salarisation des masseurs kinésithérapeutes : constitution d'une véritable équipe, coordonnée et dotée d'une salle adaptée, formalisation de projets de soins individuels, temps consacré aux soins allongé, meilleure traçabilité des soins effectués ;
- recours à l'hospitalisation à domicile pour la psychiatrie ; intervention également de la psychiatrie de secteur dans l'établissement (sous réserve du délai de carence de 18 mois, problématique) ; importance de ces modalités de soins en raison du profil de la population accueillie : 80% de personnes désorientées, 65% de déments, 25% de malades mentaux stabilisés (un peu plus jeunes que les autres résidents, la moyenne d'âge étant néanmoins de 84 ans).

Difficultés dans l'application du tarif global :

- problème de la sous-évaluation du PMP initial retenu pour une valeur de 130 début 2009 dans le calcul de la dotation de soins ; manque de familiarité avec la coupe Pathos de la part du médecin coordonnateur et du médecin valideur. Nouveau PMP validé fin 2010 à 230, ce qui représente un supplément de dotation potentiel de 1,3 million d'euros. Incertitudes quant aux possibilités de correction de la dotation de soins dans le nouveau contexte budgétaire. « On demande le respect de la logique des règles du jeu auxquelles on a souscrit » ;
- aucune marge de précaution dans la dotation de soins actuelle, consommée à 100% en 2010. Impossibilité d'admettre des personnes nécessitant des soins exceptionnellement lourds comme une gastrostomie, qui pouvaient être pris en charge dans le cadre du tarif partiel.

EHPAD F	
Statut	Public (FPH)
Capacité en HP	82 lits
GMP :	650
PMP :	129 (2009)
Date dernière convention	31/12/2009
Tarif de soins	TG depuis le 1er janvier 2010
Avec / Sans PUI	Utilisation de la PUI de l'hôpital local auquel l'EHPAD est rattaché
Dotation de soins	1.041.000 € en 2010, soit 12 695 € / place. Passage au TG à dotation inchangée car établissement en convergence tarifaire.
Personnel de soins (ETP)	24 (dont 17 aides-soignantes)
Taux d'encadrement	0,29

Etablissement intégré à un ensemble comprenant un petit hôpital local, en direction commune, offrant des services de médecine et de SSR (8 lits au total) et un foyer d'accueil médicalisé (FAM). Les liens avec cet hôpital local de petite taille apportent à l'EHPAD une souplesse d'organisation et une sécurisation des soins quotidiens très intéressantes :

- mutualisation de certaines ressources, qui permet à l'EHPAD de disposer d'une infirmière de nuit (laquelle consacre environ 1h½ de temps calme chaque nuit à la préparation de piluliers) et de la PUI hospitalière (quote-part des coûts de la PUI pour l'EHPAD en 2010 : 30 038 €, soit le coût de 0,5 ETP de préparateur et de 0,1 ETP de pharmacien) ;
- bénéfices indirects de l'accréditation de l'hôpital local : « L'évaluation des pratiques professionnelles et les 'pratiques exigibles prioritaires' définies par la Haute Autorité de Santé ainsi que les protocoles de soins sont applicables aussi aux personnels des EHPAD » ;
- comité du médicament commun, au sein duquel sont discutées les prescriptions.

Gestion du circuit du médicament :

- fondée sur la PUI et un livret thérapeutique qui s'impose de fait aux médecins (près de 500 médicaments inscrits, mis à jour régulièrement, faisant une large part aux génériques) ;
- « rôle très important du pharmacien de la PUI » ;
- prescription informatisée fondée sur l'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription signalant aux médecins traitants les éventuelles interactions dangereuses ;
- validation des prescriptions par le pharmacien de PUI ;
- difficulté rencontrée : réticence des médecins à terminer un traitement (cas notamment des antalgiques, même après réévaluation de la douleur par les équipes soignantes).

Coordination et traçabilité des soins :

- coordination et traçabilité difficile vis-à-vis des médecins libéraux (5 intervenant dans l'EHPAD) ; plus aisée s'agissant des soins de kinésithérapie (témoignage rare) dispensés par 2 praticiens libéraux et un salarié (mi-temps) ;
- médecin coordonateur : ancien médecin libéral, retraité ; rôle plutôt de conseiller médical auprès des équipes soignantes et de la direction de l'EHPAD sous forme de sensibilisation aux bonnes pratiques : « le protocole doit découler de la prise de conscience et non la précéder ». Peu de moyen d'action et d'échanges en revanche vis-à-vis des médecins libéraux ;
- contrat de coordination : refusé pour l'instant par les médecins intervenant dans l'EHPAD ;
- contrepoint intéressant : la convention signée entre *l'hôpital local* et les médecins libéraux y intervenant, rédigée avec le président de la CME (sur la base d'un certain nombre d'éléments obligatoires), approuvée par celle-ci et approuvée tacitement par l'ARS.

