



Fiche de pratique
professionnelle
du Synprefh

Pharmacie à usage intérieur et EHPAD

ARS - L.R.

25 OCT. 2010

COURRIER ARRIVÉ

Face aux besoins et attentes croissants des personnes âgées et des professionnels qui les accompagnent au quotidien, les établissements prenant en charge les personnes dépendantes sont au cœur de l'actualité.

La population de grand âge va en effet fortement progresser dans les années à venir en France, du fait de l'allongement de la durée de vie, l'élévation du niveau de vie et l'arrivée à l'âge de la retraite des « baby boomers » : les chiffres sont à cet égard éloquent. En part relative, les plus de 60 ans représenteront ainsi à minima 33 % de la population française en 2040 ; en nombre absolu, si l'on comptait environ 10 millions de français de plus de 65 ans en 2005, ils seront de l'ordre de 18 millions en 2050 soit une croissance totale de 185 %. Le nombre de personnes âgées de plus de 85 ans devrait croître de 2 à 8 % en l'espace de 50 ans.

Cette augmentation se traduit par une progression mécanique du nombre de personnes âgées fortement dépendantes. Si **aujourd'hui 83 % des personnes de plus de 80 ans** vivent à domicile, le vieillissement de la population va générer une dépendance plus grande.

suite page 2

Fiche
pratique
professionnelle

Avril 2010

SOMMAIRE

I. Cadre général de l'exercice de la pharmacie en EHPAD	2
I.1. Données épidémiologiques	2
I.2. Prise en charge médicale des patients	5
I.3. Prise en charge pharmaceutique	6
I.4. Réformes de la tarification	9
II. Optimisation du circuit des produits de santé en EHPAD	14
II.1. Prescription	14
II.2. Dispensation	16
II.3. Administration	16
II.4. Suivi et réévaluation du traitement	18
II.5. Démarche qualité dans le secteur médico-social	18
III. Propositions du groupe de travail	20
III.1. Positionner auprès des tutelles la place de la pharmacie hospitalière	20
III.2. Favoriser les coopérations	20
III.3. Prendre exemple sur les coopérations déjà mises en œuvre en France ou en Europe	21
III.4. Développer les EPP autour de la prise en charge thérapeutique du patient	23
IV. Bibliographie	24
V. Sites Web à consulter	26
VI. Glossaire	26

La maladie d'Alzheimer et les syndromes apparentés constituent aujourd'hui la principale cause de dépendance lourde des personnes âgées et donc une des causes principales d'entrée en institution. Elles touchent 850 000 personnes en France, soit 18 % des personnes de plus de 75 ans. Dans les années à venir, les coûts humains et financiers de la prise en charge de ces maladies vont s'alourdir (systématisation des diagnostics, prise en charge plus précoce, progrès de la prise en charge et des traitements, allongement de la durée de la vie), avec 225 000 nouveaux cas déclarés chaque année.

La création de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) en 2002, le plan vieillissement et solidarité en 2003, le plan solidarité grand âge en 2006 et les plans successifs Alzheimer de 2001, 2004 et 2008 ont structuré la prise en charge des personnes âgées en France ces dernières années. Un débat parlementaire sur le « cinquième risque » doit débiter avant la fin de l'année 2010 dans l'objectif de préparer une loi sur le financement de la dépendance et de réduire le reste à charge en établissement qui est trop élevé pour nombre de personnes âgées.

Un groupe de travail du Synpreth a été constitué en janvier 2009 sur le thème des EHPAD (Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes) afin d'en suivre l'évolution et réfléchir sur la place de la pharmacie hospitalière qui devrait être grandissante dans les années futures. Il travaille en lien avec les associations et syndicats de médecins gériatres, de médecins coordonnateurs, les associations et syndicats de directeurs d'établissements de santé ou médico-sociaux, les syndicats de pharmaciens officinaux et les tutelles.

Cette fiche professionnelle, fruit de leur réflexion, vise à présenter le cadre actuel d'exercice de la pharmacie dans les EHPAD et son évolution dans le contexte des réformes en cours.

La loi HPST du 21 juillet 2009 apporte un nouvel éclairage sur le positionnement de ces établissements : instaurant un décloisonnement des secteurs sanitaires, médico-sociaux et de soins de ville sous l'égide des Agences Régionales de Santé, elle devrait permettre le développement des filières de soins et inciter les professionnels à s'organiser sur un territoire de santé. Les plans régionaux de santé, les schémas régionaux d'organisation médico-sociale, les appels à projets, les transferts de moyens sanitaires vers le médico-social (fongibilité asymétrique), le développement de plateformes de services, la convergence tarifaire, la contractualisation, l'évaluation, sont autant de mesures qui vont impacter fortement les professionnels des EHPAD dans un avenir proche, aboutissant, on peut l'espérer à une amélioration de la prise en charge des patients accueillis. Ces évolutions impacteront les pharmacies hospitalières.

I. Cadre général de l'exercice de la pharmacie en EHPAD

I.1. Données épidémiologiques

I.1.1 Démographie des personnes âgées et personnes âgées dépendantes

Actuellement sur un total de 64 millions d'habitants, la France compte 10,5 millions de personnes âgées de plus de 65 ans dont 5,5 millions âgées de plus de 75 ans et 1,3 millions de plus de 85 ans.

On estime que cette population des plus de 75 ans devrait doubler d'ici 2050 pour atteindre 11 millions de personnes et celle des plus de 85 ans croître de moitié pour atteindre 2 millions de personnes.

Le nombre de personnes âgées dépendantes, en raison de leur âge ou de leur handicap, s'élève à plus de deux millions et devrait fortement progresser en raison de l'allongement de la durée de vie. On estime que d'ici 2020, ce chiffre devrait croître d'environ 20 %.

Plus d'un million de personnes de plus de 60 ans sont dépendantes, vivant à domicile ou en maison de retraite, et sont bénéficiaires de l'APA (672 000 à domicile, 420 000 en établissement), 684 000 d'entre elles bénéficient de prise en charge en EHPAD, USLD (Unité de Soins de Longue Durée), logements-foyers, hébergements temporaires et 90 000 de Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD).

Par ailleurs, on compte environ un **million de personnes en situation de handicap**.

La dépendance est corrélée à l'âge : l'autonomie des personnes diminuant à mesure qu'elles vieillissent.

Ainsi, alors que **2 % seulement des personnes âgées de 60 à 70 ans sont dépendantes**, on en compte **plus de 10 % parmi les personnes de plus de 80 ans**. Ce taux passe à 18 % pour les personnes de plus de 85 ans et à **30 % pour celles ayant dépassé 90 ans**.

La majorité des personnes âgées dépendantes vivent à domicile, avec l'aide de professionnels et de leur famille.

I.1.2 Etablissements pour personnes âgées : statistiques actuelles et évolution prévisionnelle

Il y a lieu de rappeler que le terme EHPAD s'applique aux établissements bénéficiant d'un nouveau dispositif tarifaire (signature d'une convention tripartite) et non à un statut juridique d'établissement. On distingue les Etablissements de Santé (ES) régis par le code de la santé publique Article L. 6111 et suivants et les Etablissements et Services Sociaux ou Médico-sociaux, régis par le code de l'action sociale Article L. 312-1 (ESSMS).

Les établissements pour personnes âgées étaient au nombre de 10 300 en 2007 en France et se répartissaient en : Maisons de retraite (83 %), Logements-Foyers (7 %), Unités de Soins de Longue Durée (10 %). Elles accueillait 657 000 résidents. Au 31 décembre 2007, 6 900 établissements avaient signé une convention tripartite et étaient devenus EHPAD (88 % des Maisons de retraite, 74 % des USLD et 16 % les Logements-Foyers).

On peut rappeler que les personnes âgées bénéficient de différents types de prise en charge organisés et tarifés au sein de deux secteurs :

- secteur médico-social :

- ✓ Lits d'EHPAD
- ✓ Hébergement temporaire
- ✓ Logements-Foyers
- ✓ Accueil de jour
- ✓ SSIAD

- secteur sanitaire

- ✓ Court séjour gériatrique (MCO)
- ✓ Moyen séjour (SSR)
- ✓ Long séjour (USLD)
- ✓ HAD (Hospitalisation A Domicile)

Un même établissement peut proposer ces différents modes de prise en charge et les tarifs y afférents. Ainsi un établissement sanitaire peut disposer de lits USLD rémunérés sur l'enveloppe sanitaire, de lits EHPAD et de lits d'accueil de jour sur le secteur médico-social.

Deux types de structures ont été par ailleurs mises en place dans le cadre d'une circulaire spécifique relative aux mesures médico-sociales du plan Alzheimer :

- les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA). Ceux-ci ont vocation à prendre en charge, sur le modèle d'un accueil de jour interne dédié aux résidents de l'établissement, les personnes âgées atteintes de troubles du comportement modérés, ces malades retournant, la nuit, dans le lit d'EHPAD ;

- les Unités d'Hébergement Renforcées (UHR) qui doivent permettre la prise en charge, 24 heures sur 24, dans une unité sécurisée, des malades atteints de troubles du comportement sévères.

Une instruction interministérielle diffusée le 7 janvier 2010 précise leur répartition par région ainsi que les modalités de financement.

L'objectif du Plan Alzheimer est de créer au total 30.000 places, dont 25.000 places de PASA et 5.000 places d'UHR en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou dans les unités de soins de longue durée d'ici 2012. Au total, 276 « candidatures d'intention » ont été transmises pour les PASA. A cela s'ajoutent 29 établissements ayant déposé un dossier au titre du plan d'aide à l'investissement 2009 et déclarant leur intention de candidature à la labellisation. S'agissant des UHR, 396 « candidatures d'intention » ont été transmises et 92 dossiers ont été

déposés dans le cadre du plan d'aide à l'investissement 2009.

Les coupes PATHOS (thésaurus de 50 pathologies représentant 98 % des situations cliniques rencontrées en gériatrie) réalisées en 2006 dans les unités USLD ont servi de base à une partition des lits dans tous les établissements sanitaires en France, à partir d'une grille établissant les scores de gravité (référentiel PATHOS pour le soin et AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressource) pour la dépendance). Ainsi les USLD ont vu de nombreux lits requalifiés en lits d'EHPAD et le régime de tarification a été revu en conséquence. Les anciennes unités de maisons de retraite ou de SSR, auraient dû voir aussi une partie de leurs lits transformée en lits d'USLD. Tous les lits ont été requalifiés fin 2009. Cependant, de nombreux établissements ayant réalisé leur coupe PATHOS en 2006 avec une formation insuffisante des acteurs, ont obtenu des résultats en défaveur des qualifications USLD. Une nouvelle coupe est envisagée en 2010.

En 2007, la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) réalisait une enquête nationale pour identifier les structures d'accueil de personnes âgées et leur activité. Ainsi au 31 décembre 2007, 10 300 établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) étaient recensés :

- ✓ 6 900 EHPAD dont 1 080 rattachés à un EPS
- ✓ 2 786 Logements-Foyers
- ✓ 903 Unités de Soins de Longue Durée
- ✓ 112 établissements d'hébergement temporaire

Le nombre de places en établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) s'établit à 127 pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans (dont 95 en EHPAD).

La taille moyenne des maisons de retraite est de 72 places (secteur public 84 lits, secteur privé 66 lits).

Du point de vue géographique, l'offre est caractérisée par une disparité en terme de capacités d'accueil. Les plus de 75 ans sont surreprésentés dans le quart sud-ouest de la France. Le Sud est déficitaire en termes d'équipement (maisons de retraite, logements-foyers et USLD) et de capacité d'accueil, relativement à la forte densité de population âgée résidente sur ses terres, à l'instar des régions de Provence-Alpes-Côte d'Azur, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées. L'Ouest et l'Est sont en revanche les régions les mieux dotées. Le contraste Nord-Sud s'atténue cependant lorsque l'on considère l'offre globale de soins infirmiers.

En terme d'évolution, ce sont les régions rurales qui connaîtront la plus forte augmentation de personnes de plus de 60 ans d'ici 2030 (Champagne-Ardenne, Poitou Charente, Auvergne, Bourgogne, Lorraine) et qui sont aussi moins bien dotées au plan sanitaire et social.



Nombre de plus de 60 ans en 2030 (en milliers)

- Supérieur à 1500
- Entre 1500 et 1000
- Entre 1000 et 500
- Inférieur à 500



Population des plus de 60 ans prévue en 2030 (en % de la population)

- Supérieur à 35 %
- Entre 35 % et 30 %
- Entre 30 % et 25 %
- Inférieur à 25 %

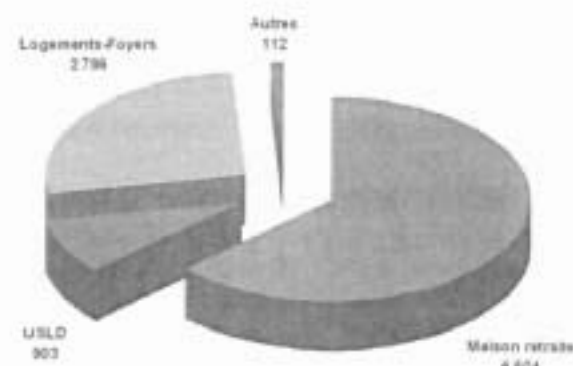


Figure 1 : Répartition des établissements pour personnes âgées en France en 2007 Enquête DREES (en nombre d'établissements sur un total de 10 305)

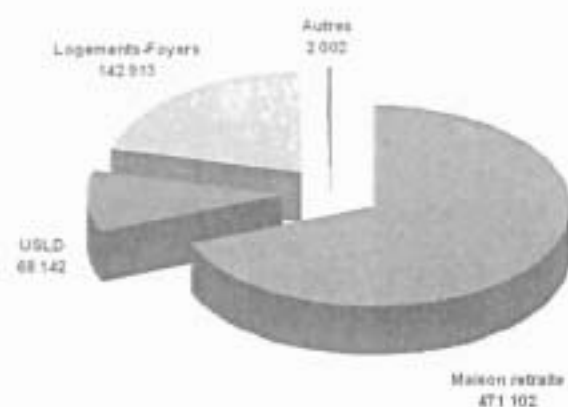


Figure 2 : Répartition des établissements pour personnes âgées en France en 2007 Enquête DREES (en nombre de lits sur un total de 684 159)

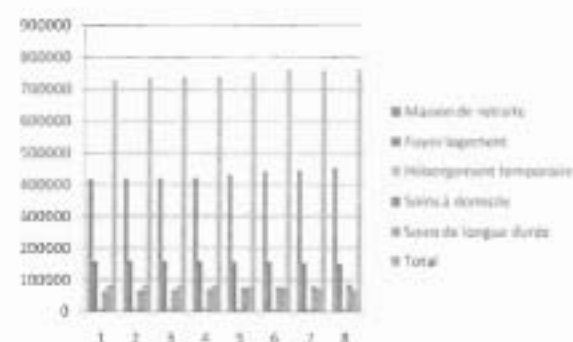


Figure 3 : Evolution de la prise en charge des personnes dépendantes de 2000 à 2007 (Source DRASS, enquête EHPA-FINESS-SAE)

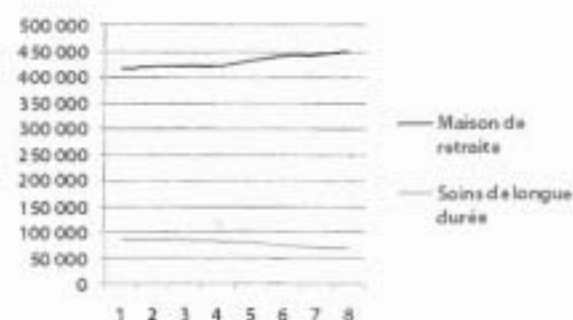


Figure 4 : Evolution du nombre de lits en EHPAD et USLD de 2000 à 2007

Fin 2007, le secteur public gérait 59 % de la capacité totale d'accueil des personnes âgées en France ; le secteur associatif 25 % et le secteur commercial 16 %.

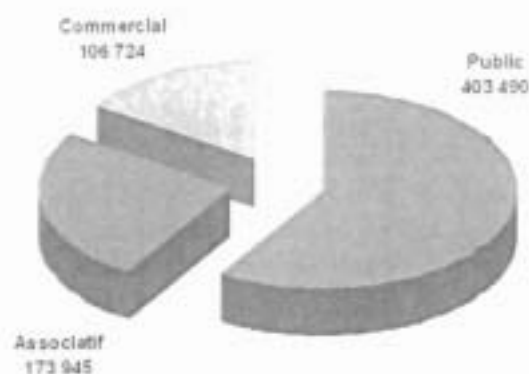


Figure 5 : Répartition de l'offre totale de prise en charge en France sur un total de 684 159 lits et places

En 2007, 84 % des résidents (hors logements-foyers) étaient classés dans les GIR 1 à 4. Les personnes âgées très dépendantes (GIR 1 à 2) représentaient 51 % des résidents. Le secteur privé prenait en charge proportionnellement légèrement plus de patients très dépendants (54,6 % de sa capacité totale en GIR 1-2 versus 52 % pour le public et 46 % pour le secteur associatif).

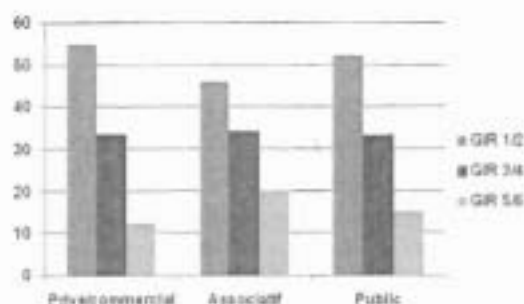


Figure 6 : Répartition de la prise en charge patients GIR 1 à 6 en % de la capacité totale par secteur

Le site suivant donne en date du 1/01/2007 la répartition des lits et places les établissements par département, ainsi que la totalité de l'offre nationale

(http://www.sante.gouv.fr/drees/statist/frances/fracc_pers_agees176.htm)

1.1.3 Données budgétaires

Sur le plan budgétaire, les dépenses pour les personnes âgées représentent 3,6 % du montant total de l'ONDAM (Objectifs Nationaux des Dépenses d'Assurance Maladie). En 2007 la loi de finances attribuait 4,7 Milliards d'Euros à ces dépenses (ONDAM : 144,8 M €). En 2009 les objectifs de dépenses sont de 5,5 Milliards pour un ONDAM à 152,8 M €.

Les crédits alloués aux personnes âgées augmentent cependant de façon plus importante que le taux global. L'objectif du plan solidarité grand âge est d'obtenir un taux d'équipement de 467 places EHPAD / 1 000 habitants de plus de 85 ans.



Figure 7 : Répartition des enveloppes budgétaires au sein de l'ONDAM 2009 en milliards d'euros

Alors que le montant moyen des retraites s'estime à 1 200 € / mois en France, les coûts moyens mensuels restant à charge des personnes âgées sont estimés à :

Maisons de retraites	1 000 à 1 500 €
Logements-foyers	300 et 760 €
Résidences avec services	900 à 1 200 €
Hébergements temporaires	900 à 2 250 €
USLD	1 500 à 3 000 €

L'un des défis à relever pour les prochaines années dans le secteur médico-social sera d'assurer la relance de l'offre publique des places en EHPAD, « pour des raisons de coût supporté par les familles et pour des raisons de répartition géographique de cette offre ». Le prix moyen de l'hébergement s'élève, pour le secteur privé lucratif, à « 110 euros par jour en région parisienne, 70 euros en province », contre « 50 à 70 euros pour les mêmes prestations dans le secteur privé non lucratif et un peu moins encore dans le secteur public ». Les établissements commerciaux sont en outre situés « prioritairement en zone urbaine ». Les écarts de coûts de fonctionnement à la place dans les EHPAD sont de 1 à 3 (Rapport d'étape sur le cinquième risque. Sénat, juillet 2008).

Ainsi, les objectifs de création de places ont été fortement réévalués à la hausse en 2009, puisque ce sont plus de 12 000 places qui sont à pourvoir dans l'ensemble du secteur médico-social pour les EHPAD.

1.2. Prise en charge médicale des patients

1.2.1 Médecin coordonnateur

L'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, précise les missions du médecin coordonnateur.

Il stipule : « L'existence d'un médecin coordonnateur compétent en gériatrie répond à un objectif de santé publique, garantissant une meilleure qualité de prise en charge gériatrique et une maîtrise adaptée des dépenses de santé. Avec l'équipe soignante, il définit les priorités de soins. Il facilite la coordination

avec les autres prestataires de soins externes à l'institution, notamment les médecins libéraux. Il contribue à une bonne organisation de la permanence des soins, à la formation gériatologique continue du personnel, donne un avis sur les admissions et les critères d'évaluation des soins. »

Il élabore en particulier un dossier médical type du résident, qui contient au minimum des données sur le(s) motif(s) d'entrées/sorties, les pathologies, la dépendance, les divers comptes rendus d'hospitalisation et, éventuellement, les mesures de prévention mises en œuvre et leur évaluation.

Le temps minimum de présence du médecin coordonnateur a été défini par le décret du 11 avril 2007 : Il ne peut être inférieur à :

- un équivalent temps plein de 0,20 pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 25 et 44 places ;
- un équivalent temps plein de 0,30 pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 45 et 59 places ;
- un équivalent temps plein de 0,40 pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 60 et 99 places ;
- un équivalent temps plein de 0,50 pour un établissement dont la capacité autorisée est égale ou supérieure à 100 places.

Par ailleurs, la loi de financement de la sécurité sociale en date du 18 décembre 2008 instaure (article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles) :

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

Le médecin coordonnateur de l'établissement est associé à l'élaboration et à la mise en œuvre des contrats prévus à l'article L. 183-1-1 du code de la sécurité sociale.

Sous la responsabilité et l'autorité administratives du responsable de l'établissement, il collabore à la mise en œuvre de réseaux gériatologiques coordonnés, ainsi qu'à d'autres formes de coordination et de réseaux de santé.

Mais une confusion subsiste dans les rôles de ce médecin qui peut être à la fois coordonnateur et médecin traitant du résident.

Un projet de décret relatif au temps d'exercice, à la qualification et aux missions du médecin coordonnateur intervenant en EHPAD ainsi qu'un projet d'arrêté relatif à la commission de coordination gériatrique sont actuellement soumis à concertation.

Ce projet fixe le temps de présence du médecin coordonnateur pour sa fonction de coordination qui s'échelonne de 0,25 équivalent temps plein (ETP), pour un établissement compris entre 25 et 44 places, à un ETP pour un établissement de 200 places ou plus.

Dans cette version provisoire du texte, il est précisé que le médecin coordonnateur « assure l'encadrement de l'équipe soignante ».

Il est également indiqué que le médecin coordonnateur « préside » la commission de coordination gériatrique qui a pour objectif d'organiser « l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux » collaborant au sein de l'EHPAD.

Le projet de décret assigne également une 13^{ème} mission au médecin coordonnateur, qui se voit accorder un droit de prescription médicale en cas « d'urgence et de risques vitaux » ou à l'occasion de « la survenue de risques exceptionnels ou collectifs ». Il sera tenu d'en informer les médecins traitants concernés.

Le médecin coordonnateur est également invité à signer un contrat de travail avec le représentant de l'établissement, qui précise les modalités d'exercice de ses missions, son temps d'activité au titre de sa coordination médicale ou encore son engagement à satisfaire à ses obligations de formation.

1.2.2 Médecin libéral

Dans les établissements qui ne disposent pas de médecins salariés, chaque personne hébergée est prise en charge par un médecin traitant qui réalise son suivi au sein de la structure.

Les responsabilités respectives entre médecin coordonnateur et médecins libéraux intervenant dans l'établissement sont à préciser.

Un projet de décret relatif à l'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les EHPAD ainsi qu'un arrêté fixant les modèles de contrats-types prévus en application de l'article L. 314-12 du code de l'action sociale et des familles sont en cours.

1.3. Prise en charge pharmaceutique

La prise en charge pharmaceutique peut se faire à partir d'une pharmacie à usage intérieur ou à partir d'une pharmacie officinale. On estime entre 15 % et 20 % le pourcentage d'établissements prenant en charge les

personnes âgées dépendantes qui disposent d'une PUI en France.

Pharmacie à usage intérieur : Plusieurs cas de figure peuvent se présenter :

- *PUI d'un Etablissement de santé*

Lorsqu'un établissement de santé possède des lits d'EHPAD, la PUI de l'établissement est en charge du circuit des produits de santé pour l'ensemble des patients de l'établissement.

- *PUI d'un établissement médico-social*

Un établissement médico-social peut disposer d'une PUI.

- *PUI d'un GCS (Groupement de Coopération Sanitaire)*

Un GCS d'établissements de santé, ou un GCS mixte d'établissements de santé et médico-sociaux peuvent disposer d'une PUI.

- *GCS PUI*

Une PUI peut elle-même avoir la structure d'un GCS et être en charge du circuit des produits de santé de plusieurs établissements. (ex. GCS PUI des EHPAD Territoire de Belfort).

- *PUI d'un GCSMS (Groupement de Coopération Social ou Médico-Social)*

La loi de financement de la sécurité sociale de 2010 vient d'autoriser les GCSMS à créer une PUI. Cette mesure s'appliquera à partir du 1^{er} janvier 2011.

Dans sa version en date du 3 octobre 2007, le décret PUI requiert un temps de présence minimum de 0,5 ETP du pharmacien gérant au sein de tout établissement de santé ; le temps de présence du pharmacien pouvant être réduit, compte tenu des besoins des personnes accueillies, à 0,2 ETP dans les établissements médico-sociaux.

Commentaire SYNPREFH : Ces chiffres doivent être réévalués, à la lumière de l'activité prévisionnelle, compte tenu de la diversité des établissements et des différentes missions confiées au pharmacien.

Pharmacie d'officine

Les EHPAD sont actuellement majoritairement approvisionnés par les pharmacies d'officine, auxquelles la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a fixé de nouvelles missions.

1.3.1 Mission du pharmacien gérant une pharmacie à usage intérieur d'EHPAD

La PUI approvisionnant un EHPAD est chargée (article L. 5126-5 du CSP) de répondre aux besoins pharmaceutiques de l'établissement où elle est créée et notamment :

- assurer la gestion, l'approvisionnement, la préparation, le contrôle, la détention et la dispensation,

- des médicaments, produits ou objets mentionnés au L. 4211-1,

- des dispositifs médicaux stériles,

- des médicaments expérimentaux définis à l'article L. 5121-1-1,

- mener ou participer à toute action d'information sur ces médicaments, matériels, produits ou objets, toute action de promotion et d'évaluation de leur bon usage,

- contribuer à leur évaluation,

- concourir à la pharmacovigilance et à la matériovigilance,

- mener ou participer à toute action de sécurisation du circuit des médicaments et des DM (Dispositifs Médicaux),

- mener ou participer à toute action susceptible de concourir à la qualité et à la sécurité des traitements et des soins dans les domaines relevant de la compétence pharmaceutique.

On peut résumer ces missions en considérant que l'objectif principal de la pharmacie à usage intérieur est d'optimiser le traitement des patients hébergés au travers de l'utilisation judicieuse, sécurisée, efficace, appropriée et efficiente des produits de santé.

Le pharmacien de PUI d'EHPAD, doit particulièrement concentrer son action sur la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse qui, comme de nombreuses études le montrent, est un problème majeur de santé publique (Doucet J et al. oct. 99, Ankri J. déc. 02).

L'ensemble de ses missions doit tendre à atteindre la cible fixée par la loi de santé publique de 2004 : parvenir à la réduction de la fréquence des prescriptions inadaptées chez les personnes âgées et à la réduction de la fréquence des événements iatrogènes d'origine médicamenteuse entraînant une hospitalisation (AFS-SaPS : prévenir la iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé, Juin 2005).

La lutte contre la iatrogénie médicamenteuse constitue donc l'un des axes forts de la politique qualité que les pharmacies à usage intérieur doivent promouvoir en développant la mise en place de la prescription informatisée en lien avec le dossier patient, la dispensation à délivrance nominative et l'administration sécurisée des médicaments.

De plus, même si les ESSMS n'ont pas obligation de signer de Contrat de Bon Usage (CBU) avec les ARS (Agence Régionale de Santé) contrairement aux établissements de santé, le décret n°2005-1023 du 24 août 2005 peut servir de base de travail pour mettre en œuvre la démarche qualité et la rationalisation des soins. Il présente un socle commun et incontournable, facilement transposable aux EHPAD, préconisant le travail en réseau ou en équipes pluridisciplinaires, le suivi de la consommation individuelle par patient et

par service des spécialités pharmaceutiques exprimées en UCD (Unité Commune de Dispensation)...