Prise en charge des troubles psychiatriques et troubles du comportement des résidents :

25% des résidents l'EHPAD sont des patients psychiatriques stabilisés (souvent issus du FAM voisin) mais les troubles du comportement concernent la grande majorité des résidents. Or l'effort de sensibilisation des personnels, réalisé par exemple sur la prise en charge de la douleur et la maltraitance, reste à faire s'agissant de la prise en charge non médicamenteuse des troubles du comportement, qui nécessite un important travail et met en jeu l'interaction entre personnels de soins et résidents. Leviers : formation extérieure, relations avec les médecins psychiatres (mieux à même d'ajuster les prescriptions et de rassurer le personnel).

EHPAD G	
Statut	Public (FPH)
Capacité en HP	64 lits
GMP :	600,5
PMP :	Etablissement non « pathossifié »
Date dernière convention	2007
Tarif de soins	Partiel mais volonté de passer au tarif global en 2012
Avec / Sans PUI	Sans PUI mais projet de rattachement en 2012 à une PUI hospitalière via un groupement de coopération sanitaire
Dotation de soins	459 185 € soit 7 175 € / place.
Personnel de soins (ETP)	13 (dont 10,5 ETP d'aides soignantes)
Taux d'encadrement	0,20

EHPAD en direction commune avec un centre hospitalier (combinant court séjour MCO, soins de longue durée et soins de suite et de réadaptation), un hôpital local et un autre EHPAD, situés dans un rayon d'une trentaine de kilomètres en zone semi-rurale, configuration qui a rendu possible une forte mutualisation des ressources.

Etendue des liens et de la mutualisation entre établissements sous direction commune :

- intervention hebdomadaire de la directrice des soins du centre hospitalier (simultanément directrice de la qualité) sur les trois sites, pour une réflexion commune sur les prises en charge ;
- participation des établissements à la commission des soins du CH de référence ;
- sur le médicament, mise en cohérence des livrets thérapeutiques ;
- direction des ressources humaines commune, assurant notamment les fonctions de recrutement et de formation ; émergence d'une vision d'ensemble de la filière gériatrique et d'une mobilité inter-sites des personnels ;
- partage avec l'hôpital des compétences de diététicienne et d'ergothérapeute ;
- partage entre les deux EHPAD d'un temps complet de médecin coordonnateur, par ailleurs invité à la CME du centre hospitalier de référence ;
- projets en cours : mise en place d'une équipe mobile d'hygiène ; mise en place au sein du CH d'un court séjour gériatrique évitant les passages aux urgences en cas d'hospitalisation.

Coordination des soins dans l'EHPAD :

Intervention de 8 médecins généralistes libéraux, généralement sur demande de l'infirmière ; intervention pour renouvellement des ordonnances sur appel du cadre de santé (suit les calendriers de renouvellement). Dossier de soins rempli par l'infirmière, toujours présente aux consultations.

Projet de rattachement à la PUI du CH de référence :

Projet préparé pour 2012 (échéance de la convention tripartite) en lien avec la demande de passage au tarif global. Expérience précédente du rattachement d'un autre EHPAD du groupe à cette même PUI, ayant donné lieu début 2011, après une première année de fonctionnement, à une évaluation très positive en termes de : réduction du volume des prescriptions (la pharmacienne de PUI étant plus légitime face aux médecins traitants que ne peut l'être le médecin coordonateur de l'EHPAD), réduction du risque iatrogène, bonne application du livret thérapeutique et diminution des coûts unitaires, amélioration de la qualité des produits fournis (cas du petit matériel médical tels que gants, seringues, cathéters également fournis par la PUI), enfin en termes de sécurité de la dispensation médicamenteuse.

Coût imputé sur l'EHPAD : 0,5 ETP de préparatrice + 0,1 ETP de pharmacienne.

Annexe n°12 : Exemples d'ordonnances

cerfa

N° 60-3937

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONERANTE)

1) LEVOTHYROX 162,5 µg 1/jour
2) MITOR 5 1/jour
3) FORLAX 2 1/j
4) CARDENAL 1,25 1/jour
5) KARDEGIC 75 1/jour
6) DEROXAT 20 1/j
7) DEPAKINE 500 Chrono 1 cp matin et soir
8) KEPPRA 250 1 le soir
9) INEXIUM 20 1 jour

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée
(MALADIES INTERCURRENTES)

10) TRAMYFENON 80 1/j
11) STILNOX 1/2 au coucher
12) EFFERALGAN 500 2 cp 3/j ~~si douleur~~
13) UVEDOSE 100000 1 ampoule 3 mois après la pte dentaire
14) DERMYL hydratar les pieds quotidiennement 1 tube/mois.

ordonnance pour 3 mois

Signature le 18/3/2011

cerfa

Identification du prescripteur

N° 60-3937

l'étiquette du patient est à coller ici

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONÉRANTE)

le 15/04/11

1) MYTALANS 16 g : 1 cp le matin
2) SOTALOL 80 g : 1/2 cp le matin
3) KARDEGIC 75 g : 1 sachet /jour
4) LEVOTHYROX 50 µg : 1 cp le matin
5) ATLOR 5 g : 1 cp le soir
6) DIFFUK : 1 gélule /jour
7) ATHYMIL 20 mg : 1 cp le soir
8) IMOVANE : 1 cp au coucher
9) EBIXA : 1 cp x 2 /jour