La mise en place par les tutelles d'un contrat de bon usage, spécifique aux EHPAD, n'est pas à exclure ; un pharmacien travaillant dans une PUI d'EHPAD ne peut occulter ce texte dans la mise en place de son organisation. Aujourd'hui les pharmaciens d'EHPAD sont sollicités pour fournir des produits onéreux remboursés pour les Établissements de Santé en sus de la T2A, alors même que la prise en charge financière n'existe pas pour les ESSMS.

Au-delà de sa mission principale de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient, le pharmacien exerçant dans une PUI d'EHPAD, **par son rôle d'expert**, doit s'attacher à participer, coordonner ou être le moteur de groupes transversaux pluridisciplinaires visant à améliorer les bonnes pratiques de soins. Ainsi, son intervention est souvent sollicitée dans des commissions traitant de la nutrition, de la prise en charge des escarres, de l'hygiène bucco-dentaire, de la prévention des risques infectieux, de la douleur et des soins palliatifs.

1.3.2 Mission du pharmacien d'officine référent d'EHPAD

La fourniture de médicaments aux EHPAD par des officines est historique.

Les changements de réglementation ont modifié les organisations développées.

La loi de financement de la SS du 17 décembre 2008 précise dans son article L. 5126-6-1 que les ESSMS qui ne disposent pas de pharmacies à usage intérieur ou qui ne sont pas membres d'un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur concluent, avec un ou plusieurs pharmaciens titulaires d'officine, une ou des conventions relatives à la fourniture en médicaments des personnes hébergées en leur sein.

La ou les conventions désignent un pharmacien d'officine référent pour l'établissement. Une convention type est définie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. (À cette date, un projet de modèle type a été élaboré par la Direction Générale de la Santé et est soumis à concertation).

Ce pharmacien concourt à la bonne gestion et au bon usage des médicaments destinés aux résidents. Il collabore également, avec les médecins traitants, à l'élaboration, par le médecin coordonnateur, de la liste des médicaments à utiliser préférentiellement dans chaque classe pharmaco-thérapeutique.

Cette mission de pharmacien référent est à rapprocher de la logique de « pharmacien correspondant » qui a donné lieu à un rapport de l'Académie Nationale de Pharmacie en décembre 2009.

Ces conventions précisent les conditions destinées à garantir la qualité et la sécurité de la dispensation pharmaceutique ainsi que le bon usage des médicaments en lien avec le médecin coordonnateur.

Les personnes hébergées ou leurs représentants légaux conservent la faculté de demander que leur approvisionnement soit assuré par un pharmacien de leur choix.

Dans la majorité des cas, et conformément aux recommandations du Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens, la délivrance reste actuellement à la boîte. La préparation des doses à administrer revient alors à l'infirmière, générant une charge de travail et une difficulté à en assurer une qualité totale.

Certaines officines ont souhaité développer une délivrance nominative des médicaments et ont fait appel à des systèmes de préparation des doses manuelle type Manrex ou Medissimo qui leur permettent d'améliorer le circuit du médicament et de fidéliser leur clientèle. D'autres officines se sont équipées en automates de préparation de doses à administrer.

Un décret en conseil d'état relatif à la PDA (Préparation des Doses à Administrer), définissant le cadre de ces préparations et un arrêté sur les bonnes pratiques de dispensation, définissant les conditions de réalisation de la PDA sont en préparation.

1.3.3 Expérimentation de la réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD

La loi du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale a prévu dans son article 64 une expérimentation de la réintégration des médicaments dans les dotations soins des EHPAD ne disposant pas de PUI. La circulaire du 6 août 2009 explicite les conditions de sa réalisation, la procédure d'appel à candidatures, les modalités de financement et les indicateurs de suivi. Cette expérimentation fait suite au rapport établi par P.J Lancry en date de juillet 2009.

279 établissements se sont portés volontaires pour participer à l'étude (publics, privés associatifs, privés commerciaux, de localisation urbaine ou rurale et de capacité d'accueil comprise entre 25 et 247 lits). Un pharmacien « référent » est nommé avec pour mission :

- la mise en œuvre avec le médecin coordonnateur de la liste des médicaments à utiliser préférentiellement ;
- la transmission des prescriptions vers la ou les officines ayant passé une convention avec l'EHPAD ;
- la vérification de la prescription ;
- la formation et l'information sur les nouveaux traitements des autres professionnels de santé intervenant au sein de l'EHPAD ;
- la gestion des Médicaments Non Utilisés ;
- la vérification des lots périmés.

Chaque EHPAD expérimentateur voit intégrer dans sa dotation de soins annuelle une enveloppe calculée sur la base de la consommation réelle en médicaments au cours du premier semestre 2009 pour ses résidents. L'enveloppe comprend par ailleurs une « rétribution » pour le pharmacien référent s'élevant à 0,35 €/résident/jr.

Douze indicateurs qualitatifs issus des travaux du Collège Professionnel des Gériatres Français et de la HAS ont été retenus pour évaluer l'expérimentation et mesurer l'effet de la coordination entre les acteurs de santé. Ils seront suivis tous les 3 mois, tant dans leur aspect qualitatif que quantitatif.

Parallèlement une liste des médicaments les plus onéreux, facturables en sus de ce forfait est en cours d'élaboration sous l'égide de la DGCS et de la DSS.

Un comité de suivi a été mis en place avec pour mission de préparer un rapport d'évaluation pour octobre 2010, basé sur les indicateurs qualitatifs et quantitatifs retenus.

Si les résultats de cette expérimentation sont positifs, la réintégration des médicaments dans le forfait soins sera généralisée dès 2011.

1.4. Réformes de la tarification

1.4.1 Structuration actuelle du financement

Les structures d'EHPAD disposent de trois types de financements pour fonctionner.

Ces financements sont négociés entre l'établissement, le conseil général et l'ARS. Ces financements sont formalisés par une convention tripartite.

1 - Secteur tarifaire **HEBERGEMENT**

2 - Secteur tarifaire **DEPENDANCE**

3 - Secteur tarifaire **SOINS** avec ou sans médicaments

1 - Le secteur tarifaire Hébergement est constitué de l'addition des tarifs journaliers relatifs à l'hébergement qui sont :

1) soit fixés autoritairement par le président du conseil général et ainsi opposables aux bénéficiaires de l'aide sociale lorsqu'ils sont accueillis ;

2) soit fixés librement par voie contractuelle mais soumis à un arrêté pour leur taux de revalorisation.

2 - Le secteur tarifaire Dépendance est aussi appelé forfait global relatif à la dépendance. Celle-ci reste basée sur le coût historique des facteurs de production de la prestation. A terme, ce coût sera pondéré par le niveau de dépendance moyen des résidents (GMP : GIR Moyen Pondéré) et le forfait versé par le conseil général à l'établissement au titre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie.

3 - Le secteur tarifaire Soins est financé par l'assurance maladie. Ce financement sert à rémunérer les pro-

fessionnels (salaires et charges du médecin coordonnateur, des IDE, d'une partie des aides soignants (à hauteur de 70 % de leur salaire), du personnel administratif) ainsi que les produits consacrés aux soins et certains DM.

Le projet de réforme de la tarification prévoit que la totalité du salaire des AS serait financée par l'enveloppe soins.

En revanche, les médecins spécialistes sont toujours à la charge des patients ; donc rémunérés par les organismes d'assurance maladie.

A ce tarif sont intégrés les produits et DM pharmaceutiques si une PUI existe au sein de l'établissement.

A cette date, quatre hypothèses permettent d'établir les dotations plafonds :

1 - le tarif global avec PUI qui intègre rémunération directe des médecins généralistes, actes de biologie et radiologie (hors équipements lourds ex. scanners) ;

2 - le tarif global sans PUI ;

3 - le tarif partiel avec PUI qui laisse à l'enveloppe de ville le soin de rembourser médecins libéraux ainsi que les actes de biologie et radiologie ;

4 - le tarif partiel sans PUI.

Cependant les modalités de calcul de cette enveloppe devraient être modifiées en 2011. En effet, afin de maîtriser l'augmentation régulière du poste médicament financé par l'assurance maladie pour la grande majorité des résidents institutionnalisés dans les établissements médico-sociaux ne disposant pas de PUI, le gouvernement, dans son projet initial de financement de la sécurité sociale pour 2009, a essayé de budgétiser, c'est-à-dire d'inclure l'achat des médicaments dans le forfait soins. Cette tentative de budgétisation a déjà été expérimentée dans le passé comme nous le développerons plus bas dans un chapitre consacré à l'historique du financement en EHPAD : c'est pour cette raison que l'on parle de réintégration des médicaments. Bien évidemment, comme par le passé, les pharmaciens d'officine, mais aussi les directeurs d'EHPAD, les médecins et au final une grande partie des parlementaires, se sont opposés à ce projet. Néanmoins, le législateur a voté qu'une expérimentation de ce dispositif devait être effectuée durant deux années avant d'être éventuellement généralisée. Un rapport au parlement permettra d'orienter et éventuellement d'entériner une généralisation de la forfaitisation du médicament à l'ensemble des EHPAD après cette expérimentation et donc en 2011.

Dans ce dispositif et à l'instar de la T2A pour les établissements sanitaires, une liste de médicaments « onéreux », arrêté par le ministre de la santé, sera remboursée en sus du forfait soins. La volonté de budgétiser le soin en EHPAD ne se limite pas aux consommables (médicament et DM). En effet, les tutelles poussent les EHPAD à opter pour le tarif global et à contractua-

liser un forfait annuel avec le médecin traitant (rappelez que les spécialistes sont toujours rémunérés à l'acte).

Au total, les différentes options de budget « soins » et de financement sont ainsi résumées dans le tableau suivant :

Option tarifaire prévue à la convention tripartite	Médecins traitants (non spécialiste) Acte de biologie et de Radiologie	Médicaments remboursables	DM stériles rentrants dans le monopole pharmaceutique n'appartenant pas à la liste arrêté par le ministre de la santé (*)	DM et nutriments dont la liste est arrêtée par le ministre de la santé (*)	Médicaments onéreux arrêtés par le ministre de la santé. Projet inscrit dans la loi de financement pour 2009 mais en avril 2010 ni le décret, ni l'arrêté d'application ne sont publiés
Tarif global avec PUI	Payés par l'EHPAD à l'acte ou au forfait ou salarié	Payés par l'EHPAD		Payés par l'EHPAD	Payés par les organismes de SS
Tarif global sans PUI		Payés par les organismes de SS			
Tarif partiel avec PUI	Payés par les organismes de SS	Payés par l'EHPAD			
Tarif partiel sans PUI		Payés par les organismes de SS			

* La liste des DM et nutriments financés par le forfait soins est arrêtée par le ministre de la santé en application des articles L 314-8 et R314-162 du code de l'action sociale et des familles : Arrêté du 30 mai 2008, JO du 4 juin 2008. Dans cette liste, existent des DM qui sont sous monopole pharmaceutique comme les pansements et qui étaient déjà pris en charge par les EHPAD gérant une PUI. Les compléments nutritionnels, les matelas anti-escarre, les bandes de contention qui ne sont pas sous monopole pharmaceutique doivent dorénavant être pris en charge par l'EHPAD. Celui-ci choisit en son sein l'acheteur. Rien ne s'oppose à ce que se soit le gérant de la PUI, mais rien ne l'oblige non plus. Une grande confusion régnait au sujet de ces DM « non pharmaceutiques » pour les établissements gérant une PUI quant à l'obligation de fourniture ou pas. La problématique n'est pas totalement résolue aujourd'hui car l'arrêté ne s'applique qu'aux établissements dépourvus de PUI. Il n'existe pas de texte précis concernant les établissements médico-sociaux gérant une PUI et le cas des DM n'est jamais prévu par les conventions tripartites contrairement aux médicaments. Bien naturellement, certaines caisses d'assurance maladie interprètent que tout ce qui est remboursable est fourni par la PUI, d'autres appliquent l'arrêté de 2008 aux établissements gérant une PUI à l'instar de ceux qui en sont dépourvus. Si un DM n'est pas inscrit sur la liste et ne rentre pas dans le monopole pharmaceutique, nous interpréterons qu'il ne doit pas obligatoirement être fourni par le gérant de la PUI. Selon cette interprétation, les concentrateurs d'oxygène ou les bas à varices peuvent ainsi être fournis par un prestataire et pris en charge par l'assurance maladie et les caisses complémentaires sur prescription médicale, malgré l'existence d'une PUI.

1.4.2 Valeurs du financement

La loi de financement de la sécurité sociale du 18 décembre 2008, la circulaire d'orientation budgétaire du 13 février 2009 et l'arrêté du 26 février 2009 définissent les nouvelles modalités et valeurs précises de financement des EHPAD pour l'année 2009.

Les tutelles (DDASS & ARS) sont invitées à favoriser le choix et le passage à l'option tarifaire globale avec ou sans PUI, avant même les renouvellements de convention tripartite.

En cas de création de PUI ou de rattachement à un GCS gérant une PUI, la différence entre le tarif global avec PUI et le tarif global sans PUI permet de budgétiser le poste pharmacie (personnel et médicaments).

Néanmoins, rappelons qu'une liste de médicaments coûteux financés en sus doit être prochainement arrêtée.

L'enveloppe soins (ES) est calculée de la façon suivante :

$$ES = \text{Valeur du point} \times \text{nb de résidents} \times (\text{GMP} + (2,59 \times \text{PMP})).$$

- GMP : Groupe Iso Ressource Moyen Pondéré calculé à partir de la dépendance des résidents. Le classement GIR de chaque patient est effectué par le médecin coordonnateur au moyen de la grille AGGIR développée par le Syndicat National de Gériatrie Clinique. Le GMP moyen est de 575 en France en 2007.

- PMP : PATHOS Moyen Pondéré dépendant des pathologies et de leur prise en charge un jour donné. L'évaluation est faite par le médecin coordonnateur au moyen du logiciel GALAAD fourni par la CPAM. Cette coupe PATHOS réalisée un jour donné est contrôlée par le praticien conseil.

- GMPS : GIR Moyen Pondéré Soins = GMP + (2,59 x PMP).

Valeur du point selon l'option tarifaire pour 2009 et évolution / 2008 (à la date d'avril 2010, aucune revalorisation n'a encore été publiée) :

TG avec PUI : 12,83 € soit + 3,5 %

TG sans PUI : 12,08 € soit + 2,5 %

TP avec PUI : 9,89 € soit + 1,15 %

TP sans PUI : 9,20 € soit + 0,15 %

Ces évolutions tarifaires traduisent la volonté du ministère de privilégier le Tarif global et la PUI.

Cas d'un établissement sans PUI

Lorsque les médicaments sont fournis par une officine de ville, les estimations publiées avancent des coûts moyens pour l'assurance maladie de 1 550 €/an et par résident. Sachant que la marge brute des pharmaciens est d'environ 22 %, le coût du médicament proprement dit peut alors s'estimer à $1\,550 / 365 \times (1 - 0,22) = 3,30$ €/j/résident.

Le rapport de Pierre-Jean Lancry sur la mission préparatoire à l'expérimentation de la réintégration du budget médicaments dans le forfait soins des EHPAD, fait cependant état d'une dépense moyenne de médicaments par jour et par résident de 4,12 €.

Cas d'un établissement avec PUI

Le poste pharmacie en cas de présence de PUI n'est pas richement doté. En effet, dans ce cas : Budget Pharmacie = Enveloppe soins avec PUI – Enveloppe soins sans PUI.

Ainsi en prenant la valeur moyenne nationale du GMPS de 1 068 (valeur retenue par la CNSA, Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie), le budget de l'enveloppe pharmacie peut s'établir à :

$1\,068 \times (12,83 - 12,08) = 800$ €/an/patient en cas de TG

$1\,068 \times (9,89 - 9,20) = 740$ €/an/patient en cas de TP

Soit de 2 à 2,20 € par jour et par résident pour financer le médicament, les DM stériles, la nutrition clinique, les locaux de la PUI, les salaires et charges du personnel pharmaceutique.

Cette différence fixe donc l'objectif du pharmacien gérant une PUI : obtenir une remise au minimum de $(1 - 2,10 / 3,30)$ soit 30 % sur le prix tarif. Une régulation par les volumes est également souvent réalisée (diminution de la quantité globale de médicaments administrés).

Par ailleurs, la charge fixe de pharmacien ne pouvant être guère inférieure à 20 000 € par an (0,2 ETP), la masse critique minimum de 60 résidents est nécessaire pour rentabiliser la création d'une PUI : $20\,000 / (1\,550 \times 0,22) = 58,65 \approx 60$

Bien entendu, en cas de GIR et/ou de PATHOS inférieurs à la moyenne nationale, l'équilibre est plus

précaire. A contrario, l'absence de lien direct entre la consommation moyenne de médicaments par résident et par jour et le GMP ou le PMP (les résidents très dépendants ne consommant pas plus de médicaments) peut alimenter positivement les budgets de la PUI.

Pour apporter une note optimiste et sachant que l'objectif de remise de 30 % sur le prix tarif est impossible à obtenir sur les molécules innovantes dotées d'une bonne Amélioration du Service Médical Rendu (ASMR), une étude faite en Pays de Loire par un groupe privé d'EHPAD, estime à 475 € par an et par patient l'enveloppe nécessaire en sus du budget au titre des molécules onéreuses. Il est probable que les professionnels du secteur négocient une très grande liste de ces médicaments et produits pharmaceutiques afin d'obtenir un tel chiffre. Enfin, il faut rappeler que le calcul ci-dessus reste très théorique et que les directeurs des établissements médico-sociaux publics avec PUI obtiennent quelquefois une rallonge budgétaire lorsque l'enveloppe calculée est inférieure au coût réel des charges de l'année antérieure et, a fortiori, de celle de l'année à venir. Bien entendu, dans ce cas ponctuel, les crédits sont non reconductibles.

La mise en œuvre de la réforme de la tarification des EHPAD (tarification à la ressource) avec l'obligation de convergence tarifaire risque de modifier profondément la donne.

1.4.3 Historique de la réforme : 1999, l'année charnière

Différentes réformes de la tarification se sont succédées ces dernières années et ont impacté le financement et l'approvisionnement des médicaments.

Il est riche d'enseignement de faire un rappel de l'évolution de ce forfait au cours de la dernière décennie : 1999 fut une année charnière.

✓ Avant 1999

Existaient des USLD rattachées au secteur sanitaire et souvent situées sur des sites hospitaliers gérant une PUI. Leur financement était soumis au budget global.

Les maisons de retraite appartenaient au champ médico-social et les résidents considérés comme simplement hébergés, s'approvisionnaient auprès des pharmacies d'officine. La prise en charge financière s'opérait, comme en ambulatoire, par le mécanisme du tiers payant.

Des systèmes mixtes se sont mis en place, initiant la médicalisation des maisons de retraite et créant les sections de cure : les médicaments étaient pris en charge financièrement par l'établissement mais dispensés par une officine. A cette époque se sont créées plusieurs PUI au sein de maisons de retraite autonomes, non rattachées à des hôpitaux. Les structures rattachées aux hôpitaux s'approvisionnaient naturellement auprès de la PUI.

✓ 1999

Du fait de cette médicalisation nécessaire des maisons de retraite, les autorités sanitaires et sociales ont décidé d'homogénéiser le financement en fonction du degré de dépendance des résidents. On observait en effet, à cette époque, des coûts par résident allant de 1 à 10.

S'est mis en place le conventionnement tripartite dont l'ambition était de financer les établissements selon des objectifs de qualité établis sur une échelle de 5 ans. La convention tripartite instaurait les mêmes modalités de financement pour les Maisons de Retraite et les USLD : le financement devait être corrélé au niveau de dépendance des résidents.

En revanche, l'expérience des PUI s'avérant économiquement intéressante, la réforme de 1999 a institué deux possibilités : tarif global comprenant les médicaments ou tarif partiel ne les comprenant pas.

En général, l'existence de médecin(s) salarié(s) non payé(s) à l'acte et la présence d'une PUI orientaient naturellement vers l'option de tarif global. Cependant, la possibilité laissée aux établissements de lancer des appels d'offre auprès des pharmaciens d'officine pour l'approvisionnement en médicaments a fait craindre la généralisation d'une situation concurrentielle entre les officines ; climat que les pharmaciens connaissaient à petite échelle sur les sections de cure médicale. Les syndicats de pharmaciens d'officine avaient alors obtenu qu'un sénateur (et pharmacien) centriste dépose et obtienne un amendement à la loi KOUCHNER relative au droit des malades.

✓ 2002

La loi du 4 mars votée quelques mois avant l'élection présidentielle, a signé l'arrêt des créations de PUI puisqu'elle a sorti le financement des médicaments de l'enveloppe des EHPAD. C'est ainsi que les quatre options tarifaires décrites ci-dessus furent créées.

En effet, il n'était bien entendu pas question de supprimer les PUI qui fonctionnaient pour servir selon les modalités de la réforme de 1999.

De nombreuses erreurs d'amalgame entre tarif global et prise en charge des médicaments viennent de cette modification post 2002. Dans ce contexte, les articles et publications écrits avant l'application de la loi de 2002 doivent être interprétés en connaissance de ces différences de sémantique réglementaire. Comme cela est démontré ci-dessus, les différences de budget arrêté chaque année pour ces différentes options tarifaires, étaient et sont toujours nettement en faveur de l'approvisionnement par des pharmaciens de ville d'autant plus que normes et contraintes appliquées par les pharmaciens inspecteurs aux PUI d'EHPAD, sont les mêmes que celles appliquées aux PUI d'hôpitaux et cliniques.

✓ 2006-2007

Le plan solidarité grand âge, engagé par les pouvoirs publics et traduit par deux circulaires du 17 octobre 2006 et du 6 avril 2007, a entraîné de nouvelles modifications : les nouvelles dispositions relatives au renouvellement des conventions, à l'achèvement des conventions de première génération, au déploiement de l'outil PATHOS et l'actualisation des GMPs ont constitué une réforme profonde dans la tarification.

Une politique de contractualisation est initiée, basée sur un lien renforcé entre le financement alloué et les objectifs assignés aux EHPAD. Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) signé entre le directeur de l'établissement et l'autorité chargée de la tarification concrétise un nouveau rapport, différent du régime classique de tarification.

✓ 2008

Les LFSS pour 2007 et 2009 ont modifié les conditions d'attribution des moyens publics aux EHPAD et USLD. Plusieurs mesures visent à améliorer l'efficacité de la dépense en EHPAD, entre autres, en intégrant à la charge de l'établissement certains DM et médicaments autrefois pris en charge par les organismes de SS selon le mécanisme du tiers payant.

Au 1^{er} août 2008 comme l'avait défini la LFSS de 2007, une liste arrêtée par le ministre de la santé en application des articles L. 314-8 et R. 314-162 du code de l'action sociale et des familles inclut certains dispositifs médicaux dans le budget des EHPAD (Arrêté du 30 mai 2008, JO du 4 juin 2008).

✓ 2009

La LFSS du 18 décembre instaurant l'expérimentation de la réintégration des médicaments dans le forfait soins et surtout l'assouplissement des règles de création de GCS et GCSMS et de mutualisation de PUI, laissent entrevoir un espoir quant à la possibilité de dispenser des médicaments aux résidents d'EHPAD par l'intermédiaire de PUI.

Une liste de médicaments remboursés aux établissements en sus des forfaits soins sera élaborée par la Direction de la Sécurité Sociale (DSS).

La politique de contractualisation se poursuit par ailleurs, et est dotée en 2009 de 31 M €, mettant en relation objectifs de qualité de service rendu et moyens alloués.

Le dispositif d'allocation budgétaire aux ESSMS a été profondément transformé par la mise en place d'un dispositif de tarification plafond. Ce pouvoir reconnu au ministre de fixer des tarifs plafond est complété (article 63 de la LFSS pour 2009), d'une part par la reconnaissance d'un pouvoir lui permettant de fixer également les modalités destinées à ramener les tarifs dépassant les dits plafonds au niveau de ces derniers et, d'autre part, par une mise en cohérence des procédures tarifaires pour les établissements concernés. Dans

ce cadre, l'arrêté ministériel du 14 mars 2009 fixe les valeurs plafonds pour 2009 et les modalités de convergence des EHPAD en dépassement. Les principes directeurs en sont les suivants :

- une application des tarifs plafonds intégrant un financement des dispositifs médicaux en année pleine ; une revalorisation limitée à 0,5 % des budgets des établissements en dépassement en 2009 ; une convergence tarifaire de 2010 à 2016 ramenant, à l'issue de la période, tous les tarifs en dépassement aux valeurs plafonds ;

- la convergence concerne environ 500 établissements sur le territoire national et 44 000 places. Plus de 40 % des établissements concernés par la convergence relèvent de la strate « ex. Maisons de retraite hospitalières ».

✓ 2010 : Nouvelle réforme tarifaire

Un projet de décret « tarification à la ressource et EPRD » a été transmis au conseil d'Etat. Il prévoit :

- La mise en place d'un forfait global relatif aux soins et d'un forfait global relatif à la dépendance. Ce dernier sera calculé sur la base des charges autorisées par le président du conseil général au cours de l'année pré-

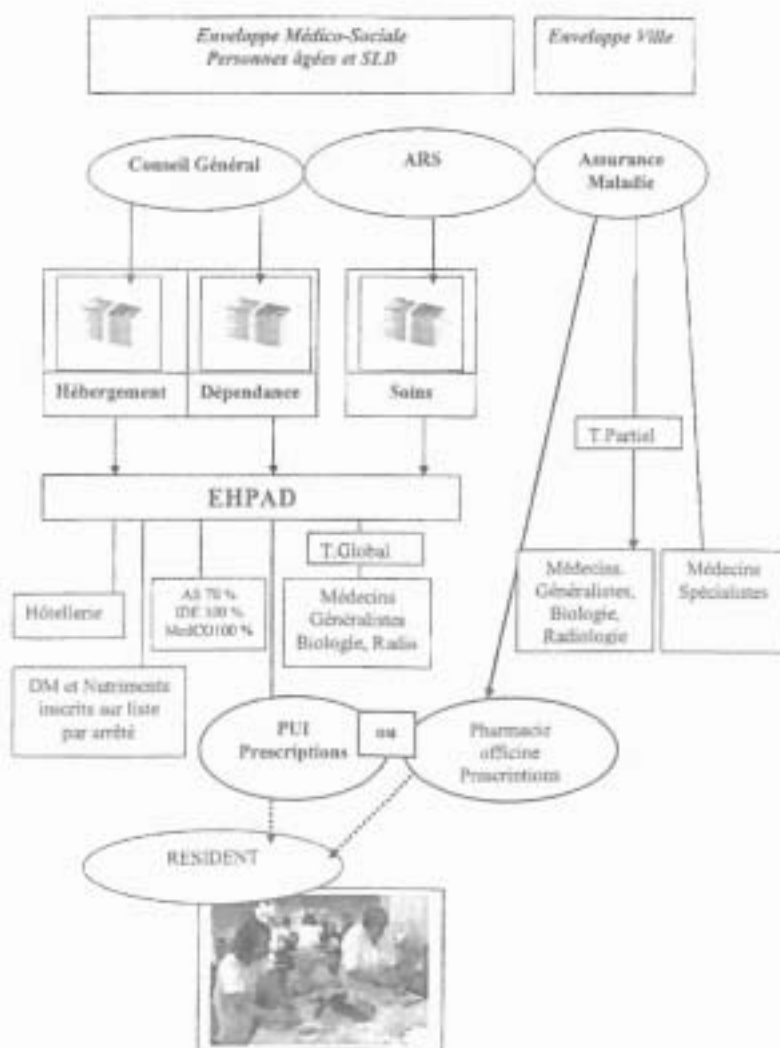
cédente avec une homogénéisation progressive, dans le cadre d'une politique de convergence tarifaire départementale, par la fixation d'une valeur départementale de référence du point dépendance.

- L'établissement pourra mettre en place une tarification spécifique des prestations complémentaires librement acceptées par le résident non couvertes par les précédents forfaits et tarif journalier. Ces prestations seront alors fixées et contrôlées selon le cadre de droit commun.

- Une expérimentation supprime pour une période de 3 ans la clé de répartition des charges aides-soignants et aides médico-psychologiques à 70 % sur le tarif soins et à 30 % sur le tarif dépendance pour le basculer à 100 % sur le tarif soins. Cette mesure a pour objectif de faciliter la signature des conventions tripartites en libérant les conseils généraux de l'obligation d'accompagner les recrutements de personnels soignants.

- Une réforme de la procédure et de la présentation budgétaire des établissements est engagée. Les établissements devront présenter à compter du 1^{er} janvier 2012 un EPRD : Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses.