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée
(MALADIES INTERCURRENTES)

10) CODOLPRANE : 1 à 2 cp jusqu'à 3 fois /jour si douleur
11) ARTELAC : 1 goutte dans chaque œil 2 fois /jour
12) DOLIPRANE 1 g : si nécessaire
13) LANSOYL : 1 cc /jour
14) PULMICORT pour nébulisation : 1 dosette matin et soir diluée avec 1 dosette de sérum physiologique
15) BRICANYL + ATROVENT pour nébulisation : 1 dosette de chaque mélangée le midi en aérosol
16) KESTIN LYO : 1 cp à faire fondre sous la langue
17) AMERGODIL collyre : 2 gouttes dans chaque œil le matin x 2 /jour. QSP 1 mois.

Signature

Annexe n°13 : Projet d'indicateurs de gestion du risque « efficience des EHPAD »[120]

I- Indicateurs d'efficience de la dotation soins

▪ **Taux d'utilisation de la dotation Soins**

Source : Comptes administratifs / Comptes d'emplois (EPRD)

▪ **Structure de la dépense financée par la dotation Soins (personnel, prestations, médicaments et matériel médical)**

Source : Comptes administratifs / Comptes d'emploi (EPRD) + Données des établissements (détails des rémunérations des praticiens libéraux payées sur forfait soins, transmis à l'AM -décret du 7 juin 2010)

▪ **Part de chaque catégorie de personnel dans les charges de personnel (personnel salarié ou libéral)**

Source : Comptes administratifs / Comptes d'emploi (EPRD) + Données des établissements pour les dépenses de professionnels de santé libéraux financés sur le forfait soins (décret du 7 juin 2010)

▪ **Coût des soins financés sur l'enveloppe « soins de ville »**

Source : Données AM : consommation des soins de ville des résidents en EHPAD à partir des listes de résidents transmises mensuellement aux CPAM

▪ **Coût des soins financés sur l'enveloppe « soins de ville » dans le périmètre médico-social pour les EHPAD en Tarif Partiel**

(En vue de calibrer le surcoût du passage au tarif global, et de chiffrer le transfert d'enveloppe national des soins de ville vers le médico-social/personnes âgées)

Source : Données AM : consommation des soins de ville des résidents en EHPAD à partir des listes de résidents transmises mensuellement aux CPAM

▪ **Coût complet "soins" en EHPAD (coût moyen global par résident)**

Source : données AM : consommation des soins de ville par rapport à la liste des résidents en EHPAD + données des comptes administratifs (forfait soins)

II- Indicateurs d'efficience des moyens alloués pour une prise en charge optimale

▪ **Taux d'occupation des EHPAD**

Source : comptes administratifs / comptes d'emploi (EPRD)

▪ **Taux d'hospitalisation des résidents en EHPAD (court séjour et SSR)**

Source : Etablissement – liste des résidents

▪ **Taux d'encadrement médical et paramédical**

Source : Comptes administratifs / comptes d'emploi (EPRD)

[120] Source CNSA - Mise à jour au 31 janvier 2011

Annexe n°14 : Prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé libéraux par l'assurance maladie

Les cotisations sociales des praticiens libéraux sont prises en charge par les régimes d'assurance maladie selon les taux suivants :

Sur base des revenus conventionnés nets de dépassements d'honoraires	Médecins secteur 1	Médecins secteur 2	Dentistes	Auxiliaires médicaux	Sages-femmes
À la charge du libéral	0,11%	9,81%	0,11%	0,11%	0,11%
À la charge de l'assurance maladie	9,70%	0%	9,70%	9,70%	9,70%
Total garantie « maladie »	***9,81%***	***9,81%***	***9,81%***	***9,81%***	***9,81%***
À la charge du libéral	0,4%[121]	5,4%	0,4%	0,4%	0,4%
À la charge de l'assurance maladie	5,0%[122]	0%	5,0%	5,0%	5,0%
Total garantie « famille »	***5,4%***	***5,4%***	***5,4%***	***5,4%***	***5,4%***
Sur base forfaitaire	Médecins secteur 1	Médecins secteur 2	Dentistes	Auxiliaires médicaux	Sages-femmes
À la charge du libéral	1 380€	4 140 €	1 304 €	180 €	229 €
À la charge de l'assurance maladie	2 760 €	0 €	2 608 €	360 €	458 €
Total garantie « retraite des avantages sociaux vieillesse »	***4 140 €***	***4 140 €***	***3 912 €***	***540 €***	***687 €***

Source : guide des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés, URSSAF, 10ème édition (janvier 2011)

Le réseau des URSSAF a diffusé le guide suivant visant à leur faciliter le renseignement de leur déclaration de revenus pour 2010 :

[121] Pour la tranche de revenus inférieure à 35 352 €. Ce taux monte à 2,5% au-delà.
[122] Pour la tranche de revenus inférieure à 35 352 €. Ce taux tombe à 2,9% au-delà.