Tarification des EHPAD conventionnés



II. Optimisation du circuit des produits de santé en EHPAD

La création d'une PUI présente une plus-value pour la qualité de la prise en charge des patients que nous voulons souligner.

Sur le plan de la qualité des soins, le pharmacien hospitalier, en lien avec le médecin coordonnateur peut promouvoir dans l'établissement où il exerce la mise en place de l'informatisation de la prescription en lien avec le dossier patient, la dispensation à délivrance nominative et l'administration sécurisée des médicaments. Partie intégrante de l'équipe médicale et présent sur place dans l'établissement, il sait, en étroite collaboration avec le médecin coordonnateur et les équipes soignantes, initier une démarche qualité sur l'ensemble de la prise en charge thérapeutique du sujet âgé et favoriser la mise en place des bonnes pratiques gériatriques.

La polyvalence de sa formation lui permet d'intégrer des groupes pluridisciplinaires afin d'élaborer des évaluations de pratiques professionnelles et des plans d'action dans des domaines tels que l'infectiologie, la prise en charge de la douleur, la nutrition, la prise en charge des plaies, la stratégie vaccinale, l'hygiène...

Sur le plan économique, la réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD nécessitera une stratégie de protocolisation, standardisation et choix judicieux des produits de santé, activités pour lesquelles le pharmacien hospitalier a été spécialement formé.

II.1. Prescription

II.1.1 Données générales

La première étape d'amélioration de la prise en charge consiste à optimiser les pratiques de prescription.

La prescription est le point de départ du processus organisationnel du circuit du médicament. Elle est structurante pour l'organisation de tous les acteurs. De sa qualité dépend la qualité de la dispensation et de l'administration.

L'amélioration de la qualité de la prescription des sujets accueillis en EHPAD est un enjeu majeur pour trois raisons :

- le risque iatrogénique est très élevé dans cette population très âgée, polypathologique, polymédicamentée et dépendante ;
- certaines classes médicamenteuses dont l'efficacité est pourtant démontrée en termes de qualité de vie et/ou de morbi-mortalité sont insuffisamment prescrites ;
- l'EHPAD est une structure de soins complexe, faisant intervenir plusieurs acteurs sur la prise en charge médicamenteuse (médecin traitant, méde-

cin coordonnateur, pharmacien, infirmier, aide-soignant).

A ce titre, le coordonnateur, même si son rôle et son autorité doivent encore être renforcés par le législateur, est un médiateur important dans la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse des résidents.

Une prescription de qualité pourra diminuer le risque iatrogène, améliorer l'observance et diminuer les coûts.

L'objectif principal est d'éviter la prescription par excès, « overuse » des anglo-saxons aussi bien que la prescription par défaut, « underuse » et de veiller toujours à réduire le risque iatrogène.

Les règles essentielles de prescription appliquées par les gériatres visent à :

- simplifier les thérapeutiques ;
- rechercher avant tout ajout de médicament la certitude d'un bénéfice thérapeutique ;
- instaurer une posologie qui prenne en compte les perturbations de l'élimination rénale ou hépatique ;
- retenir la nécessité d'une surveillance attentive en cas de prescription de médicaments entraînant des perturbations électrolytiques ou des effets indésirables notoires (diurétiques, AINS, AVK, amiodarone...) ;
- réévaluer régulièrement le traitement (dès l'admission du résident, puis sur une base annuelle et lors de tout événement intercurrent).

Etant formé à la pharmacie clinique, le pharmacien participe aux visites dans les unités d'hébergement, participe et formule des conseils sur les décisions thérapeutiques.

Il propose des alternatives non médicamenteuses en promouvant les règles hygiéno-diététiques pour lutter contre l'insomnie, la constipation et la dénutrition.

Le réflexe « iatrogénie » doit être intégré par tous les acteurs. Ainsi la survenue d'un nouveau symptôme, (ex. : anorexie, malaise, chute, syndrome confusionnel) doit faire suspecter, en premier lieu, un accident iatrogénique médicamenteux, notamment en cas de changement thérapeutique récent ou en cas d'événement intercurrent (ex : déshydratation) susceptible de déstabiliser l'ensemble du traitement.

II.1.2 Le choix du médicament

Il se base sur l'AMM des médicaments, leur rapport bénéfice-risque, les données pharmaco-économiques les référentiels de l'AFSSaPS et de la HAS, les protocoles thérapeutiques validés en commission du médicament.

Les éléments suivants contribuent à la qualité de choix :

- ✓ Un livret thérapeutique restreint et consensuel
- L'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle pour EHPAD précisait déjà :

« En étroite collaboration avec les médecins traitants des résidents, le pharmacien gérant de la pharmacie à usage intérieur et le médecin coordonnateur élaborent une liste type de médicaments pour l'institution. S'il existe des prescriptions répétées hors de cette liste, il conviendra de déterminer s'il s'agit d'un défaut d'adhésion au principe de cette liste de certains médecins ou d'une nécessité de revoir la liste, par exemple du fait de l'évolution des pathologies des résidents. Ainsi, cette liste pourrait avoir un rôle actif sur la formation gériatologique des généralistes, et donc contribuer à une amélioration de la qualité des soins prodigués aux résidents. »

On peut rappeler que l'un des objectifs de la loi de santé publique d'août 2004 était de réduire entre 7 et 10 % en quatre ans la proportion de séjours au cours desquels survient un événement iatrogène.

Un des moyens pour aboutir à cet objectif est la diffusion d'une liste limitative de médicaments à utiliser en première intention en gériatrie dans les indications les plus fréquentes (une base de 150 spécialités et d'une centaine de principes actifs permet, en gériatrie, de gérer la majorité des pathologies).

Le livret est mis en place sous la responsabilité du médecin coordonnateur en collaboration avec le pharmacien et en accord avec les médecins prescripteurs. Ce travail est réalisé par la Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (CMDMS) dont la création au sein des établissements doit être favorisée. Les médecins libéraux sont invités à prescrire les spécialités présentes au sein de ce livret.

Les médicaments référencés présentent les meilleures balances bénéfice/risque et rapport coût/efficacité positif. Les formes galéniques retenues sont celles les mieux adaptées aux caractéristiques des patients.

La sélection des spécialités se porte prioritairement vers celles possédant un conditionnement unitaire (identification précise du médicament jusqu'au patient) et vers les formes galéniques les mieux adaptées aux troubles de la déglutition (solutions ou gouttes buvables, comprimés orodispersibles, gélules que l'on peut ouvrir).

Les choix peuvent se faire au sein d'un groupement d'achats de médicaments et sont basés sur les standards, protocoles et recommandations disponibles, validés par la CMDMS de l'établissement.

✓ L'utilisation d'outils d'aide à la décision

L'AFSSaPS a mis en ligne dès 2005 des recommandations de bonnes pratiques chez les patients âgés (Rubrique Infos de sécurité) :

- prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé (juin 2005) ;
- sécurité d'emploi des antipsychotiques classiques chez les patients âgés déments (décembre 2008) ;

- sécurité d'emploi des neuroleptiques chez les patients âgés atteints de démence (mars 2004).

La HAS dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012, met à disposition plusieurs guides de prescription, d'amélioration des pratiques et de leur évaluation :

- diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées (janvier 2010) ;
- maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateur (juillet 2009) ;
- guide ALD (Affections de Longue Durée) n°15 relatif à la maladie d'Alzheimer et autres démences (juillet 2009) ;
- confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation (mai 2009) ;
- évaluation et prise en charge des patients âgés faisant des chutes répétées (juin 2009) ;
- critères d'EPP en gériatrie (septembre 2009) ;
- critères d'EPP pour maladies endocriniennes métaboliques et les troubles nutritionnels (septembre 2009) ;
- améliorer la prescription des psychotropes chez la personne âgée (octobre 2007).

En lien avec le collège professionnel des gériatres, la HAS met également en ligne depuis septembre 2009 un programme pilote PMSA : « Ensemble améliorons la prescription médicamenteuse chez la personne âgée dont le programme Psycho SA d'aides ciblées pour le traitement de la dépression, des troubles du sommeil, de l'anxiété ou de l'arrêt des benzodiazépines.

L'équipe de M-L Laroche (Limoges) a construit, à partir du consensus d'experts américains de 2003 (Drs Fick et Beers) une liste, adaptée à la pratique française, de médicaments inappropriés chez la personne âgée de 75 ans ou plus. Les auteurs précisent que le rapport bénéfices/risques doit être estimé dans la situation clinique du moment pour chaque patient. Cette liste est conçue comme un indicateur épidémiologique de la qualité de la prescription médicamenteuse en gériatrie et propose des alternatives médicamenteuses. Les critères de Beers doivent également être réévalués en 2010.

✓ L'accès aux bases de données sur le médicament

Les RCP figurent dans les bases de données sur le médicament exhaustives et actualisées auxquelles les unités de soins doivent pouvoir accéder en ligne. Un tel accès lors de la prescription nécessite un travail de construction du système d'information hospitalier performant, garantissant la qualité des données proposées au prescripteur.

II.2. Dispensation

Les bonnes pratiques de dispensation prévues par l'article L. 5121-5 du code de la santé publique ne sont pas encore publiées. En leur absence, les règles qui peuvent être proposées sont les suivantes.

II.2.1 Analyse pharmaceutique

Toutes les prescriptions doivent être analysées et validées par le pharmacien, sur la base du dossier médical du patient : connaissance du contexte médical et historique médicamenteux.

Il y a lieu de différencier la prescription d'un nouveau résident, de celle d'un résident déjà hébergé.

À ce titre la prescription d'entrée du résident doit faire l'objet d'une analyse soignée : médicaments à conserver, médicaments à substituer, médicaments à supprimer.

Pour un résident déjà hébergé, le traitement de fond restant souvent inchangé, l'analyse portera principalement sur toute nouvelle molécule prescrite : est-elle adaptée à la personne âgée ? à sa pathologie ? à son terrain ? à sa clairance de la créatinine ?

Le pharmacien signale ainsi au prescripteur :

- les substitutions nécessaires et disponibles au sein du livret thérapeutique ;
- les effets indésirables potentiels :
 - ex. hypotension orthostatique pouvant entraîner un risque de fracture du col du fémur chez un patient en rééducation,
 - ex. torsades de pointe ;
 - les contre-indications ;
 - les interactions médicamenteuses pouvant entraîner diminution d'activité (risque d'inefficacité thérapeutique) ou augmentation d'activité (risque de toxicité) ;
- toute composition particulière de médicaments (ex. présence d'alcool dans certaines spécialités) ;
- les modifications de constantes biologiques (kaliémie, glycémie, NFS...).

Le pharmacien suit pour chaque patient l'évolution des constantes biologiques : kaliémie, glycémie, NFS, permettant de déceler les effets iatrogènes même non symptomatiques.

II.2.2 Délivrance nominative

Le pharmacien doit promouvoir la dispensation à délivrance nominative en s'assurant que les médicaments sont conditionnés et étiquetés de manière à permettre leur identification et maintenir leur intégrité jusqu'au moment de leur administration au patient.

Le conditionnement unitaire des spécialités est insuffisamment répandu du fait des réticences des industriels du médicament à développer cette présentation ; cela

conduit fréquemment le pharmacien à reconditionner les doses. Pour une pratique plus sécuritaire, certains établissements reconditionnent également des fractions de comprimés (ex $\frac{1}{2}$ ou $\frac{1}{4}$ de comprimés AVK). Depuis quelques années, des automates permettent de préparer des doses médicamenteuses par patient. Ils nécessitent en amont, une prescription médicale informatisée et sont une alternative à la préparation manuelle pharmaceutique. La parution de l'arrêté sur la préparation des doses à administrer offrira un cadre structurant pour cette nouvelle activité.

Pour fonctionner, les automates de délivrance nominative nécessitent une alimentation en unités de prise distinctes. Deux possibilités sont offertes : soit un automate de surconditionnement, soit un automate de reconditionnement requérant un déconditionnement préalable des spécialités.

Une autre voie apparaît possible avec les armoires sécurisées électroniques, reliées au logiciel de prescription et dispensation et alimentées en doses unitaires.

II.2.3 Dotation pour besoins urgents

Une dotation pour besoin urgents est établie avec le médecin coordonnateur, le pharmacien et les médecins prescripteurs, validée en CMDMS, et révisée au moins annuellement.

II.2.4 Mise à disposition d'informations de bon usage

Le pharmacien hospitalier doit s'assurer que toutes les informations nécessaires à la préparation et l'administration des médicaments sont disponibles dans les unités de soins.

II.3. Administration

L'administration des médicaments, dernière étape du circuit du médicament, est la phase où tous les risques potentiellement générés dans les phases antérieures (prescription et dispensation) peuvent concrétiser des erreurs médicamenteuses avérées. Cette phase peut elle-même engendrer des risques (confusion entre patients, entre médicaments, erreurs de doses etc.).

Le processus d'administration repose sur un enchaînement d'étapes :

- prise de connaissance de la prescription médicale datée et signée ;
- planification des actes d'administration des médicaments ;
- préparation des médicaments à administrer ;
- distribution des médicaments couplée à l'information du patient ;
- acte d'administration proprement dit ;
- enregistrement de l'administration.

II.3.1 Rôle et missions des différents acteurs dans l'aide à la prise et l'administration des médicaments

L'administration proprement dite des médicaments est du ressort des infirmiers (acte de la compétence propre). Or le manque d'effectifs dans les structures EHPAD conduit souvent à l'intervention d'autres professionnels pour réaliser cet acte.

L'article R. 4311-3 du CSP précise : « relèvent du rôle propre de l'IDE les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou groupe de personnes. »

L'article R. 4311-4 prévoit que lorsque les actes accomplis et les soins sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, alors l'IDE peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers de par leur formation.

L'article R. 4311-5 énonce les actes et soins relevant du rôle propre de l'IDE. Y figurent notamment l'aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable, la vérification de leur prise et la surveillance de leurs effets.

En revanche, l'administration de médicaments nécessitant un acte technique ne peut être déléguée (ex : médicaments par voie injectable).

La loi 2009-879 HPST du 21 juillet 2009 confirme dans son article 124 que « Au sein des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, lorsque les personnes ne disposent pas d'une autonomie suffisante pour prendre seules le traitement prescrit par un médecin à l'exclusion de tout autre, l'aide à la prise de ce traitement constitue une modalité d'accompagnement de la personne dans les actes de la vie courante. L'aide à la prise des médicaments peut, à ce titre, être assurée par toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante dès lors que, compte tenu de la nature du médicament, le mode de prise ne présente ni difficulté d'administration ni d'apprentissage particulier. Le libellé de la prescription médicale permet, selon qu'il est fait ou non référence à la nécessité de l'intervention d'auxiliaires médicaux, de distinguer s'il s'agit ou non d'un acte de la vie courante. »

Cette mesure tend à répondre à un véritable besoin de clarification dans ce domaine, afin de prendre en compte, en toute sécurité, la réalité quotidienne des personnes privées d'autonomie (personnes âgées ou personnes handicapées), accueillies en établissement.

II.3.2 Prise de connaissance de la prescription datée, signée

La prise de connaissance de la prescription médicale par l'infirmier a pour objectifs de :

- disposer d'une vision globale de la prise en charge thérapeutique du patient ;
- détecter au regard de ses compétences et de sa connaissance du patient, les effets potentiellement délétères du médicament ;
- analyser la faisabilité de la prescription médicale (ex : protocoles thérapeutiques)

II.3.3 Planification des actes d'administration

L'acte d'administration des médicaments doit être planifié et s'intégrer dans l'organisation de l'ensemble des soins prodigués aux patients dont l'infirmier a la charge au sein de son unité de soins. L'informatisation du circuit permet l'édition d'un plan de soins automatisé, apportant sécurité dans cette étape.

II.3.4 Préparation des médicaments à administrer

La préparation des doses à administrer est, comme le rappelle le code de la déontologie dans l'article R. 5015-48, un acte pharmaceutique puisque « le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament associant à sa délivrance : analyse pharmaceutique de la prescription médicale, **préparation éventuelles des doses à administrer** et mise à disposition d'informations et de conseils nécessaires au bon usage du médicament.

Dans son document de travail intitulé « Recommandations de prise en charge thérapeutique du patient hospitalisé », la DHOS notifie que « dans le but de recentrer l'infirmier dans son cœur de métier, notamment dans un contexte de pénurie, la préparation de l'administration des médicaments pourrait être, à terme, réalisées par le personnel de la PUI.

En effet, actuellement, dans la majorité des EHPAD qui ne disposent pas de PUI, la préparation des médicaments à administrer reste à la charge des infirmiers.

Les projets de décret relatif à la préparation des doses à administrer et d'arrêté relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments sont en cours de rédaction. Ils devront clarifier le rôle de chacun des acteurs, permettant de structurer cette activité.

II.3.5 Distribution du médicament au patient

Étape des ultimes vérifications :

- identité du patient ;
- concordance identité patient/identité figurant sur la prescription médicale ;
- conformité de la PDA avec la prescription médicale ;

- intégrité de la PDA ;
- paramètres cliniques ou biologiques en cas de prescription conditionnelle.

C'est à ce stade que l'infirmier participe à l'information des patients dans le domaine de ses compétences.

II.3.6 Administration proprement dite du médicament et aide à la prise

L'acte d'administration proprement dit consiste à faire prendre un médicament à un patient. Cette activité nécessite le respect des règles d'hygiène et la participation du patient dans la mesure de ses capacités.

Il y a lieu de distinguer :

- l'administration des médicaments impliquant un acte technique (injections, aérosols, alimentation entérale) qui est de la compétence exclusive de l'infirmier ;
- l'aide à la prise qui, faisant partie du rôle propre de l'infirmier, peut être déléguée, sous sa responsabilité, à un aide soignant.

Comme cité plus haut, la loi HPST prévoit que ce processus d'aide à la prise peut être assuré par toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante dès lors que, compte tenu de la nature du médicament, le mode de prise ne présente ni difficulté d'administration, ni d'apprentissage particulier. Des protocoles de soins sont alors élaborés avec l'équipe soignante afin que les personnes chargées de l'aide à la prise des médicaments soient informées des doses prescrites et du moment de la prise.

II.3.7 Enregistrement de l'administration

L'infirmier enregistre, en temps réel, l'administration des médicaments (document papier ou informatisé) :

- nom, forme galénique, dosage du médicament ;
- date et heure d'administration ;
- pour les injectables : voie d'administration, solutés de perfusion et durée de perfusion.

Il valide cet enregistrement par sa signature (manuelle ou électronique) et conserve ces informations dans le dossier du patient.

Toute administration non réalisée doit faire l'objet d'un enregistrement circonstancié dans le dossier du patient et son signalement doit être transmis au médecin et au pharmacien.

Pour les stupéfiants, il remplit le relevé d'administration qui sera retourné à la pharmacie.

Pour les médicaments dérivés du sang, il trace les numéros de lots administrés.

II.4. Suivi et réévaluation du traitement

Le suivi thérapeutique a pour objectif de vérifier l'efficacité thérapeutique et détecter les effets indésirables liés au traitement, pendant et après son administration, permettant la réévaluation de la balance bénéfices-risques. Il repose sur l'observation clinique et l'évolution des constantes biologiques. Y participent le médecin, le pharmacien et l'infirmier.

L'infirmier doit assurer le suivi de ses actes de soins et transmettre ses observations au médecin et au pharmacien.

Le pharmacien, à partir du retour des préparations hebdomadaires des doses à administrer dispose d'un indicateur sur l'observance du traitement et en informe le prescripteur.

Il vérifie que le système d'alerte pour effets indésirables des médicaments est fonctionnel et que les déclarations d'effets indésirables sont adressées aux centres régionaux de pharmacovigilance.

Il s'assure que la transmission des événements indésirables, incidents et accidents liés à l'utilisation des dispositifs sont transmis au correspondant local de matériovigilance.

De même, il met en place un système d'alerte pour erreurs médicamenteuses et incite à leur déclaration auprès d'une cellule de gestion des risques si elle existe et auprès de la pharmacie.

II.5. Démarche qualité dans le secteur médico-social

Même si les EHPAD ne sont pas soumis à certification comme les établissements de santé, la prise en charge des résidents doit reposer sur une démarche qualité. Ils sont pour cela soumis à évaluation externe obligatoire.

Lors de la réforme de la tarification des EHPAD, le cahier des charges de la convention pluriannuelle relative aux institutions sociales et médico-sociales intègre, dans son annexe I, les recommandations visant à garantir la qualité des prises en charge des personnes âgées dépendantes. Il notifie qu'il est « impératif que les partenaires conventionnels s'engagent dans une démarche d'assurance qualité garantissant à toute personne âgée dépendante accueillie en établissement les meilleures conditions de vie, d'accompagnement et de soins ». La signature de la convention tripartite implique, en amont, une démarche d'auto évaluation de la qualité de la prise en charge des personnes âgées.

En fonction de ce cahier des charges, un groupe de travail regroupant les professionnels de la gériatrie et de la gérontologie et des représentants du ministère de la santé, a élaboré un outil d'auto-évaluation ANGE-LIQUE (Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les

Usagers des Etablissements). Cet outil comporte 147 points de contrôle qualité répartis en 4 parties :

- 1) attentes et satisfaction des résidents et familles,
- 2) réponses apportées aux résidents en terme d'autonomie, d'accompagnement et de soins,
- 3) l'établissement et son environnement,
- 4) démarche qualité.

C'est dans la partie 2 que le circuit du médicament est abordé via le sous-chapitre « organisation des soins ».

En janvier 2002, la démarche d'assurance qualité évoquée dans le décret de 1999 est devenue une obligation légale par la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Celle-ci introduit une obligation d'évaluation de la qualité pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux. L'auto évaluation de la qualité des prestations délivrées, sur la base de recommandations de bonnes pratiques, est une exigence légale pour l'établissement. Ce dernier doit communiquer les résultats de cette auto évaluation tous les 5 ans aux autorités compétentes.

Pour accompagner ces démarches d'évaluation interne, la loi avait prévu la mise en place d'un Conseil National de l'Evaluation Sociale et Médico Sociale (CNESMS, décret du 26 novembre 2003) qui, depuis, a été remplacé par l'ANESM (Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-sociaux, créée par la loi du 21 décembre 2006). Un guide d'évaluation interne pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux a été édité le 15 septembre 2006.

En 2008, l'ANESM a réalisé sa première enquête nationale relative à la mise en œuvre de l'évaluation interne dans les ESSMS. Effectuée en partenariat avec la DRESS, elle révèle que 60 % des ESSMS sont engagés dans la démarche d'évaluation interne.

Dans cette même loi, la mise en œuvre d'une évaluation externe tous les 7 ans par des organismes habilités est prévue. De plus, le renouvellement tous les 15 ans de l'autorisation pour les établissements, sera subordonné aux résultats de l'évaluation externe.

Mais la loi ne crée pas de structure évaluatrice. Contrairement à l'HAS, l'ANESM n'est pas l'organe évaluateur de la démarche qualité. Pour réaliser leur évaluation externe, les établissements et services sociaux et médico-sociaux devront choisir des organismes habilités par l'ANESM possédant des qualifications et compétences déterminées par le décret 2007-975 du 15 mai 2007. Les organismes transmettront les résultats de l'évaluation externe sous forme d'un rapport à la personne physique ou morale gestionnaire de l'établissement et à l'autorité ayant délivré l'autorisation à l'établissement.

La procédure d'habilitation des organismes souhaitant réaliser l'évaluation externe des ESSMS a été ouverte par l'ANESM le 14 avril 2009. La première liste d'or-

ganismes habilités a été publiée au BO du 15 juillet 2009. Depuis, 4 autres publications ont été faites portant à 443 le nombre de structures autorisées. La liste est consultable sur le site de l'ANESM.

Une autre des missions de l'ANESM est de valider, élaborer ou actualiser des procédures, des références et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et de les diffuser. En revanche, elle ne valide pas de référentiel comme le fait l'HAS. Son service « recommandations » réalise et diffuse un bilan annuel des recommandations élaborées, disponible sur son site.

Rappelons que la certification des établissements sanitaires par la HAS prévoit :

- dans sa version 2 V2007

L'analyse du circuit du médicament au travers de plusieurs critères dont les principaux sont :

- Critère 31.a : conditions de prescription des médicaments,
- Critère 31.b : conditions de dispensation des médicaments,
- Critère 31.c : conditions d'administration du médicament au patient,
- Critère 31.d : demandes urgentes de médicaments : organisation de la permanence pharmaceutique ;

- dans sa version 3 V2010

Les critères se trouvent rassemblés au sein d'une pratique exigible prioritaire intitulée « Prise en charge médicamenteuse ». Elle se décline en :

- Critère 20.a : *La prise en charge médicamenteuse s'appuie sur la maîtrise de la prescription, de la dispensation, de l'administration et sur la surveillance thérapeutique du patient. Ces items sont analogues à ceux de la version antérieure. Cependant il est précisé de documenter l'exhaustivité du traitement médicamenteux lors des transferts et de la sortie et d'établir une coordination efficace avec les professionnels de ville.*

Cette démarche s'appuie sur l'informatisation du circuit du médicament. Un audit périodique du circuit du médicament est demandé, notamment sur la qualité de l'administration.

- Critère 20.b : prescription médicamenteuse chez le sujet âgé. Cette préoccupation est nouvelle dans la démarche d'accréditation. Elle ne s'applique qu'aux établissements prenant en charge des patients de plus de 65 ans. L'âge moyen des patients en EHPAD est largement supérieur à ce chiffre. La certification s'intéresse à la prise en compte du risque iatrogène qui est accentué chez les personnes âgées du fait de la polypathologie et de la polymédication.

Une autre entité, pouvant aider les établissements médico-sociaux a été instituée le 23 octobre 2009 : l'ANAP dont la création était prévue par la loi HPST du 21 juillet 2009.

L'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux, regroupe les expertises du Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier (GMSIH), la Mission Nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier (MAINH) et la Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier (MEAH) sous la forme juridique d'un GIP (Groupement d'Intérêt Public).

En 2010, l'objectif est d'apporter un appui aux ESSMS pour :

- la définition d'indicateurs de pilotage pertinents, permettant leur appropriation par un grand nombre d'ESSMS ;
- l'organisation des informations significatives en tableau de bord, avec suivi des personnes accompagnées, prise en charge des activités proposées et des ressources ;
- l'utilisation de référentiels communs (description des activités et harmonisation des données).

III. Propositions du groupe de travail

III.1. Positionner auprès des tutelles la place de la pharmacie hospitalière

Le groupe de travail rappelle l'intérêt que revêt le développement de la pharmacie hospitalière en EHPAD dans un contexte d'augmentation démographique importante des personnes âgées, de budget déficitaire de l'assurance maladie et de volonté de tous les acteurs de développer la qualité des soins. C'est bien un binôme complémentaire médecin-pharmacien qui sera en capacité d'insuffler aux équipes soignantes la démarche qualité qui s'impose.

A ce titre le Synpreff a initié une démarche d'explication sur le rôle important de la pharmacie hospitalière auprès de la Fédération Hospitalière de France, du ministère de la santé, du ministère de l'action sociale, des parlementaires, des syndicats officinaux. Parallèlement, un plan de communication auprès des directeurs d'EHPAD publics ou privés ou d'hôpitaux locaux (AD-PA, ANHL, URIOPSS, FNADEPA, FEHAP) a été élaboré dans l'objectif d'exposer à ces décideurs la plus-value de la PUI, tant sur le plan économique que sur le volet qualitatif.

Il a rencontré Mr PJ Lancry, chargé du dossier de la réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD dans l'objectif de définir la place qui pourrait revenir aux pharmacies hospitalières dans les prochaines années. Les implantations officinales peuvent être analysées différemment selon que l'on se situe en milieu rural ou urbain et des conventions de partenariat peuvent être engagées.

Le syndicat suit de près l'avancée des travaux du Comité National de Suivi de cette expérimentation ainsi que ceux du groupe de travail piloté par la DSS sur la liste en sus de la dotation de base des EHPAD (article 64 de la LFSS de 2009). En effet, l'objectif d'une telle liste est d'éviter des risques d'éviction de résidents ayant besoin de médicaments coûteux. Dès l'élaboration de la liste, elle sera applicable aux EHPAD avec PUI puis aux EHPAD sans PUI participant à l'expérimentation. Un suivi avec indicateurs sera établi dans les deux types de structures pour évaluer les conséquences de cette liste sur la gestion des budgets des médicaments.