URSSAF

COMMENT REMPLIR VOTRE DÉCLARATION DE REVENUS

MEDECIN CONVENTIONNÉ DU SECTEUR 1, MASSEUR KINÉSITHÉRAPEUTE, INFIRMIER SAGE-FEMME, ORTHOPHONISTE, PÉDICURE-PODOLOGUE, ORTHOPTISTE

2010

Les renseignements demandés nous permettront de calculer :

- la cotisation personnelle d'allocations familiales,
- la contribution sociale généralisée (CSG),
- la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS),
- la cotisation d'assurance maladie, maternité,
- la contribution à la formation professionnelle,
- la contribution aux unions régionales des professions de santé,
- les cotisations sociales prises en charge par votre CPAM conformément aux dispositions de la convention médicale du 12 janvier 2005 (médecins du secteur 1),
- la cotisation d'assurance maladie/maternité prise en charge par votre CPAM, pour les masseurs kinésithérapeutes, les sages-femmes, les infirmiers, les orthophonistes, les pédicures-podologue et les orthoptistes,
- la cotisation d'allocations familiales prise en charge par votre CPAM, pour les infirmiers adhérant au contrat santé solidarité.

LIGNE A MONTANT DES REVENUS DE L'ACTIVITÉ CONVENTIONNÉE

Les revenus de l'activité conventionnée sont ceux tirés des actes remboursables et/ou issus de rétrocessions, ainsi que les indemnités pour frais de déplacement et toutes les rémunérations forfaitaires versées par votre caisse primaire (aide à la télétransmission, indemnisation de la formation continue...).

1 ■ Si vous relevez du régime de la déclaration contrôlée, vous devez retenir le BNC tel qu'il ressort de votre déclaration fiscale 2035 (annexe 2035 B, ligne CP en cas de bénéfice, ligne CR en cas de déficit), pour la part afférente à votre activité conventionnée avant les imputations des déficits d'années antérieures.

Si vous percevez également des honoraires liés à des actes non remboursables ou exercez une autre activité non salariée et que votre comptabilité ne vous permet pas de ventiler vos charges par type d'activité, vous pouvez déterminer la part de votre BNC liée à votre activité conventionnée en effectuant le calcul suivant :

$$\text{Revenus de l'activité conventionnée} = \frac{\text{recettes liées à l'activité conventionnée} \times \text{BNC (annexe 2035 B, ligne CP ou CR)}}{\text{recettes totales de votre activité (annexe 2035 A, ligne AG)}}$$

Vous devez ajouter à ce revenu les exonérations et les déductions fiscales suivantes :

- primes versées au titre des contrats d'assurance groupe souscrits auprès des sociétés d'assurance ou de mutuelles (retraite et prévoyance complémentaire, perte d'emploi subie) et des cotisations complémentaires facultatives versées aux régimes facultatifs mis en place par les caisses d'assurance vieillesse des professions indépendantes non agricoles (annexe 2035 A, ligne BU),
- exonérations de bénéfices pour installation en zones franches urbaines (annexe 2035 B, ligne CS),
- exonérations de bénéfices en faveur des entreprises nouvelles (annexe 2035 B, ligne AW),
- exonérations de bénéfices « jeunes entreprises innovantes » (annexe 2035B,ligne CU),
- exonérations de bénéfices « pôle de compétitivité » (annexe 2035B, ligne AX),
- plus-values à court terme suite à un départ à la retraite.

Si vous percevez également des honoraires liés à des actes non remboursables ou exercez une autre activité non salariée et que votre comptabilité ne vous permet pas de ventiler les exonérations et déductions fiscales par type d'activité, vous pouvez déterminer la part de ces dernières liée à votre activité conventionnée en effectuant le calcul suivant :

$$\text{Déductions fiscales affectées à l'activité conventionnée} = \frac{\text{recettes liées à l'activité conventionnée} \times \text{montant global des exonérations et déductions fiscales}}{\text{recettes totales de votre activité (annexe 2035 A, ligne AG)}}$$

2 ■ Si vous relevez du régime spécial BNC (micro BNC), indiquez sur la ligne A le montant brut (avant application des abattements ou exonérations pour jeune entreprise innovante, zone franche urbaine, activité de recherche et développement et plus-values à court terme suite à un départ à la retraite) de vos recettes liées à l'activité conventionnée (intégrées dans le montant total des recettes reporté sur la déclaration 2042 C, page 3, cadre D) diminué d'un abattement représentatif de frais de 34 %.

3 ■ Si vous êtes gérant ou associé d'une société d'exercice libéral soumise à l'impôt sur les sociétés, indiquez sur la ligne A le montant net (déduction faite des primes et cotisations sociales personnelles et des frais professionnels admis par l'Administration fiscale) de vos rémunérations liées à de l'activité conventionnée. Si vous percevez également des honoraires liés à des actes non remboursables ou exercez une autre activité non salariée et que votre comptabilité ne vous permet pas de ventiler vos rémunérations par type d'activité, vous pouvez déterminer la part de vos rémunérations liée à votre activité conventionnée en effectuant le calcul suivant :

$$\text{Revenus de l'activité conventionnée} = \frac{\text{recettes liées à l'activité conventionnée} \times \text{montant net de vos rémunérations}}{\text{recettes totales de l'activité}}$$

Vous devez ajouter à ce montant les primes versées au titre des contrats d'assurance groupe souscrits auprès des sociétés d'assurance ou de mutuelles (retraite et prévoyance complémentaire, perte d'emploi subie) et des cotisations complémentaires facultatives versées aux régimes facultatifs mis en place par les caisses d'assurance vieillesse des professions indépendantes non agricoles (annexe 2035 A, ligne BU) ainsi que la part des dividendes et intérêts de compte courant d'associés, perçus par vous-même, votre conjoint ou vos enfants mineurs non émancipés, excédant 10 % du capital social, des primes d'émission et des sommes versées en compte courant d'associés détenus en toute propriété ou en usufruit par vous-même, votre conjoint ou vos enfants mineurs non émancipés.

Si vous percevez également des honoraires liés à des actes non remboursables ou exercez une autre activité non salariée et que votre comptabilité ne vous permet pas de ventiler ces éléments par type d'activité, vous pouvez déterminer la part de ces derniers liée à votre activité conventionnée en effectuant le calcul suivant :

$$\text{Primes et dividendes affectés à l'activité conventionnée} = \frac{\text{recettes liées à l'activité conventionnée} \times \text{montant des éléments à ajouter}}{\text{recettes totales de l'activité}}$$

Le montant des revenus de l'activité conventionnée est nécessaire au calcul de vos cotisations sociales pour le régime des PAM ainsi qu'au calcul des cotisations prises en charge par votre CPAM.

LIGNE B MONTANT DES AUTRES REVENUS PROFESSIONNELS NON SALARIÉS NON AGRICOLES

Les autres revenus professionnels non salariés non agricoles correspondent aux revenus tirés de l'activité non conventionnée.
Il s'agit des revenus tirés d'actes non remboursables, d'actes dispensés dans des SSIAD, des EHPAD ..., ainsi que des revenus tirés d'une autre activité professionnelle non salariée non agricole.

1 ■ **Si vous relevez du régime de la déclaration contrôlée**, vous devez retenir le BNC tel qu'il ressort de votre déclaration fiscale 2035 (annexe 2035 B, ligne CP en cas de bénéfice, ligne CR en cas de déficit), pour la part afférente à votre activité non conventionnée avant les imputations des déficits d'années antérieures.

Si vous percevez également des honoraires liés à des actes remboursables et que votre comptabilité ne vous permet pas de ventiler vos charges par type d'activité, vous pouvez déterminer la part de votre BNC liée à votre activité non conventionnée en effectuant le calcul suivant :

Autres revenus professionnels = (recettes liées à l'activité non conventionnée x BNC (annexe 2035 B, ligne CP ou CR)) / (recettes totales de votre activité (annexe 2035 A, ligne AG))

Vous devez ajouter à ce revenu les exonérations et les déductions fiscales suivantes :
- primes versées au titre des contrats d'assurance groupe souscrits auprès des sociétés d'assurance ou de mutuelles (retraite et prévoyance complémentaire, perte d'emploi subie) et des cotisations complémentaires facultatives versées aux régimes facultatifs mis en place par les caisses d'assurance vieillesse des professions indépendantes non agricoles (annexe 2035 A, ligne BU),
- exonérations de bénéfices pour installation en zones franches urbaines (annexe 2035 B, ligne CS),
- exonérations de bénéfices en faveur des entreprises nouvelles (annexe 2035 B, ligne AW),
- exonérations de bénéfices « jeunes entreprises innovantes » (annexe 2035B,ligne CU),
- exonérations de bénéfices « pôle de compétitivité » (annexe 2035B, ligne AX),
- plus-values à court terme suite à un départ à la retraite.

Si vous percevez également des honoraires liés à des actes remboursables et que votre comptabilité ne vous permet pas de ventiler les exonérations et déductions fiscales par type d'activité, vous pouvez déterminer la part de ces dernières liée à votre activité non conventionnée en effectuant le calcul suivant :

Déductions fiscales affectées aux autres revenus professionnels = (recettes liées à l'activité non conventionnée x montant global des exonérations et déductions fiscales) / (recettes totales de votre activité (annexe 2035 A, ligne AG))

2 ■ **Si vous relevez du régime spécial BNC (micro BNC)**, indiquez sur la ligne B le montant brut (avant application des abattements ou exonérations pour jeune entreprise innovante, zone franche urbaine, activité de recherche et développement et plus-values à court terme suite à un départ à la retraite) de vos recettes liées à l'activité non conventionnée (intégrées dans le montant total des recettes reporté sur la déclaration 2042 C, page 3, cadre D) diminué d'un abattement représentatif de frais de 34 %.