Pour garantir la sécurisation du circuit du médicament, l'informatisation des prescriptions et la préparation automatisée des doses à administrer doivent se développer dans les années futures. Des investissements devront être réalisés par les acteurs ; que ce soit en milieu libéral ou hospitalier. Le Synpreff participe aux travaux de l'ANAP visant à élaborer des modèles de robotisation de la préparation des doses à administrer et mettre en évidence les retours sur investissement de ces différents modèles.

Une réflexion est également amorcée sur la permanence des soins ; la pharmacie ne peut échapper à ces réflexions ; d'autant que le paysage français est disparate.

Deux groupes de travail Synpreff se sont penchés sur ces questions, leurs propositions seront disponibles à l'adresse : www.synpreff.org.

III.2. Favoriser les coopérations

La loi HPST du 21 juillet 2009 a étendu les formes de coopération possibles entre établissements sanitaires et médico-sociaux. La circulaire FMESPP du 21 septembre 2009 prévoit par ailleurs une incitation financière pour favoriser la réalisation des coopérations entre établissements. Une pharmacie à usage intérieur mutualisée entre établissements est envisageable. Le développement de projets communs tel que l'achat d'équipements automatisés pour préparation de doses considérés comme trop onéreux pour un petit établissement, devient ainsi envisageable par mutualisation des moyens.

• La communauté hospitalière de territoire (CHT) :

Cette forme de coopération est réservée aux établissements publics de santé, et ce, afin de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer certaines fonctions et activités en commun grâce à des délégations ou de transferts de compétences entre établissement et grâce à la télé-médecine.

Les établissements médico-sociaux peuvent participer aux actions menées dans le cadre d'une CHT.

La convention est préparée par les directeurs et les présidents de CME des établissements, elle est soumise à l'avis des conseils de surveillance, puis soumise à l'approbation du directeur général de l'ARS.

La convention fixe le projet médical commun, les modalités de mise en cohérence des CPOM, les modalités de coopération, les modalités de fixation des frais pour services rendus, les modalités d'articulation entre les établissements signataires et les établissements médico-sociaux participant aux actions menées.

L'établissement siège est désigné par les conseils de surveillance.

Une CHT ne constitue pas un établissement de santé et à ce titre ne peut héberger une PUI.

• **Le groupement de coopération sanitaire (GCS) :**

Cette forme de coopération plus ancienne (article L. 6133 du CSP et articles R. 713-3-1 à R. 713-3-21 du CSP) permet la coopération entre établissements publics et privés.

La loi clarifie les règles de fonctionnement et prévoit 2 modèles : GCS de moyens et GCS établissement de santé. Dans les 2 cas, la convention constitutive est approuvée par le directeur général de l'ARS.

Le GCS dispose de la personnalité morale de droit public ou privé en fonction de sa composition.

Le GCS de moyens permet de faciliter, développer ou améliorer l'activité de ses membres. Il permet l'organisation, la réalisation ou la gestion des moyens au nom et pour le compte des membres.

Les missions du GCS de moyens peuvent être multiples et polyvalentes :

- organiser ou gérer des activités administratives, logistiques, techniques, d'enseignement ou de recherche (pharmacie) ;
- réaliser ou gérer des équipements d'intérêt commun ; il peut être de l'autorisation d'installation d'équipements matériels lourds (bloc, imagerie, plateaux techniques, pharmacie) ;
- permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements ou centres de santé membres du groupement ainsi que des professionnels libéraux membres du groupement (pharmacie : intégration de pharmaciens d'officine).

Le GCS de moyens poursuit un but non lucratif.

Le GCS de moyens doit comprendre au moins un ES. Il peut comprendre des établissements de santé publics ou privés, des établissements médico-sociaux, des centres de santé et pôles de santé, des médecins libéraux exerçant à titre individuel ou en société, d'autres professionnels de santé concourant aux soins.

Lorsque le GCS est de droit public, il est soumis aux règles de la comptabilité publique et doté d'un agent comptable.

Lorsque le GCS est de droit privé, ses comptes sont certifiés par un commissaire aux comptes.

Les GCS constitués à ce jour sont des GCS de moyens.

Le GCS établissement de santé :

La loi HPST crée une nouvelle catégorie de GCS, autorisé à exercer en son nom une ou plusieurs activités de soins et qualifié d'établissement de santé (articles L. 6133-7 à L. 6133-8) avec les droits et obligations afférents. Le GCS de droit privé est érigé en ES privé, et le GCS de droit public en ES public. Les règles de la gouvernance des EPS s'appliquent avec certaines réserves.

Le financement est fondé sur des règles applicables aux établissements de santé.

Ces types de GCS ne sont pas encore constitués.

Les GCS disposeront des compétences qui pourront leur être transférées conformément au décret 2009-801 du 23 juin 2009 et notamment les pharmacies à usage intérieur.

• **Le groupement de coopération sanitaire et médico-sociale (GCSMS) :**

Des groupements de coopération peuvent être créés entre établissements sociaux et médico-sociaux ; la circulaire interministérielle du 13 février 2009 est facilitatrice pour alléger les conditions de contractualisation entre établissements de ce type (procédure et incitation financière).

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2010 autorise les groupements de coopération sociaux et médico-sociaux à gérer une pharmacie à usage intérieur pour plusieurs établissements dans le projet.

La mesure s'appliquera à partir du 1er janvier 2011. Elle sera utile après l'expérimentation de l'intégration des dépenses de médicaments dans les forfaits soins des établissements ne disposant pas de PUI.

III.3. Prendre exemple sur les coopérations déjà mises en œuvre en France ou en Europe

Expérience GCS PUI EHPAD Territoire de Belfort

Après la signature des premières conventions tripartites fin 2001, les EHPAD du Territoire de Belfort ont très vite constaté un dépassement de leur budget pharmacie de l'ordre de 30 %.

Une réflexion, impulsée par la DDASS, s'est donc engagée au sein du « comité d'entente des directeurs des EHPAD du Territoire de Belfort », dès 2002.

Cette concertation a abouti, en juin 2004, à la constitution d'un GCS dénommé « pharmacie des établis-

sements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes du Territoire de Belfort ». L'arrêté du 24 juin 2004 précise que la mission de ce GCS est la gestion d'une Pharmacie à Usage Intérieur pour 7 établissements : un Centre Hospitalier de Soins de Longue Durée (CHSLD), structure publique et 6 EHPAD associatifs privés, à but non lucratif, soit une capacité de 931 lits (250 lits d'USLD et 581 lits d'EHPAD). Il est important de noter qu'à la signature de la convention constitutive, était clairement inscrit : « la dispensation nominative des médicaments sera mise en place ».

L'établissement public ayant déjà une PUI, l'idée de s'appuyer sur la structure pharmaceutique du centre hospitalier a semblé évidente.

Le 30 mai 2006, l'ARS autorisait l'ouverture de la PUI du GCS, fermant simultanément celle du CHSLD.

Au-delà de l'aspect économique, l'objectif majeur de cette PUI était la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse des sujets âgés accueillis dans les structures. Les pharmaciens hospitaliers ont donc axé leurs actions dans cet optique et œuvré pour une harmonisation du fonctionnement :

- participation à l'élaboration d'une convention entre médecins libéraux et EHPAD (approbation par le conseil national de l'ordre des médecins) ;
- utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription ;
- création d'une CMDMS regroupant les médecins coordonnateurs et les gériatres ;
- édition d'un livret thérapeutique gériatrique ;
- adhésion à un groupement d'achat hospitalier ;
- dispensation nominative hebdomadaire ;
- dotation en avance de prescription pour besoins urgents ;
- mallette pour urgences vitales etc.

La prise en charge des résidents des établissements adhérents s'est faite progressivement entre le 15 octobre 2006 et le 15 mars 2007. Elle a nécessité une part importante de communication avec tous les acteurs (médecins, es-infirmières, résidents, familles...).

Après 3 ans et demi de fonctionnement, le GCS de pharmacie donne entièrement satisfaction, tant sur le plan économique (coût moyen journalier par résident incluant le médicament, les DM, pansements, petit matériel et les charges : 3,39 € que sur le plan qualitatif. La préparation des doses à administrer, par le personnel de la PUI, a permis de libérer du temps infirmier (12 h pour 90 résidents) et de permettre aux infirmiers de se recentrer sur leur rôle propre : administration aux résidents après contrôle de la conformité vis-à-vis de la prescription, traçabilité de l'administration, surveillance du traitement...

Actuellement, un axe de progrès majeur réside dans l'acquisition d'un automate de préparation des doses à administrer afin d'améliorer la qualité du service rendu.

La poursuite du travail de communication auprès des différents intervenants en EHPAD via les commissions telles que la CMDMS, le CLIN, le CLUD, le CLAN reste l'axe fort du GCS afin de concourir à l'amélioration de la prise en charge des sujets âgés.

Expérience du GCS Auxois-Morvan

Ce GCS regroupe 4 établissements publics distants d'environ 35 km (Hôpital Local Alise : 265 lits, HL Saulieu : 165 lits, HL Vitteaux : 205 lits et 250 lits à fin 2009, EHPAD Pouilly : 65 lits) ainsi qu'un établissement privé (clinique SSR « Les Fougères » Vitteaux : 36 lits).

Il a été créé pour mutualiser les moyens entre établissements : administration, services techniques, médico-techniques...

Chaque établissement possède une PUI gérée par un pharmacien à temps partiel, sauf l'EHPAD de Pouilly, approvisionné par 2 officines.

Le livret thérapeutique est commun aux établissements de Saulieu, Vitteaux et Pouilly, en voie d'harmonisation avec Alise, les protocoles de soins et d'hygiène ont été partagés sur le GCS. La permanence pharmaceutique est assurée en commun (remplacement entre pharmaciens).

La PUI du CGS dont la création est en cours sera chargée dans un premier temps :

- d'approvisionner en produits de santé les sites de Vitteaux et Pouilly et de dispenser nominativement les médicaments aux patients. Ces deux centres partagent le même logiciel de dossier patient informatisé (ASCH). La délivrance sera hebdomadaire pour tous les lits d'EHPAD et journalière pour les lits de médecine (15 lits). Les médicaments en conditionnement non unitaire seront reconditionnés ;
- de regrouper les commandes de médicaments de faible volume des 5 sites.

Dans un deuxième temps une PUI unique pour l'ensemble des sites est envisagée. Une étude en termes de gains potentiels, de délais d'approvisionnement, d'efficacité du circuit des produits de santé et de permanence pharmaceutique est en cours de réalisation.

Un comité médical du GCS et un Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales ont été constitués. Un Comité du Médicament et des Dispositifs Médicaux est en cours d'élaboration. La coordination des vigilances est regroupée.

Les projets du GCS sont, avec l'appui de l'ARS, le développement du dossier patient informatisé commun (open source) ainsi que l'acquisition d'une conditionneuse pour préparation des doses unitaires.

Une réflexion sur l'automatisation de la préparation des doses est engagée.

Expérience de l'Hôpital Ste Elisabeth Anvers

L'Hôpital Zint Elisabeth (Ste Elisabeth) d'Anvers fait partie d'un réseau (Netwerk) appelé ZNA ou Ziekenhuis Netwerk Antwerpen de la communauté hospitalière d'agglomération d'Anvers. Cet hôpital dont la vocation est essentiellement gériatrique est constitué de 363 lits de court moyen et long séjour.

Il bénéficie déjà depuis plus de 10 ans d'un circuit du médicament informatisé avec validation pharmaceutique quotidienne des ordonnances et dispensation nominative automatisée des médicaments. L'automate de reconditionnement nominatif des formes orales sèches utilisé est de type ATC 212 (Baxter).

La prestation de préparation des doses à administrer par la pharmacie d'établissement a été étendue progressivement à 17 maisons de repos (terme équivalent à EHPAD en Belgique) de l'agglomération ; soit près de 2 600 lits supplémentaires. Ces maisons de repos sont ainsi informatisées avec le même logiciel que l'hôpital et approvisionnées en médicaments au moins une fois par jour, voire plus en cas de besoins urgents.

La mise en place de ce projet a été progressive : le premier travail préalable a consisté à informatiser chaque structure avec les mêmes outils logiciels et à imposer un livret thérapeutique commun.

Les dispensations ont été faites initialement par boîtes entières de médicaments étiquetées nominativement pour un patient qui devait en être le seul destinataire et propriétaire.

La législation belge a depuis évolué et prévoit de ne plus attribuer les traitements mensuels aux patients mais de les facturer à l'unité de prise. Cette évolution a été à l'origine du projet permettant la mise en commun des ressources et des produits de santé (délivrances désormais nominatives des médicaments à l'unité pour tous les patients) pour créer un mode de fonctionnement de type co-gestion à la fois plus efficient et moins coûteux pour la collectivité.

III.4. Développer les EPP autour de la prise en charge thérapeutique du patient

Les évaluations des pratiques professionnelles (EPP) sont une composante importante de la démarche qualité que les établissements de santé du secteur médico-social sont désormais tenus de mettre en place. Les pharmaciens participent à cette démarche au travers d'EPP en lien avec le circuit des produits de santé et la lutte contre la iatrogénie.

III.4.1 Evaluation des traitements médicamenteux des patients en EHPAD après intervention phar-

maceutique et coordination avec les médecins prescripteurs

Une EPP sur l'évolution des traitements des patients en EHPAD a débuté en mars 2010 auprès de trente pharmaciens hospitaliers volontaires et médecins coordonnateurs associés. Elle a pour objectifs de mettre en évidence :

- pour le patient, les actions visant à diminuer la iatrogénie des traitements ;
- pour les professionnels, la valeur ajoutée de la pratique du praticien hospitalier dans la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du résident pour l'établissement, l'impact du pharmacien dans une PUI d'EHPAD et les enjeux économiques associés.

La méthode utilisée est celle de l'audit, conduit par des pharmaciens hospitaliers et médecins coordonnateurs ou prescripteurs.

Les items retenus visent à quantifier :

- la qualité des prescriptions : les 12 critères sont ceux retenus dans l'expérimentation de la réintroduction des médicaments dans les forfaits soins, établis par la HAS et le collège des gériatres ;
- les interventions pharmaceutiques : nombre d'interventions, type d'intervention, traçabilité des interventions ;
- l'analyse médico-économique : coût à l'entrée du résident sur la base des médicaments fournis par les officines de ville comparé au coût durant le séjour, fonction des prix obtenus par les PUI (via les groupements d'achats pharmaceutiques).

Le recueil des données de cette EPP est en cours et les premiers résultats seront présentés au congrès d'Hopipharm 2010 à Vittef.