3 ■ **Si vous êtes gérant ou associé d'une société d'exercice libéral soumise à l'impôt sur les sociétés**, indiquez sur la ligne B le montant net (déduction faite des primes et cotisations sociales personnelles et des frais professionnels admis par l'Administration fiscale) de vos rémunérations liées à de l'activité non conventionnée.
Si vous percevez également des honoraires liés à des actes remboursables et que votre comptabilité ne vous permet pas de ventiler vos rémunérations par type d'activité, vous pouvez déterminer la part de vos rémunérations liée à votre activité non conventionnée en effectuant le calcul suivant :

Autres revenus professionnels = (recettes liées à l'activité non conventionnée x montant net de vos rémunérations) / (recettes totales de l'activité)

Vous devez ajouter à ce revenu les primes versées au titre des contrats d'assurance groupe souscrits auprès des sociétés d'assurance ou de mutuelles (retraite et prévoyance complémentaire, perte d'emploi subie) et des cotisations complémentaires facultatives versées aux régimes facultatifs mis en place par les caisses d'assurance vieillesse des professions indépendantes non agricoles (annexe 2035 A, ligne BU) ainsi que la part des dividendes et intérêts de compte courant d'associés, perçus par vous-même, votre conjoint ou vos enfants mineurs non émancipés, excédant 10 % du capital social, des primes d'émission et des sommes versées en compte courant d'associés détenus en toute propriété ou en usufruit par vous-même, votre conjoint ou vos enfants mineurs non émancipés.

Si vous percevez également des honoraires liés à des actes remboursables et que votre comptabilité ne vous permet pas de ventiler les exonérations et déductions fiscales par type d'activité, vous pouvez déterminer la part de ces dernières liée à votre activité non conventionnée en effectuant le calcul suivant :

Primes et dividendes affectés aux autres revenus professionnels = (recettes liées à l'activité non conventionnée x montant des éléments à ajouter) / (recettes totales de l'activité)

Ce montant n'est pas pris en compte pour le calcul des cotisations prises en charge par votre CPAM.

LIGNE C MONTANT DES REVENUS DE REMPLACEMENT

Vous avez perçu en 2010 les revenus de remplacement suivants :
- allocation forfaitaire de repos maternel,
- indemnité journalière forfaitaire d'interruption d'activité maternité, indemnité de congé paternité
- indemnité de remplacement maternité.

Vous devez en indiquer le montant sur cette ligne. Ce montant permettra à l'Urssaf de calculer les contributions CSG et CRDS à taux réduit.

LIGNE D MONTANT DES COTISATIONS SOCIALES PERSONNELLES OBLIGATOIRES

Pour permettre le calcul de la CSG et de la CRDS, vous devez indiquer le montant des cotisations sociales personnelles obligatoires (maladie, maternité, retraite, invalidité, décès, allocations familiales) déduit pour la détermination de votre revenu professionnel non salarié non agricole déclaré à l'administration fiscale (annexe 2035A, ligne BT si vous êtes imposé selon le régime de la déclaration contrôlée). Le cas échéant, vous devez indiquer le montant de l'abondement versé dans un plan d'épargne entreprise ou un plan d'épargne pour la retraite collectif (PERCO) et les sommes versées au titre d'un accord d'intéressement dont vous avez bénéficié en tant que dirigeant non salarié.

LIGNES E et F ÉLÉMENTS POUR LE CALCUL DES COTISATIONS SOCIALES PRISES EN CHARGE PAR VOTRE CPAM

Vous devez reporter :

- **ligne E** : le montant total des honoraires tirés de l'activité conventionnée porté sur le relevé que vous recevez du SNIR. Si ce montant est nul vous devez indiquer 0.
- **ligne F** : le montant des dépassements d'honoraires porté sur le relevé SNIR. Si ce montant est nul vous devez indiquer 0.

Si celles-ci sont pré-remplies, il convient de les vérifier et de les rectifier si nécessaire.
En cas de non fourniture d'un de ces éléments, les cotisations seront calculées sans prise en charge de votre CPAM.

Annexe n°15 : Conclusions du rapporteur public du Conseil d'État dans le recours n°347098 (question prioritaire de constitutionnalité)

N° 347098 (QPC)
Conseil National de l'Ordre des Médecins

LB/Ch.Ch.

1ère et 6ème sous-sections réunies
Séance du 16 mai 2011
Lecture du 20 mai 2011

CONCLUSIONS

Mme Claire LANDAIS, Rapporteur Public

L'article L. 314-12 du code de l'action sociale et des familles, issu de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, dispose que «Des conditions particulières d'exercice des professionnels de santé exerçant à titre libéral destinées notamment à assurer l'organisation, la coordination et l'évaluation des soins, l'information et la formation sont mises en œuvre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. /Ces conditions peuvent porter sur des modes de rémunération particuliers autres que le paiement à l'acte et sur le paiement direct des professionnels par l'établissement. /Un contrat portant sur ces conditions d'exercice est conclu entre le professionnel et l'établissement ». En vertu de l'article L. 314-13, un décret en Conseil d'État n°2010-1731 a été pris le 30 décembre 2010 pour déterminer enfin les modalités d'application de ces dispositions. Il est attaqué par le Conseil national de l'ordre des médecins dont l'intérêt pour agir nous paraît difficilement contestable dès lors que le texte attaqué régit les conditions d'exercice des médecins libéraux en EHPAD et n'est probablement pas dénué d'incidence sur leur déontologie, dont le CNOM est le garant[123].

A l'occasion de la contestation de ce décret, il soulève une question prioritaire de constitutionnalité. Il fait valoir en effet que les articles L. 314-12 et L. 314-13 seraient entachés d'incompétence négative et méconnaîtraient la liberté contractuelle. Les conditions de renvoi de la QPC au Conseil constitutionnel tenant à l'applicabilité au litige et à l'absence de déclaration de conformité sont remplies. Nous pensons après hésitation que celle tenant au caractère sérieux ou nouveau de la question l'est également.

Clarifions d'abord la portée de l'article L. 314-12 : en prévoyant d'une part que les conditions d'exercice des professionnels libéraux en EHPAD sont particulières et d'autre part qu'un contrat sur ces conditions d'exercice est conclu entre l'établissement et le professionnel, le législateur, ainsi que le reconnaît d'ailleurs le ministre en défense, a entendu exclure toute intervention en EHPAD d'un professionnel de santé, et notamment d'un médecin, qui n'aurait pas conclu un contrat avec l'établissement en cause.

[123] Une décision CNOM du 29 juillet 2002, aux tables, laisse certes entendre que le CNOM n'aurait intérêt pour agir que contre les actes ayant une incidence sur la déontologie des médecins mais nous croyons qu'il n'a pas en réalité entendu revenir sur votre jurisprudence assez souple admettant l'intérêt pour agir des instances ordinales lorsque les conditions d'exercice de la profession sont en cause.

Nous n'avons aucun doute sur le fait que le grief tiré de la méconnaissance de la liberté contractuelle n'est pas sérieux. Si cette liberté découle effectivement de l'article 4 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen (Voyez sur ce point la décision n° 2000-437 DC du 19 décembre 2000), elle doit être conciliée avec d'autres exigences à valeur constitutionnelle telles que le droit à la santé, garanti par le 11ème alinéa du préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, et l'équilibre financier de la sécurité sociale dont le Conseil constitutionnel a jugé qu'il constituait un objectif de valeur constitutionnelle2[124]. Or nous croyons fermement qu'en obligeant les professionnels de santé libéraux intervenant en EHPAD à signer un contrat destiné à permettre une meilleure coordination des soins, coordination à l'évidence indispensable tant à la protection de la santé des personnes hébergées qu'à l'objectif de rationalisation des dépenses d'assurance-maladie, le législateur a assuré cette conciliation sans méconnaître la Constitution.

Nous sommes beaucoup plus hésitante s'agissant du grief d'incompétence négative, dont nous n'oublions pourtant pas qu'il ne peut être utilement soulevé que si un droit ou une liberté constitutionnellement garanti est affecté. Il nous semble difficile, en premier lieu, que vous écartiez vous-mêmes la critique relative au caractère excessivement laconique de la loi. Nous vous l'avons lue : elle prévoit le principe de dérogations aux conditions habituelles d'exercice des professionnels libéraux, la raison d'être de ces dérogations – en substance l'amélioration de la coordination des soins -, identifie deux des matières dans lesquelles ces dérogations peuvent intervenir – les modes de rémunération et le caractère direct ou pas du paiement par l'établissement – et, enfin, même si c'est dans une rédaction peu explicite, pose le principe selon lequel seul le professionnel ayant signé un contrat portant sur ces conditions d'exercice peut intervenir dans l'établissement. Elle ne prévoit en revanche aucun périmètre précis pour les dérogations qu'elle autorise, aucun encadrement de l'ampleur de ces dérogations, aucune précision sur le caractère négociable ou non des contrats qui doivent déterminer ces modalités particulières d'exercice ou sur le fait que les établissements seraient ou non tenus de conclure des contrats avec tous les professionnels libéraux acceptant de se plier aux conditions particulières d'exercice en cours dans l'établissement ; rien n'est dit non plus sur l'existence et la teneur de l'information donnée aux personnes hébergées lors de leur admission quant à l'impossibilité dans laquelle elles se trouveront de faire appel à d'autres professionnels que ceux ayant contracté avec l'établissement, en tout cas pour une intervention au sein de ce dernier. Or nous croyons que ces éléments relevaient au moins en partie des règles et principes fondamentaux devant être fixés par le législateur en vertu de l'article 34 de la Constitution. En particulier, et nous approchons ainsi du cœur du sujet, dès lors que vous avez jugé, par une décision d'Assemblée du 13 juillet 1962, CNOM, au recueil, que le libre choix du médecin constituait un principe fondamental de la sécurité sociale[125], il nous semble que la loi ne pouvait pas ne pas en dire un peu plus quant à la façon dont ce libre choix, d'ailleurs effectivement consacré aux articles L. 162-2 du code de la sécurité sociale et L. 1110-8 du code de la santé publique, se trouvait affecté par l'interdiction faite aux médecins d'intervenir dans les établissements avec lesquels ils n'auraient pas contracté, établissements dont il faut souligner qu'ils doivent être juridiquement regardés comme les domiciles des personnes qu'ils hébergent.