III.4.2 Autres exemples d'EPP réalisées en EHPAD

La iatrogénie médicamenteuse étant la préoccupation première de l'ensemble des acteurs intervenants en EHPAD, la prise en charge médicamenteuse, de son début (prescription) jusqu'à la fin (suivi et réévaluation du traitement), peut être sujet à une EPP :

- évaluer la prise en charge thérapeutique sur les problématiques majeures de la personne âgée : douleur, escarres, nutrition et hydratation ;
- évaluer la dispensation : pertinence de l'analyse pharmaceutique, suivi des avis pharmaceutiques émis, bien fondé des informations de bon usage ;
- évaluer la préparation des doses à administrer par la PUI ;
- évaluer l'administration (en lien avec les IDE) : traçabilité et suivi des non-prises, conformité de l'administration des médicaments par voie sous-cutanée, qualité de la préparation et de l'administration des

médicaments présentés sous forme de solutés buvables ;

- évaluer le suivi thérapeutique : ex évaluation des chutes en lien avec la thérapeutique.

Cette liste est non exhaustive. D'autres sujets seront proposés au cours de la table ronde EHPAD d'Hopipharm 2010.

IV. Bibliographie

Académie nationale de pharmacie : Rapport sur le rôle des pharmaciens en EHPAD

http://www.acadpharm.org/dos_public/Rapport_Rle_pharmaciens_EHPAD_Vd_JPC_30122009.pdf

AFSSaPS : Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé. Mise au point, 17/06/2005

[http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Mises-au-point/Prevenir-la-iatrogenese-medicamenteuse-chez-le-sujet-age-mise-au-point/\(language\)/fre-FR](http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Mises-au-point/Prevenir-la-iatrogenese-medicamenteuse-chez-le-sujet-age-mise-au-point/(language)/fre-FR)

Ankri J. : Le risque iatrogène médicamenteux chez le sujet âgé. *Gérontologie et Société*. Décembre 2002 ; 103 : 93-103.

Calop J., Limat S., Fernandez C. : Pharmacie clinique et thérapeutique 3^{ème} édition Masson

Debout C. et Lo Sea-Hy : L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 31 décembre 2008. DREES Etudes et résultats N°690. Mai 2009

Deloménie P., Fontanelle-Lasalle M. : Conclusions du groupe de travail sur la prise en charge des médicaments dans les maisons de retraite médicalisées. Rapport IGAS, Avril 2005
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/054000331/index.shtml>

Doucet J. et al. : Les effets indésirables des médicaments chez le sujet âgé : épidémiologie et prévention. *La presse médicale*, Octobre 1999 ; 28(32) : 1789-1793

DRASS Bourgogne. Le circuit du médicament en institution pour personnes âgées en Bourgogne. Décembre 2007
<http://bourgogne.sante.gouv.fr/themes/statistiques/etudes/pdf/circuit-medicament.pdf>

DRASS Bourgogne. Le médicament : comment prévenir les risques dans les établissements hébergeant des personnes âgées.
<http://bourgogne.sante.gouv.fr/veille-alerte-securite-sanitaire/pharmacie-biologie/pdf/fich-med.pdf>

Dutheil N. et Scheidegger S. : Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement DREES, Etudes et résultats. Juin 2006 n°494

FHF : Colloque 16 décembre 2009 : « Quel avenir pour les EHPAD dans le cadre de la loi HPST ? »
<http://www.fhf.fr>

Fick D., Cooper J., Wade W. and all : Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults *Arch Intern med*/ 2003 vol. 163, déc. 8 /22

FNORS : Vieillesse des populations et état de santé dans les régions de France. Septembre 2008. Collection « Les études du réseau des ORS »

GUELF Marie-Claude : En institution, le rôle du personnel soignant dans l'observance. Fondation Nationale de Gérontologie *Gérontologie et société*. 2002 - n°103 pages 113 à 122

HAS : Manuel de certification V2 2007
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/20070601_manuelv2007.pdf

HAS : Manuel de certification V3 2010
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-12/20081217_manuel_v2010_nouvelle_maquette.pdf

Lagrange F. et Jacq F. : Production robotisée des doses médicamenteuses prêtes à l'emploi. Bilan après cinq ans. *Techniques hospitalières* n°719. Janvier-février 2010 :13-20.

Lancry Pierre-Jean : Mission préparatoire à l'expérimentation de la réintégration du budget médicaments dans le forfait soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Juillet 2009
http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_mission_definitif.pdf

Laroche M.-L., Bouthier F., Merle L., Charmes J.-P. : Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française. *Revue de médecine interne*, 2008

Laroque M. : Préfiguration d'une étude prospective sur l'investissement dans le secteur médico-social pour personnes âgées. Septembre 2004
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/054000236/index.shtml>

Le Boulanger S. : Mission « Prospective des équipements et services pour les personnes âgées dépendantes ». La Documentation française. Juin 2006
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000526/0000.pdf>

Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie. JO du 21 juillet 2001

Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. JO du 3 janvier 2002

Loi n°2004-806 du 9 août 2004 d'organisation de la santé publique

Loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007. JO du 22 décembre 2006

Loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008. JO du 21 décembre 2007

Loi n°2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009. JO du 18 décembre 2008

Loi HPST du 21 juillet 2009. JO du 22 juillet 2009

Megerlin E., Begué D., Lhoste E. : Traçabilité et coût des médicaments utilisés au sein d'établissements pour personnes âgées en France. *Journal d'économie médicale* 2006, vol 24, n°7-8, 387-402

Megerlin E., L'Hoste E. : Système d'information et management du médicament en maison de retraite *Techniques hospitalières* n°710. Juillet - août 2008 17-21

Ministère de l'emploi et de la solidarité. Décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des EHPAD. JO du 27 avril 1999

Ministère de l'emploi et de la solidarité. Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. JO du 27 avril 1999

Ministère de l'emploi et de la solidarité. Décret 2001-388 4 mai 2001 du 4 mai 2001 modifiant les décrets n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et n°99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ainsi que le décret n°58-1202 du 11 décembre 1958 relatif aux hôpitaux et hospices publics. JO du 6 mai 2001

Ministère de l'emploi et de la solidarité. Décret n°2002-194 du 11 février 2002 : actes professionnels et exercice de la profession d'infirmier. JO du 16 février 2002

Ministère de la santé et des sports. Décret n°93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières. JO 18 février 1993

Ministère de la santé et des sports. Arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, la dispensation, l'administration des médicaments contenant des substances vénéneuses et s'appliquant aux établissements disposant d'une pharmacie à usage intérieur. JO du 1 avril 1999. BO n°99/13

Ministère de la santé et des sports, Direction Hospitalisation et Organisation des soins.
<http://www.sante.gouv.fr> ⇒ Rubrique Médicaments
Circuit du Médicament des établissements de Santé
⇒ 2004 Document de travail Prise en charge thérapeutique du patient hospitalisé

Ministère de la santé et des sports, DGAS. Guide méthodologique pour les établissements et services sociaux ou médico-sociaux. Démarche qualité, évaluation interne et recours à un prestataire. Mars 2004
<http://www.travail-solidarite.gouv.fr/espaces/personnes-agees/grands-dossiers/guides-pratiques/demarche-qualite-evaluation-interne-etablissement-ou-service.html>

Ministère de la santé et des sports DGAS, DHOS, DSS/CNSA. Circulaire 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

Ministère de la santé et des sports DGAS/SD2C/2006/518. Circulaire du 6 décembre 2006 relative aux formations à l'utilisation de l'outil Parthos dans les EHPAD

Ministère des solidarités, de la santé et de la famille. Décret n°2005-560 du 27 mai 2005 relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant dans un EHPAD. JO du 28 mai 2005

Ministère des solidarités, de la santé et de la famille. Décret n°2005-560 du 27 mai 2005 relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles. JO du 28 mai 2005

Ministère de la santé et des solidarités. Décret du 11 avril 2007 relatif au temps d'exercice du médecin coordonnateur exerçant dans un EHPAD. JO du 13 avril 2007

Ministère de la santé et des sports, Direction générale de l'action sociale. Les bonnes pratiques de soins en EHPAD, Société française de gériatrie et gérontologie. Octobre 2007

Ministère de la santé et des sports, DGAS. Circulaire WDHOS/03/DGAS/2C/2007/365 du 05 octobre 2007 relative aux modalités d'intervention des struc-

tures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées

Ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité. Arrêté du 30 mai 2008 fixant la liste du petit matériel médical et des fournitures médicales et la liste du matériel médical amortissable compris dans le tarif journalier afférent aux soins mentionné à l'article R. 314-161 du code de l'action sociale et des familles en application des articles L. 314-8 et R. 314-162 du même code. JO du 4 juin 2008

Ministère de la santé et des sports, DGAS. Circulaire Interministérielle n°DGAS/5B/DSS/1A12009/51 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

Ministère de la santé et des sports. Arrêté du 17 mars 2009 fixant les modalités de calcul et les règles de modulation des tarifs plafonds et de mise en œuvre de la convergence tarifaire prévus à l'article L. 174-6 du code de la sécurité sociale JO du 4 avril 2009

Ministère de la santé et des sports. Circulaire DGAS/DHOS/DSS du 6 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan Alzheimer 2008-2012 (Modalités de financement des PASA et UHR)

Ministère de la santé et des sports. Circulaire DHOS/E1/F2/O3/2009/292 relative au financement par le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) de projets visant à favoriser les coopérations entre établissements de santé
http://www.circulaires.gouv.fr/pdf/2009/09/cir_29589.pdf

Ministère du travail et de la solidarité. Plan Solidarité grand âge. 27 juin 2006
http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse.pdf

Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville. Circulaire DGAS/2CIDSS/1C/CNSA/2009/195 du 6 août 2009 relative à l'application de l'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale : expérimentation de la réintégration des médicaments dans les dotations soins des établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur

Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville. Décision du 10 juin 2009 portant habilitation pour l'évaluation des établissements et services médico-sociaux. BO du 15 juillet 2009 p 108 à 114

Philippoteau S. : Opportunité de création d'une PUI au sein d'un EHPAD. Mémoire ENSP 2005

Prescrire janvier 2009, tome 29 n°303, p. 60-63 : Commission du médicament : l'expérience d'un hôpital local

Prévoit J. : L'offre en établissement d'hébergement pour personnes âgées en 2007 DREES Etudes et résultats N°689. Mai 2009

Sénat : Etude sur le marché de l'offre de soins, d'hébergement et de services destinés aux personnes âgées dépendantes. Octobre 2008
<http://www.senat.fr/commission/missions/Dependance/etude.pdf>

Sénat : Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 : secteur médico-social
<http://www.senat.fr/rap/109-090-3/109-090-33.html>

Sénat : Rapport d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque. Vasselle A. Juillet 2008
<http://www.senat.fr/rap/r07-447-1/r07-447-11.pdf>

Tugores François : Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003 : activité et personnel premiers résultats de l'enquête EHPA 2003 DREES Etudes et résultats N°379. Février 2005

Utilisation des médicaments dans les maisons de repos et maisons de repos et de soins belges
http://kce.fgov.be/index_fr.aspx?SGREF=3461&CREF=8562

V. Sites Web à consulter

<http://www.afssaps.fr>
<http://www.anap.fr>
<http://www.anesm.sante.gouv.fr>
<http://www.fhf.fr>
<http://www.has-sante.fr>

VI. Glossaire

AD-PA : Association des Directeurs au service des Personnes Agées
AFSSaPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources
ALD : Affections de Longue Durée
AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

ANESM : Agence Nationale d'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-sociaux

ANGELIQUE : Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements

ANHL : Association Nationale des Hôpitaux Locaux

APA : Allocation Prestation Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

ASMR : Amélioration du Service Médical Rendu

CBU : Contrat de Bon Usage des produits de santé

CHT : Communauté Hospitalière de Territoire

CLAN : Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition

CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales

CLUD : Comité de Lutte contre la Douleur

CMDMS : Commission du Médicament et de Dispositifs Médicaux Stériles

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNESMS : Conseil National de l'Evaluation des Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DGS : Direction Générale de la Santé

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DM : Dispositif Médical

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DSS : Direction de la Sécurité Sociale

EHPAD : Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

EPRD : Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses

EPS : Etablissement Public de Santé

ES : Etablissement de Santé

ESSMS : Etablissement et Services Sociaux ou Médico-Sociaux

FEHAP : Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne

FMESPP : Financement par le fonds pour la Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés

FNADEPA : Fédération Nationale d'Associations de Directeurs Et services pour Personnes Agées

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

GCSMS : Groupement de Coopération Social ou Médico-Social

GIP : Groupement d'Intérêt Public

GIR : Groupe Iso-Ressource

GMP : GIR Moyen Pondéré

GMPS : GIR Moyen Pondéré Soins

GMSIH : Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HL : Hôpital Local

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires

INR : International Normalized Ratio

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

MAINH : Mission nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier

MEAH : Mission d'Expertise et d'Audit Hospitalier

MNU : Médicaments Non Utilisés

ONDAM : Objectifs Nationaux des Dépenses d'Assurance Maladie

PASA : Pôles d'Activités et de Soins Adaptés

PATHOS : Système d'information sur les niveaux de soins nécessaires pour assurer les traitements des états pathologiques des personnes âgées, élaboré en partenariat avec le service médical de la C.N.A.M.

PDA : Préparation des Doses à Administrer

PMP : Pathos Moyen Pondéré

PMSA : Prescription Médicale du Sujet Agé

PUI : Pharmacie à Usage Intérieur

RCP : Résumé des Caractéristiques du Produit

SMTI : Soins Médicaux et Techniques Importants

SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile

SSR : Soins de Suite et Rééducation

T2A : Tarification A l'Activité

UCD : Unité Commune de Dispensation et/ou Distribution

UHR : Unités d'Hébergement Renforcées

URIOPSS : Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

Ce document a été réalisé par :

Sophie Armand-Branger GCS PUI Territoire de Belfort

Olivier Blanc CH St Jean Angély

Michèle Bonatout HL Uzès

Bernard Dieu CHU Rouen

Monique Espagne EHPAD Gayette-Montoldre et EHPAD Bellevue-Lapalisse

Edwige Fiabane HL Vitteaux

Mariannick Le Bot CHU Brest

Catherine Taillefer CH Tarascon

Catherine Vignes EHPAD Saint Paul Trois Châteaux

Mise en page : Florence Viquerat - Synprefh