Le grief d'incompétence négative nous paraît donc sérieux.

Reste que cette incompétence négative ne peut justifier un renvoi que si un droit ou une liberté que la Constitution garantit est affecté. Le CNOM le sait et soutient que cette liberté serait, précisément, la liberté de choix de son médecin par le patient. Nous pensons pour notre part que cette liberté n'a pas de valeur constitutionnelle, en tout cas dans la portée qui lui est habituellement donnée et qui consiste à reconnaître à chacun la liberté de choisir son médecin sans y perdre le bénéfice de la prise en charge par l'assurance maladie. Nous ne voyons pas de quelle disposition ou

[124] Décision n°97-393 DC du 18 décembre 1997 ; décision n°2002-463 DC du 12 décembre 2002.

[125] Vous avez jugé aussi, dans une décision Section locale du Pacifique sud de l'ordre des médecins du 18 février 1998, aux tables, que le libre choix du médecin était un principe général du droit.

principe à valeur constitutionnelle une telle liberté découlerait et nous ne croyons en tout cas pas que le droit à la protection de la santé ou la liberté individuelle interdiraient que soit instauré en France un système de soins, en cours dans plusieurs pays tout à fait civilisés, dans lequel le patient ne pourrait profiter d'une protection sociale qu'en s'adressant au médecin dont il relève. En pure opportunité la consécration d'un tel principe nous semblerait par ailleurs dangereusement limiter les pistes de réforme et donc de sauvegarde de notre assurance-maladie. Nous notons d'ailleurs, comme le ministre en défense, que le Conseil constitutionnel s'est gardé de consacrer la valeur constitutionnelle de cette liberté de choix du médecin en écartant par deux fois comme manquant en fait et avec un « en tout état de cause » un moyen tiré de sa méconnaissance (Voyez ses décisions n°89-269 DC du 22 janvier 1990 et n°2004-504 du 12 août 2004).

Mais, là encore, nous croyons difficile que vous puissiez nier de vous-mêmes cette valeur constitutionnelle alors que la question a précisément par deux fois été réservée par le Conseil constitutionnel, qui relève expressément, dans ses tables 1959-2011, que le point n'a pas été tranché. Alors même qu'à deux occasions vous avez dû confronter des dispositions d'ordonnances non ratifiées à ce principe, vous avez vous aussi évité de trancher la question de la valeur constitutionnelle du principe (Voyez 27 avril 1998, Confédération des syndicats médicaux français, aux conclusions de Christine Maugüe ou, tout récemment, 24 février 2011, Union nationale des footballeurs professionnels, à mentionner aux tables[126]), si bien qu'il nous semblerait assez paradoxal que ce soit à l'occasion d'une QPC que vous décidiez finalement de franchir le pas. Enfin, et surtout, nous pensons que le caractère sérieux du moyen dépend du contenu qui pourrait être donné à un principe à valeur constitutionnelle de libre choix du médecin. En clair, et si nous vous avons indiqué pourquoi nous ne pensions pas qu'une telle liberté devrait être consacrée au niveau constitutionnel dans sa portée la plus large, il ne nous semble pas exclu qu'une version moins ambitieuse puisse être imaginée, version qui inclurait a minima le droit d'avoir recours au médecin de son choix quitte à y perdre tout droit à la prise en charge par l'assurance-maladie. Or, si cette acception était retenue, nous croyons que le libre choix du médecin devrait effectivement être regardé comme affecté par l'incompétence négative entachant l'article L. 314-12 du code de l'action sociale et des familles puisque les personnes hébergées ne peuvent pas faire appel à un médecin n'ayant pas contracté avec l'établissement même lorsqu'elles entendent renoncer à la prise en charge par la sécurité sociale. Encore une fois, à titre personnel, nous sommes parfaitement convaincue que d'autres exigences constitutionnelles justifient le choix qu'a fait le législateur de limiter le libre choix de leur médecin par les personnes âgées dépendantes hébergées en EHPAD. Mais, en amont, nous ne voyons pas comment éviter le renvoi au Conseil constitutionnel de la QPC invoquée par le CNOM, compte tenu du grief d'incompétence négative et de l'incertitude sur l'existence d'un principe à valeur constitutionnelle qui nous semble conférer un caractère de nouveauté à la question posée.

PCMNC nous concluons au renvoi.

[126] Les conclusions de D. Botteghi révèlent que le moyen tiré de la méconnaissance du principe du libre choix du médecin était soulevé ; et la décision qu'il a donc été traité sous l'angle de la liberté contractuelle.